17 août 2022

LISTE DES MÉDICAMENTS

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

ISSN 1913-2786
ISBN 978-2-550-92504-0 (PDF)

Québec, le 15 août 2022

Annexe 1

Liste des médicaments
17 août 2022

Table des matières

1. DÉTERMINATION DU PRIX D'UN MÉDICAMENT 3
2. MÉDICAMENT BIOLOGIQUE 6
3. MÉDICAMENT MAGISTRAL 7
4. MÉDICAMENTS D'EXCEPTION 8
5. FOURNITURES 11
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 11
7. CAS D'EXCEPTION À L'EXCLUSION TEMPORAIRE D'UN MÉDICAMENT DES GARANTIES DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS 15
8. MÉDICAMENTS DE LA CLASSE DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP) 15
9. NOMBRE MAXIMAL DE RÉACTIFS QUANTITATIFS DU GLUCOSE DANS LE SANG (BANDELETTES) 16

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

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

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

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

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

ANNEXE IV.2 : Médicaments d'exception dont la couverture d'assurance est maintenue pour les personnes en cours de traitement selon les conditions prévues au point 4.2.3 de la *Liste des médicaments*

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

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 DU PRIX D'UN MÉDICAMENT

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.

1.2. Prix payable

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

1.2.1. Prix réel d'acquisition

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

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

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 ».

1.2.2. Prix le plus bas

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

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

1.2.2.1. Méthode du prix le plus bas

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

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

1.2.2.2. Regroupement de formes pharmaceutiques et de teneurs

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

1.2.2.3. Exceptions à la méthode du prix le plus bas

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

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 1er 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 1er 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 1er juin 2015 et qui ont reçu une ordonnance portant cette mention avant le 1er 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 Clozaril[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 visés au point 2.1.

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

1.2.3. Montant maximum

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

Toutefois, pourvu que les conditions prévues au point 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.

1.2.4. Marge bénéficiaire du grossiste en médicaments reconnu

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

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

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*.

1.2.4.1. Plafonnement de la marge bénéficiaire

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

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

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

1.2.4.2. Deux prix de vente garantis

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

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

1.2.5. Conditions d'approvisionnement

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

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

1.2.6. Prix payable pour les médicaments fournis par des établissements

En vertu de l'article 37 de la Loi sur la pharmacie (chapitre P-10), des établissements sont autorisés à fournir des médicaments à des personnes autres que celles qui sont admises ou inscrites auprès d'eux. En plus des responsabilités qui leurs sont confiées en vertu du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation, 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.

2. MÉDICAMENT BIOLOGIQUE

2.1. Définitions

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

2.2. Règles générales

Un médicament biologique d'origine inscrit à la liste des médicaments fait l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments jusqu'à ce qu'un médicament biosimilaire à ce médicament soit inscrit à la liste.

Un médicament biologique d'origine dont le paiement est permis en vertu de la mesure prévue au point 6 de la liste fait l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments jusqu'à ce qu'un médicament biosimilaire à ce médicament soit commercialisé au Canada.

À moins d'indication contraire, le médicament biologique de référence visé au premier ou au deuxième alinéa ne fait alors plus l'objet des garanties du régime sauf dans les cas prévus au point 2.3.

2.3. Maintien de la garantie par le régime général d'assurance médicaments

Malgré le premier ou le deuxième alinéa du point 2.2, le coût d'un médicament biologique de référence est garanti par le régime général d'assurance médicaments pour la personne admissible qui a commencé un traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant l'inscription à la liste du médicament biosimilaire ou la date de la commercialisation de ce médicament, selon le cas, dans les cas suivants :

1° pour la personne admissible selon la règle énoncée précédemment, et ce, jusqu'à la publication de la première mise à jour de la liste six (6) mois après la date de l'inscription du médicament biosimilaire à moins d'une indication contraire à cette liste;

2° pour la femme enceinte, incluant les douze (12) mois suivant l'accouchement;

3° pour la personne âgée de moins de 18 ans, et ce, pour la durée restante de son autorisation jusqu'à un maximum de douze (12) mois suivant la date de son dix-huitième anniversaire ou, en l'absence d'autorisation, jusqu'à la date de son dix-neuvième anniversaire;

4° pour la personne qui présente un échec thérapeutique à au moins 2 autres médicaments biologiques utilisés pour traiter la même condition médicale.

Malgré le paragraphe 1° du premier alinéa, le coût de Lovenox^{MC} et le coût de Lovenox^{MC} HP ne font plus l'objet des garanties du régime général à compter du 13 avril 2022 pour la personne admissible.

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

2.4. Transition vers un autre médicament biologique

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

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 phytonadione, ou de vancomycine.

- Une des préparations suivantes :
  - une préparation pour usage rectal à base de sucralfate;
  - une préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem.

- Une préparation pour usage oral de benzoate de sodium.

- Une préparation pour usage oral de citrate de clomifène.

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

3.3. Prix payable

La méthode applicable pour l'établissement du prix payable pour les produits qui servent à préparer les médicaments magistraux est celle déterminée à la Liste. 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 soit garanti par le régime général uniquement selon les conditions prévues aux points 4.2.1 et 4.2.2.

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

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

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

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

1° dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par la Régie 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 suivants, mentionnés à l'Annexe IV.1, font l'objet des garanties du régime général lorsque les indications de paiement prévus à cette annexe sont remplies et lorsqu'il rencontre les conditions suivantes :

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

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

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

1° Pour le remboursement de Enbrel[MC] Sol. Inj. S.C. (seringue) 50 mg/mL et de Enbrel[MC] SureClick[MC] Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL :

a) dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylite ankylosante, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie 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;

b) 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 1er février 2018 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1.

c) dans les cas d'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde ou autre que rhumatoïde ou d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie 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.

2° Pour le remboursement de Neupogen[MC] Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL) et de Neupogen[MC] Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie 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.

3° Pour le remboursement de RemicadeMC, la personne admissible doit avoir commencé le traitement pour l'une des indications thérapeutiques prévues à l'Annexe IV.1 et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020.

4° Pour le remboursement de Fortéo[MC] Sol. Inj. S.C. 250 mcg/mL (2,4 mL ou 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 15 décembre 2021.

4.2.3. Médicaments mentionnés à l'Annexe IV.2

Les médicaments d'exception, mentionnés à l'Annexe IV.2 font l'objet des garanties du régime général lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1° Pour le remboursement des médicaments Guêpe (Polistes Spp.) (DIN 01948970) et Vespidés 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.

2° 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.

Les médicaments biologiques mentionnés à l'Annexe IV.2 font l'objet des garanties du régime général lorsque la personne admissible est visée par l'un des cas prévus au premier alinéa du point 2.3 et qu'elle a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie 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 l'inscription du médicament biosimilaire. La date avant laquelle la personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement est indiquée à l'annexe IV.2.

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

1° Pour le remboursement de Lovenox^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL, Lovenox^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 30 mg/0,3 mL, 40 mg/0,4 mL, 60 mg/0,6 mL, 80 mg/0,8 mL et 100 mg/1,0 mL et Lovenox^{MC} HP Sol. Inj. S.C. (seringue) 120 mg/0,8 mL et 150 mg/1,0 mL, dans le cas où la personne admissible qui a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie 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 15 décembre 2021.

2° Pour le remboursement de NovoRapid^{MC} FlexTouch^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3 mL) et NovoRapid^{MC} Penfill^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3 mL), dans le cas où la personne admissible qui a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie 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 2 février 2022.

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° les médicaments biologiques de référence, sauf dans les cas prévus au point 2.3;

2° les médicaments prescrits à des fins esthétiques ou cosmétiques;

3° les médicaments prescrits pour le traitement de l'alopécie ou de la calvitie;

4° les médicaments prescrits pour le traitement de la dysfonction érectile;

5° les médicaments prescrits pour 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.

9° le capteur Dexcom G6^{MC} et l'émetteur Dexcom G6^{MC} prescrit lors de diabète;

10° le capteur FreeStyle Libre^{MC} prescrit lors de diabète, à l'exception de la demande d'autorisation de la personne admissible qui a commencé son traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 7 juillet 2021 et qui continue de répondre aux conditions prévues au point 6.2.1;

11° le capteur FreeStyle Libre 2^{MC} prescrit lors de diabète;

12° le Symdeko^{MC}, à l'exception de la demande d'autorisation de la personne admissible qui a commencé son traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 29 septembre 2021 et qui continue de répondre aux conditions prévues au point 6.2.1.

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.

Malgré le deuxième alinéa, le ministre peut maintenir la couverture d'assurance de ce médicament à l'égard des personnes en cours de traitement pharmacologique lorsque la personne admissible continue de répondre aux conditions prévues au point 6.2.1 et, si le médicament est un médicament biologique de référence, lorsque la personne admissible est visée par l'un des cas prévus au premier alinéa du point 2.3 dans les cas suivants :

1° Pour le remboursement de Lantus[MC] Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (3 mL) et de Lantus[MC] Solostar[MC] Sol. Inj. S.C (3 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 18 août 2017;

2° Pour le remboursement de Copaxone[MC] Sol. Inj. S.C. (seringue) 20 mg/mL (1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 5 juillet 2018. Ce médicament ne fera plus l'objet des garanties du régime général à compter du 13 avril 2022 sauf pour les personnes visées au paragraphe 2 ou 3 du point 2.3;

3° Pour le remboursement de Neupogen[MC] sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL) et Neupogen[MC] sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020 sans qu'il n'y ait eu d'interruption du traitement pharmacologique;

4° Pour le remboursement de Enbrel[MC] Sol. Inj. S.C. (seringue) 50 mg/mL et de Enbrel[MC] SureClick[MC] Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020;

5° Pour le remboursement de Rituxan[MC] Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020;

6° Pour le remboursement de Humira[MC] (seringue et stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 3 mars 2021.

6.4. Prix payable

Sauf dans les cas visés au deuxième alinéa du point 1.2.2, 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 gastroœsophagien, d'un helicobacter pylori positif et d'un ulcère gastrique ou duodénal;

2° pour une durée maximale de 12 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP12, dans le cas d'une dyspepsie secondaire associée à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'une prophylaxie cytoprotectrice, d'une grossesse, du port d'une sonde nasogastrique ou gastrojéjunale et d'un intestin court;

3° pour une durée maximale de 12 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP205, dans le cas d'une dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée à l'investigation, d'une dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP, d'une gastroentérite éosinophilique, d'un oesophage hypersensible et de symptômes extradigestifs répondant aux IPP et récidivant à l'arrêt, si les symptômes de reflux gastro-œsophagien réapparaissent après le traitement initial prévu au paragraphe 1° et sont présents au moins trois jours par semaine;

4° pour une durée maximale de 24 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP999, dans le cas d'un œsophage de Barrett, du syndrome de Zollinger-Ellison, d'une sténose peptique de l'œsophage, d'une œsophagite à éosinophiles, d'une maladie de Crohn du tube digestif supérieur, de la prise d'enzymes pancréatiques n'ayant pas l'efficacité voulue à cause de leur inactivation par l'acidité gastrique, d'ulcères de Cameron, d'ulcères néoplasiques associés à un saignement chronique ou à une hémorragie digestive sur une lésion de l'estomac ou de l'œsophage, d'une ectasie vasculaire antrale, d'une œsophagite érosive récidivante, d'un ulcère peptique idiopathique récidivant en l'absence d'helicobacter pylori ou de prise d'anti-inflammatoires, d'une gastrostomie qui fuit autour de la stomie et d'un anneau de Schatzki.

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

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

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

9.1. Règles générales

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

1° s'il s'agit d'une personne atteinte de diabète traitée :

a) par insuline ou enceinte, 3 000 bandelettes;

b) par le répaglinide ou une sulfonylurée, 400 bandelettes;

c) par un médicament antidiabétique autre que l'insuline, le répaglinide ou une sulfonylurée ou n'est pas traitée par un médicament antidiabétique, 200 bandelettes.

2° s'il s'agit d'une personne sous insuline qui n'est pas visée par le 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 hypoglycémiants ou hyperglycémiants;

4° elle présente des risques d'interactions médicamenteuses pouvant influencer le contrôle de sa glycémie;

5° son travail ou son occupation nécessite, d'après une personne légalement autorisée impliquée dans le suivi de cette personne, un contrôle plus étroit de sa glycémie pour sa sécurité et celle du public;

6° elle est atteinte de diabète de type 2, n'est pas sous insulinothérapie et planifie une grossesse.

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

1° une personne visée au deuxième alinéa;

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

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

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

1° cas en investigation ou confirmé d'une maladie congénitale de la catégorie des erreurs innées du métabolisme, d'un trouble de la néoglucogénèse ou d'une autre maladie métabolique avec atteintes sévères affectant les réserves de glucose et requérant un ajustement de l'alimentation en fonction de la mesure de glycémie;

2° cas en investigation ou confirmé d'une maladie congénitale ou acquise caractérisée par de l'hyperinsulinisme;

3° cas en investigation ou confirmé d'une maladie endocrinienne congénitale ou acquise caractérisée par un débalancement ou une déficience en hormones participant à la régulation de la glycémie;

4° cas en investigation ou confirmé du syndrome de chasse entraînant des hypoglycémies post-prandiales malgré un régime adapté;

5° prise d'un médicament modulant l'action d'hormones hypoglycémiantes ou hyperglycémiantes sur une base régulière par une personne ayant un historique d'hypoglycémies soutenues et documentées objectivement.

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

Les règles générales prévues au point 9.1 ne s'appliquent pas à une personne qui utilise le capteur Dexcom G6 (99113874) 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%, 5,65%, 5,71%, 5,7%
*	Bionime	Bionime Corporation	5,66%
	Cellchem	Cellchem Pharmaceuticals Inc.	6,5%
*	Covidien	Covidien	6%
*	Erfa	Erfa Canada 2012 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%
*	Pharmaris	Pharmaris Canada Inc.	8%
*	Purdue	Purdue Pharma	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.**
225 rue Jean Coutu
Varennes, Québec, Canada J3X 0E1

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement F

AMERISOURCE BERGEN CANADA

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

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement H

SHOPPERS DRUG MART LIMITED

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

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement J

INNOMAR STRATEGIES INC.

Siège social: **INNOMAR STRATEGIES INC.**
3470 Superior Court
Oakville (Ontario), Canada L6L 0C4

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement N

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

Sentrex Distribution Inc.

Siège social: **Sentrex 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
Pfizer	Abrilada (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Pfizer	Abrilada (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
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 cm²) Pans. Plus de 500 cm² (surface active)	6
Fresenius	Acyclovir Sodique Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
Fresenius	Acyclovir Sodique Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
Sterimax	Acyclovir sodique injectable Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
Sterimax	Acyclovir sodique injectable Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
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
Takeda	Alunbrig Co. 30 mg	28
Takeda	Alunbrig Co. 90 mg	28
Takeda	Alunbrig Co. 180 mg	28
Takeda	Alunbrig Trousse (orale solide) 90 mg (7 co.) - 180 mg (21 co.)	1
Amgen	Amgevita (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Amgen	Amgevita (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Apotex	Apo-Abiraterone Co. 500 mg	60
Apotex	Apo-Ambrisentan Co. 5 mg	30
Apotex	Apo-Ambrisentan Co. 10 mg	30
Apotex	Apo-Dasatinib Co. 100 mg	30
Apotex	Apo-Gefitinib Co. 250 mg	30

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Apotex	Apo-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
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
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
Pfizer	Braftovi Caps. 75 mg	120
Pfizer	Braftovi Caps. 75 mg	180
Organon	Brenzys (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Organon	Brenzys (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
ViiV	Cabenuva Trousse 200 mg/mL - 300 mg/mL	2 ml
ViiV	Cabenuva Trousse 200 mg/mL - 300 mg/mL	3 ml
Ipsen	Cabometyx Co. 20 mg	30
Ipsen	Cabometyx Co. 40 mg	30
Ipsen	Cabometyx Co. 60 mg	30
AZC	Calquence Caps. 100 mg	60
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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
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)
Verity	Covishield Susp. Inj. I.M. 5 x 1010 particules virales (PV) / 0,5 ml	100 dose(s)
Avir	Cresemba Caps. 100 mg	14
Kyowa	Crysvita Sol. Inj. S.C. 10 mg/mL (1 mL)	1
Kyowa	Crysvita Sol. Inj. S.C. 20 mg/mL (1 mL)	1
Kyowa	Crysvita Sol. Inj. S.C. 30 mg/mL (1 mL)	1
RRDC	Cystadane Pd. Orale 1 g/1,7 mL	180 g
RRDC	Cystadrops Sol. Oph. 0,37 %	5 ml
Merck	Delstrigo Co. 100 mg -300 mg -300 mg	30
Merck	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 mg/mL (1,14 mL)	2
Tolmar	Eligard Trousse 22,5 mg	1
Tolmar	Eligard Trousse 30 mg	1
Tolmar	Eligard Trousse 45 mg	1
Roche	Enspryng (seringue) Sol. Inj. S.C. 120 mg/mL	1
Takeda	Entyvio Pd. Perf. I.V. 300 mg	1
Takeda	Entyvio (seringue) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	1
Takeda	Entyvio (seringue) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	2
Takeda	Entyvio (stylo) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	1
Takeda	Entyvio (stylo) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	2
Paladin	Envarsus PA Co. L.A. 4 mg	100
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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Roche	Evrysdi Pd. Orale 60 mg (0,75 mg/mL)	1
AZC	Evusheld Trousse 150 mg/1,5 mL - 150 mg/1,5 mL	1
Novartis	Extavia Pd. Inj. 0,3 mg	15
Bayer	Eylea Sol. Inj. 40 mg/mL (0,278 mL)	1
Bayer	Eylea Sol. Inj. (ser) 40 mg/mL (0,177 mL)	1
AZC	Fasenra Sol. Inj. S.C. (ser) 30 mg/mL (1 mL)	1
AZC	Fasenra Pen Sol. Inj. S.C. (stylo) 30 mg/mL (1 mL)	1
AZC	Faslodex Sol. Inj. I.M. (ser) 50 mg/mL (5 mL)	2
Takeda	Firazyr Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (3 mL)	1
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
Sterimax	Ganciclovir pour injection Pd. Perf. I.V. 500 mg	25
Merck	Gardasil 9 (fiole) Susp. Inj. I.M. 30mcg,40mcg,60mcg, 40mcg,20mcg/0,5 mL	10 dose(s)
Pfizer	Genotropin GoQuick Sty 12 mg	5
Gilead	Genvoya Co. 150 mg -150 mg -200 mg -10 mg	30
Novartis	Gilenya Caps. 0,5 mg	28
Bo. Ing.	Giotrif Co. 20 mg	28
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
Organon	Hadlima PushTouch (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Organon	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
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 (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
Celgene	Inrebic Caps. 100 mg	120
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 175 mg/0,875 mL	1
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 263 mg/1,315 mL	1
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 350 mg/1,75 mL	1
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 525 mg/2,625 mL	1
AZC	Iressa Co. 250 mg	30
Novartis	Jakavi Co. 5 mg	56
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
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Jamp	Jamp Pirfenidone Co. 801 mg	90
ViiV	Juluca Co. 50 mg -25 mg	30
Medison	Juxtapid Caps. 5 mg	28
Medison	Juxtapid Caps. 10 mg	28
Medison	Juxtapid Caps. 20 mg	28
Vertex	Kalydeco Trousse (orale solide) 150 mg	56
Alexion	Kanuma Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (10 mL)	10 ml
Novartis	Kesimpta (stylo) Sol. Inj. S.C. 20 mg/0,4 mL	1
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (ser) 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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 4 mg : 4 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 8 mg : 4 mg (10 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 10 mg : 10 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 12 mg : 4 mg (15 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 14 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 20 mg : 10 mg (10 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 24 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (10 caps.)	6
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 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
Marcan	Mar-Trientine Caps. 250 mg	100
Serono	Mavenclad Co. 10 mg	1
Serono	Mavenclad Co. 10 mg	4
Serono	Mavenclad Co. 10 mg	6
AbbVie	Maviret Trousse (orale solide) 100 mg -40 mg	28
Novartis	Mayzent Co. 0,25 mg	120
Novartis	Mayzent Co. 2 mg	28
Novartis	Mekinist Co. 0,5 mg	30
Novartis	Mekinist Co. 2 mg	30
Pfizer	Mektovi Co. 15 mg	180
Genzyme	Myozyme Pd. Perf. I.V. 50 mg	1
Natco	Nat-Abiraterone Co. 250 mg	120
Natco	NAT-Bosentan Co. 62,5 mg	56
Natco	NAT-Bosentan Co. 62,5 mg	60

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Natco	NAT-Bosentan Co. 125 mg	56
Natco	NAT-Bosentan Co. 125 mg	60
Natco	Nat-Gefitinib Co. 250 mg	30
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
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 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
Teva Can	Octréotide pour suspension injectable Susp. Inj. I.M. 10 mg	1
Teva Can	Octréotide pour suspension injectable Susp. Inj. I.M. 20 mg	1
Teva Can	Octréotide pour suspension injectable Susp. Inj. I.M. 30 mg	1
Gilead	Odefsey Co. 200 mg - 25 mg - 25 mg	30
Bo. Ing.	Ofev Caps. 100 mg	60
Bo. Ing.	Ofev Caps. 150 mg	30
Bo. Ing.	Ofev Caps. 150 mg	60
Lilly	Olumiant Co. 2 mg	30
Alnylam	Onpattro Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (5 mL)	1
Celgene	Onureg Co. 200 mg	7
Celgene	Onureg Co. 300 mg	7
Janss. Inc	Opsumit Co. 10 mg	30
B.M.S.	Orencia Sol. Inj. S.C. (ser) 125 mg/mL (1 mL)	4
Amgen	Otezla Co. 30 mg	56
Allergan	Ozurdex Implant Intravitréen 0,7 mg	1
Pfizer	Paxlovid Trousse (orale solide) 150 mg - 100 mg	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Pfizer	Paxlovid (insuffisance rénale) Trousse (orale solide) 150 mg - 100 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
Phmscience	pms-Everolimus Co. 2,5 mg	30
Phmscience	pms-Everolimus Co. 5 mg	30
Phmscience	pms-Everolimus Co. 10 mg	30
Celgene	Pomalyst Caps. 1 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 2 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 3 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 4 mg	21
Merck	Posanol 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
Organon	Puregon Cartouche 900 UI	1
Horizon	Quinsair Sol. pour Inh. 100 mg/mL (2,4 mL)	56
Mitsubishi	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
Dr Reddy's	Reddy-Dasatinib Co. 50 mg	60
Dr Reddy's	Reddy-Dasatinib Co. 70 mg	60
Dr Reddy's	Reddy-Dasatinib Co. 100 mg	30
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 20 mg	21

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Ferring	Rekovelle Cartouche 72 mcg	1
Ferring	Rekovelle Sol. Inj. S.C. (stylo) 72 mcg/2,16 mL	1
Janss. Inc	Remicade Pd. Perf. I.V. 100 mg	1
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 1 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 2,5 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 5 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 10 mg/mL	20 ml
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
Roche	Rozlytrek Caps. 100 mg	30
Roche	Rozlytrek Caps. 200 mg	90
Serono	Saizen Cartouche 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 10 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 30 mg	1
Sandoz	Sandoz Abiraterone Co. 250 mg	120
Sandoz	Sandoz Abiraterone Co. 500 mg	60
Sandoz	Sandoz 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 Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Sandoz	Sandoz Pirfenidone Co. 801 mg	90
Sandoz	Sandoz Pirfenidone Capsules Caps. 267 mg	270
Sandoz	Sandoz Posaconazole Co. L.A. 100 mg	60

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
Jamp	Simlandi (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Jamp	Simlandi (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	1
Jamp	Simlandi (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Janss. Inc	Simponi Sol. Inj. S.C. (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
AbbVie	Skyrizi (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
AbbVie	Skyrizi (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
Alexion	Soliris Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (30 mL)	1
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 60 mg/0,3 mL	1
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/0,3 mL	1
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 120 mg/0,5 mL	1
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 Depôt 3 mois Implant 9,45 mg	1
Pfizer	Sutent Caps. 12,5 mg	28
Pfizer	Sutent Caps. 25 mg	28
Pfizer	Sutent Caps. 50 mg	28
Novartis	Tafinlar Caps. 50 mg	120
Novartis	Tafinlar Caps. 75 mg	120
AZC	Tagrisso Co. 40 mg	30
AZC	Tagrisso Co. 80 mg	30
Lilly	Taltz (seringue) Sol. Inj. S.C. 80 mg/mL (1 mL)	1
Lilly	Taltz (stylo) Sol. Inj. S.C. 80 mg/mL (1 mL)	1
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. 50 mg	60

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Taro	Taro-Dasatinib Co. 70 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 100 mg	30
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Taro	Taro-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-Dasatinib Co. 50 mg	60
Teva Can	Teva-Dasatinib Co. 70 mg	60
Teva Can	Teva-Dasatinib Co. 100 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 2,5 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 5 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 10 mg	30
Teva Can	Teva-Temozolomide Caps. 250 mg	5
Teva Can	Teva-Temozolomide Caps. 250 mg	20
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
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 50 mg - 25 mg - 37,5 mg et 75 mg	84
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 100 mg - 50 mg - 75 mg - 150 mg	84
ViiV	Triumeq Co. 50 mg - 600 mg - 300 mg	30
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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Biogen	Tysabri Sol. Inj. I.V. 300mg/15ml	1
Janss. Inc	Uptravi Co. 200 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 400 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 600 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 800 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1000 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1200 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1400 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1600 mcg	60
Roche	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
ViiV	Vocabria Co. 30 mg	30
GSK	Volibris Co. 5 mg	30
GSK	Volibris Co. 10 mg	30
Gilead	Vosevi Co. 400 mg -100 mg -100 mg	28
Novartis	Votrient Co. 200 mg	120
VPI	VPI-Amikacin Sol. Inj. 250 mg/mL (2 mL)	10
Pfizer	Vyndamax Caps. 61 mg	30
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
GSK	Zejula Caps. 100 mg	56
GSK	Zejula Caps. 100 mg	84
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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Janss. Inc	Zytiga Co. 500 mg	60

ANNEXE IV

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

ABATACEPT, Pd. Perf. I.V. :

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

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 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/m^2 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.

ABIRATÉRONE (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.

ACALABRUTINIB :

- en monothérapie, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes :

  - pour qui une chimiothérapie à base de fludarabine n'est pas indiquée en raison des résultats de la cytogénétique ou qui ne sont pas admissibles à une chimiothérapie à base de fludarabine;
    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 la poursuite du traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant les 6 cycles combinant l'acalabrutinib et l'obinutuzumab :

  La durée maximale de chaque autorisation est de 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 de la leucémie lymphoïde chronique réfractaire ou récidivante, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 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'acalabrutinib n'est pas autorisée à la suite d'un échec avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.

★ 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 OBÉTICHOLIQUE :

- pour le traitement de la cholangite biliaire primitive :

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

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

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

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

  Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le 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 :

- 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/m^2 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.

- 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 12e 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 12e 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 (HIDRADÉNITE SUPPURÉE) :

♦ pour le traitement des personnes atteintes d'hidradénite suppurée modérée à grave :

- qui ont au moins trois abcès ou nodules;
- qui présentent des lésions dans au moins deux régions anatomiques distinctes, dont l'une de stade Hurley II ou III;
- qui ont une réponse insuffisante à une antibiothérapie orale d'une durée d'au moins trois mois.

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

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, 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.

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'aflibercept 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'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 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 oeil.

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

L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :
- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/120;

- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm;
- absence de déficit pupillaire afférent.

L'autorisation 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 du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résécable ou métastatique chez les personnes :

- dont la tumeur présente un réarrangement du gène ALK;
  et
- qui n'ont jamais eu d'échec avec un inhibiteur du 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 résécable ou métastatique chez les personnes :

- dont la tumeur présente un réarrangement du gène ALK;
  et
- dont le cancer a progressé malgré l'administration du crizotinib, à moins d'une intolérance sérieuse;
  et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 ≥ 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.

ALITRÉTINOÏNE :

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

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

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

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

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

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

ALOGLIPTINE (benzoate d') :

♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

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

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

- en association avec une thérapie de privation androgénique (TPA), pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 :

  - n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 3 ans pour le traitement d'un cancer de la prostate localisé;
    ou
  - n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique.

  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'apalutamide 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.

★ 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 récidives 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.

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-HT_3.

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.

AZACITIDINE :

- pour le traitement d'entretien de la leucémie myéloïde aigüe *de novo* ou secondaire à un syndrome myélodysplasique ou à une leucémie myélomonocytaire chronique, chez les adultes qui ont obtenu une rémission complète ou rémission complète avec rétablissement hématologique incomplet après un traitement d'induction intensif, avec ou sans traitement de consolidation, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques et :

  - dont le risque cytogénétique est intermédiaire ou défavorable;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 3.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 300 mg par jour pendant 14 jours par cycle de 28 jours.

Il est à noter que l'azacitidine orale n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un agent hypométhylant.

AZÉLAÏQUE (acide) :

- pour le traitement de l'acné rosacée lorsqu'une préparation topique de 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.

BARICITINIB :

- en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication au méthotrexate.

  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 pour la poursuite du traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

  Les autorisations pour le baricitinib sont données à raison de 2 mg une fois par jour.

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 x 109/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 x 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.

BINIMÉTINIB:

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

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 binimétinib, en association avec l'encorafénib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

BISACODYL :

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

BOSENTAN :

- pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une 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.

BRIGATINIB:

- en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :

  - dont la tumeur présente un réarrangement du gène ALK;
    et
  - qui n'ont jamais eu d'échec avec un inhibiteur du 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.

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.

BUROSUMAB :

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

  Lors de la demande initiale, la personne doit :
  - avoir un diagnostic confirmé par :
    - une mutation du gène PHEX
      ou
    - une mutation du gène PHEX chez un membre de la famille immédiate et un dosage plasmatique du facteur de croissance des fibroblastes 23 (FGF23) supérieur à la normale;

    et
  - avoir un *Thacher Rickets Severity Score* (RSS) supérieur ou égal à 2;
    et
  - être âgée d'au moins 12 mois et de moins de 18 ans;
    et
  - avoir des plaques de croissance non fusionnées.

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

  Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 90 mg de burosumab toutes les 2 semaines. Advenant la poursuite du traitement chez des personnes de 18 ans et plus n'ayant pas terminée leur croissance, tel que documenté par des plaques de croissances non fusionnées, la dose maximale recommandée sera de 90 mg de burosumab toutes les 4 semaines.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

CABERGOLINE :

- pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les personnes pour qui la bromocriptine 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 1er 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.

- en monothérapie, pour le traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable, chez les personnes ayant déjà été traitées par un inhibiteur de la tyrosine kinase :

  - dont la maladie a progressé malgré l'administration d'une ou deux thérapies systémiques pour le traitement du carcinome hépatocellulaire;
    et
  - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 et Pd. Orale :

- pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

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

- pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

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

- pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

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

- pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

CANAGLIFLOZINE :

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

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

  Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) 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 G6MC 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 G6MC, 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 insulinique 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, afind'évaluer la capacité des patients à utiliser le FreeStyle LibreMC 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 LibreMC, soit au moins 70% du temps.

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 2 :

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

  À l'instauration du traitement, la personne :

  - de moins de 18 ans doit être atteinte du diabète de type 1;
  - de 18 ans et plus doit satisfaire aux 2 critères suivants :
    - thérapie insulinique 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 FreeStyle Libre 2MC 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 de FreeStyle Libre 2MC ou FreeStyle LibreMC, 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 résécable ou métastatique chez les personnes :

  - dont la tumeur présente un réarrangement du gène ALK;
    et
  - dont le cancer a progressé malgré l'administration du crizotinib, à moins d'une intolérance sérieuse;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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.

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA :

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

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

CINACALCET (chlorhydrate de) :

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

  - une calcémie corrigée ≥ 2,54 mmol/L;
    ou
  - une phosphorémie ≥ 1,78 mmol/L;
    ou
  - un produit phosphocalcique ≥ 4,5 $mmol^2/L^2$;
    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 résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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.

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

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

- pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine B_{12}.

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 résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 réséqué;
    et
  - dont la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

- pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II ou III de la *New York Heart Association* (NYHA) :

  - qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 40 %); et
  - qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

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 ($HbA1_c$) 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 B_{12}.

  - 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 $40x10^9$/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, la darbépoétine alfa demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments jusqu'au 31 janvier 2008 en autant que le traitement soit déjà en cours le 1er 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 40×10^9/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/µL;
    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-VEGFest 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/m^2 lorsqu'un inhibiteur de la DPP-4 est contre-indiqué, non toléré ou inefficace.

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

Lors de la demande de poursuite du traitement, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) 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'$HbA1_c$ 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 maximale de 600 mg suivie d'une dose maximale de 300 mg toutes les 2 semaines.

ÉCULIZUMAB :

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

  La première autorisation est d'une durée maximale de 6 mois, aux doses maximales suivantes :
  - 600 mg tous les 7 jours pendant les 4 premières semaines, suivis de
  - 900 mg pour la cinquième dose une semaine plus tard, et
  - 900 mg toutes les 2 semaines par la suite.

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

  Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 6 mois à la dose maximale de 900 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.

ÉLEXACAFTOR/TÉZACAFTOR/IVACAFTOR ET IVACAFTOR (EMBALLAGE COMBINÉ) :

♦ pour le traitement de la fibrose kystique, chez les personnes :

- âgées de 6 ans ou plus;
  et
- présentant une mutation ΔF508 sur au moins un allèle du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR);
  et
- n'ayant pas reçu de greffe pulmonaire.

Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir :

- le pourcentage de la valeur prédite du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS);
- le score du domaine respiratoire du questionnaire révisé sur la fibrose kystique (CFQ-R);

- l'indice de masse corporelle (IMC), ou le score-z de l'IMC selon l'âge pour la population pédiatrique;
- le nombre d'exacerbations pulmonaires ayant nécessité une antibiothérapie au cours des 12 derniers mois.

Lors de la première demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir les données permettant de démontrer les effets cliniques bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration de la valeur prédite du VEMS de 5 % ou plus par rapport à la valeur prétraitement;
  ou
- une amélioration de la qualité de vie, démontrée par une amélioration d'au moins 4 points sur le score du domaine respiratoire du CFQ-R par rapport à la valeur prétraitement;
  ou
- l'absence de déclin de l'IMC, ou du score-z de l'IMC selon l'âge pour la population pédiatrique, par rapport à la valeur prétraitement;
  ou
- une diminution de la fréquence des exacerbations pulmonaires ayant nécessité une antibiothérapie d'au moins 20 % par rapport à la valeur prétraitement.

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

Il est à noter que dans tous les cas, le VEMS doit être mesuré lorsque l'état du patient est stable, en l'absence d'exacerbation pulmonaire.

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

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale de 12 mois et à raison d'une posologie de deux comprimés d'association triple (élexacaftor/tézacaftor/ivacaftor) le matin et d'un comprimé d'ivacaftor le soir.

ELTROMBOPAG :

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

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

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

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse définie par une augmentation cliniquement significative de la numération plaquettaire. Les autorisations subséquentes sont données pour une durée maximale de 12 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 ($HbA1_c$) 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 ($HbA1_c$) est ≥ 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.

ENCORAFÉNIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 l'encorafénib, en association avec le binimétinib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

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.

ENTRECTINIB :

♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique, chez les personnes :

- dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ROS1*;
  et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

ENZALUTAMIDE :

♦ 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.

♦ en association avec une thérapie de privation androgénique (TPA), pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 :

- n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 3 ans pour le traitement d'un cancer de la prostate localisé;
  ou
- n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique.

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.

★ ÉPLÉRÉNONE :

- pour les personnes présentant des signes d'insuffisance cardiaque et de dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 40 %) après un infarctus aigu du myocarde, lorsque l'administration de l'éplérénone commence dans les jours suivant l'infarctus en complément de la thérapie standard.

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

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 B_{12} :

  - 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 $40x10^9$/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 1er 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 40×10^9/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/m^2 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 utilisé doit être :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

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

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'étanercept 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 résécables 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.

FÉDRATINIB :

♦ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une thrombocytémie essentielle, chez les personnes présentant :

- une rate palpable à 5 cm ou plus sous le rebord costal gauche accompagnée d'une imagerie de base;
  et
- une maladie à risque intermédiaire 2 ou élevé selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic);
  et
- un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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.

Il est à noter que le fédratinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinase utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose.

FÉSOTÉRODINE (fumarate de) :

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

★ FIDAXOMICINE :

- pour le traitement de l'infection à 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 X 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 X 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 X 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 X 10^9/L.

- pour le traitement des personnes infectées par le VIH souffrant d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à 0,5 X 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'une activité de procréation assistée.

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

FOLLITROPINE BÊTA :

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

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

FOLLITROPINE DELTA :

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

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

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / BUDÉSONIDE :

- pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, 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 1er 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 β2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste β2 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.

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / BUDÉSONIDE / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) :

♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :

- ayant présenté au moins 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 dans la dernière année au moins une exacerbation des symptômes de la maladie 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 par l'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 donnée 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 de deux doses maximales quotidiennes de 364 mcg de budésonide.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un β_2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

- 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 de deux doses maximales quotidiennes de 364 mcg de budésonide.

  Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un β_2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

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 – CÉTOGÈNE (ALLERGIE AUX PROTÉINES DE LAIT OU DE SOYA) :

- pour l'alimentation entérale ou orale des enfants de moins de 18 ans :

  - atteints d'épilepsie réfractaire, malgré l'essai sur une période adéquate, d'au moins 2 médicaments anticonvulsivants appropriés et bien tolérés, utilisés soit en monothérapie ou en combinaison;
    et
  - ayant une allergie ou une intolérance aux protéines de lait ou de soya.

  Lors de la demande initiale, le 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 – CÉTOGÈNE (SEMI-ÉLÉMENTAIRE) :

- pour l'alimentation entérale ou orale des enfants de moins de 18 ans :

  - atteints d'épilepsie réfractaire malgré l'essai sur une période adéquate d'au moins deux médicaments anticonvulsivants appropriés et bien tolérés, utilisés soit en monothérapie ou en combinaison;
    et

- ayant une fonction gastro-intestinale altérée ou une intolérance aux protéines intactes.

Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir le nombre de crises par semaine avant l'initiation d'une formule cétogène. Cette demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

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

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

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

FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ :

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

FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE :

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

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

♦ pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes 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 – INSUFFISANCE RÉNALE (ENFANT) :

♦ pour l'alimentation entérale ou orale des enfants atteints d'insuffisance rénale.

FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ / HUILE DE COCO :

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

FORMULE NUTRITIVE – MONOMÉRIQUE :

♦ pour l'alimentation entérale.

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

♦ pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard 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.

FRÉMANEZUMAB:

- pour le traitement prophylactique des migraines chez les personnes ayant au moins quatre jours de migraine par mois et un diagnostic établi selon les critères de l'International Headache Society :

  - en cas d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité à au moins trois médicaments prophylactiques appropriés, parmi lesquels au moins un antidépresseur tricyclique, un anticonvulsivant et un antihypertenseur.

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

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

  Dans les demandes de poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par une diminution d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine par mois, par rapport à la valeur de base.

  La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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.

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.

GONADOTROPHINES :

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

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

♦ pour l'induction d'une spermatogénèse chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer, en association avec une gonadotrophine chorionique.

L'homme doit avoir été préalablement traité par une gonadotrophine chorionique, en monothérapie, pendant au moins 6 mois.

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE :

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

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

- pour l'induction d'une spermatogénèse chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer.

  En l'absence d'une spermatogénèse après un traitement d'au moins 6 mois, la poursuite du traitement en association avec une gonadotrophine est autorisée.

★ GRANISÉTRON (chlorhydrate de) :

- lors de la première journée d'un traitement de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante;

- lors d'un traitement de radiothérapie modérément ou hautement émétisante;

- chez l'enfant lors de chimiothérapie ou de radiothérapie émétisante.

- lors d'un traitement :

  - de chimiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée et qui ne reçoivent pas d'aprépitant ou de fosaprépitant;
    ou
  - de radiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

GUANFACINE (chlorhydrate de) :

- en association avec un psychostimulant, pour le traitement des enfants et des adolescents ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la condition avec le méthylphénidate et une amphétamine utilisés en monothérapie.

  Avant de conclure à l'efficacité sous-optimale de ces médicaments, ils doivent avoir été titrés à doses optimales.

HUILE MINÉRALE :

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

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE :

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

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE / DEXTRAN 70 :

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

IBRUTINIB :

- en monothérapie, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique chez les personnes :

  - pour qui une chimiothérapie à base de fludarabine n'est pas indiquée en raison des résultats de la cytogénétique ou qui ne sont pas admissibles à recevoir une chimiothérapie à base de fludarabine;

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 de la leucémie lymphoïde chronique réfractaire ou récidivante chez les personnes :

- pour qui une chimiothérapie à base de fludarabine n'est pas indiquée en raison des résultats de la cytogénétique ou qui ne sont pas admissibles à recevoir une chimiothérapie à base de fludarabine :
  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'ibrutinib n'est pas autorisée à la suite d'un échec avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.

♦ en monothérapie, pour le traitement du lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire, chez les personnes :

- qui ont reçu au moins 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 aigüe d'AOH confirmée médicalement.

Les autorisations seront données pour un maximum de 12 seringues d'icatibant par période de 12 mois.

ICOSAPENT ÉTHYLE :

♦ pour la prévention secondaire des événements cardiovasculaires, en concomitance avec une statine, chez les patients :
- ayant un taux de triglycérides sériques à 2,26 mmol/l ou plus;
  et
- dont l'utilisation d'une statine à dose optimale, en association ou non avec l'ézétimibe, pendant au moins 3 mois, a permis un contrôle adéquat des taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL).

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 de6 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 récidive.

  La durée maximale de l'autorisation est de 36 mois.

- pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique avec présence du récepteur c-kit (CD117).

  La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

  L'autorisation initiale est pour la dose quotidienne de 400 mg. Pour les personnes dont la récidive 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.

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 (acétate d') / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) / MOMÉTASONE (furoate de) :

- pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes :

  - dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'une association d'un agoniste β_2 à longue action et d'un corticostéroïde en inhalation pris à une dose moyenne ou élevée;
    et
  - ayant présenté au moins une exacerbation dans la dernière année. Par exacerbation, on entend une aggravation des symptômes d'asthme nécessitant des soins médicaux d'un médecin, une visite à l'urgence ou une hospitalisation et requérant l'usage d'un corticostéroïde oral.

INDACATÉROL (acétate d') / MOMÉTASONE (furoate de) :

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

INDACATÉROL (maléate d') / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) :

- pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas 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 β2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste β2 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/m^2 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 14e 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-TNFα 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-TNFα 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 Functionnal 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'inotersen 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.

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

INSULINE ASPARTE / INSULINE ASPARTE PROTAMINE :

♦ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie.

INSULINE LISPRO / INSULINE LISPRO PROTAMINE :

♦ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie.

INTERFÉRON BÊTA-1A, Sol. Inj. I.M. :

♦ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le 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 aigüe de démyélinisation documentée sont admissibles à la continuation du paiement de l'interféron bêta-1a (Rebif[MC]), et ce, jusqu'à la conversion de leur état en une sclérose en plaques, en autant que son coût ait déjà été assumé, en vertu du régime général d'assurance médicaments, dans les 365 jours précédant le 3 juin 2013.

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

  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 ≤ 35 %;
  et

- qui sont en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque au repos est de 77 battements par minute ou plus;
  et
- qui ont été hospitalisées, ont eu une consultation à l'urgence ou dans une clinique d'insuffisance cardiaque**,** en raison d'une aggravation de leur insuffisance cardiaque, dans les 12 derniers mois;
  et
- qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant et un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

IVACAFTOR :

♦ pour le traitement de la fibrose kystique chez les personnes :

- porteuses de la mutation G551D du gène codant pour la protéine CFTR;
  et
- dont la fonction pulmonaire est altérée au point de nuire gravement aux activités de la vie quotidienne et dont la meilleure valeur du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) se détériore par rapport à celle des deux années précédentes.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve des effets cliniques bénéfiques définis par :

- une amélioration ou une stabilisation du VEMS;
  et
- des répercussions positives sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou une diminution des exacerbations (surinfections).

Les autorisations sont données pour une dose biquotidienne d'ivacaftor de 150 mg.

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 leur état se détériore malgré un traitement avec une formulation de tobramycine pour inhalation;
  ou
- lorsqu'elles sont intolérantes à une solution de tobramycine pour inhalation;
  ou
- lorsqu'elles sont allergiques à la tobramycine.

LINAGLIPTINE :

♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

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

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

LINAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

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

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) 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/m^2 lorsqu'un inhibiteur de la DPP-4 est contre-indiqué, non toléré ou inefficace.

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

Lors de la demande de poursuite du traitement, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) 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'$HbA1_c$ 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 x 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 x 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 x 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 x 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 mépolizumab.

  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.

- pour le traitement des maladies pulmonaires interstitielles fibrosantes chroniques à phénotype progressif, autres que la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les adultes ayant :

  - de la fibrose pulmonaire confirmée par tomodensitométrie à haute résolution ou par une biopsie;
    et
  - une capacité vitale forcée (CVF) de 45 % ou plus de la valeur 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.

Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir la preuve de la progression de la maladie définie par au moins un des événements suivants survenus dans les 24 derniers mois, soit :

- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, d'au moins 10 % en valeur relative;
- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 5 % à moins de 10 % en valeur relative et une aggravation des symptômes pulmonaires;
- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 5 % à moins de 10 % en valeur relative et une augmentation de l'étendue de la fibrose confirmée par tomodensitométrie;
- une aggravation des symptômes pulmonaires et une augmentation de l'étendue de la fibrose pulmonaire confirmée par tomodensitométrie.

L'autorisation initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes de poursuite de traitement, le 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 12 derniers 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.

NIRAPARIB (tosylate de) :

♦ en monothérapie pour le traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope, ou du cancer péritonéal primaire, chez les personnes :

- qui ont reçu au moins deux protocoles de chimiothérapie 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 le niraparib 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 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 36 mois de traitement par le niraparib.

NITRAZÉPAM :

- pour la prise en charge des troubles épileptiques.

Toutefois, les comprimés de nitrazépam demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments jusqu'au 31 mai 2016 pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 90 jours précédant le 1er 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.

OFATUMUMAB :

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

  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.
- en monothérapie, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :

  - porteuses d'une mutation germinale ou somatique d'un gène *BRCA*;
    et
  - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement par un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou un inhibiteur du récepteur des androgènes de deuxième génération;
    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.

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 résécable ou métastatique, porteur de la mutation T790M de l'EGFR, chez les personnes :

  - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'EGFR;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 résécable 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 1er mars 2012 au 15 juillet 2012.

OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE :

- comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

  Il est à noter que la prise concomitante de ce médicament avec le sévélamer ou le lanthane hydraté n'est pas autorisée.

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 résécable 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 récidive d'une plaie au même site.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

  Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

  Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récidive d'une plaie au même site.

  Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

  Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

  Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récidive d'une plaie au même site.

  Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ :

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus malodorante.

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante causée par une maladie chronique ou par un cancer.

- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorant lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ – HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.

- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ – HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.

- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE :

- pour faciliter le traitement des personnes souffrant de brûlures graves très douloureuses.

PARAFFINE / HUILE MINÉRALE :

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

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.

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

PAZOPANIB (chlorhydrate de) :

♦ pour le traitement de 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 X 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 X 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 1er 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 ($HbA1_c$) 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.

PROGESTÉRONE, Co. Vag. (Eff.) et Gel Vag. (App.) :

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

PROPRANOLOL (chlorhydrate de), Sol. Orale :

♦ pour le traitement des hémangiomes infantiles proliférratifs 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 oeil.

- pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

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

  L'autorisation 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 oeil.

- pour le traitement de la déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

  - myopie minimale de -6 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 récidives d'encéphalopathie hépatique chez les personnes cirrhotiques pour qui le lactulose pris de façon optimale n'a pas permis de prévenir adéquatement la survenue d'épisodes manifestes.

  À moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication, le lactulose doit être administré en concomitance.

RILUZOLE :

- pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique chez les patients présentant des symptômes de la maladie depuis moins de 5 ans, une capacité vitale supérieure à 60 % de la valeur 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 aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines par la suite.

RISDIPLAM :

♦ pour le traitement de l'amyotrophie spinale 5q confirmée par un test génétique montrant une mutation ou une délétion biallélique du gène *SMN1*.

À l'instauration du traitement, la personne doit :
- être âgée de 2 mois ou plus;
  et
- présenter deux, trois ou quatre copies du gène *SMN2*;
  et
- présenter des symptômes de la maladie;
  et
- ne pas dépendre d'une ventilation permanente. La ventilation permanente est définie par le recours à une assistance respiratoire (invasive ou non invasive) de 16 heures ou plus par jour, pendant plus de 21 jours consécutifs, sauf si elle est liée à un épisode aigu réversible;
  et
- avoir cessé le nusinersen, le cas échéant;
  et
- ne pas avoir été traitée par l'onasemnogène abéparvovec.

Les autorisations sont données pour une dose maximale de 5 mg par jour. La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les personnes ayant reçu le risdiplam ne peuvent pas recevoir le nusinersen par la suite.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer l'absence de détérioration significative des fonctions neuromotrices, soit :

- l'absence de ventilation permanente;
  et
- l'absence d'une alimentation exclusivement par voie nasogastrique ou par gastrostomie;
  et
- une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale.

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-TNFα) 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-TNFα.

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.

RITUXIMAB (granulomatose avec polyangéite ou polyangéite microscopique) :

♦ pour le traitement des adultes atteints de la forme grave de la granulomatose avec polyangéite ou de la polyangéite microscopique, c'est-à-dire qui pourrait entraîner une défaillance d'organe ou mettre la vie en danger.

RIVAROXABAN, 2,5 mg :

♦ pour la prévention secondaire des événements cardiovasculaires, en association avec une faible dose d'acide acétylsalicylique, chez les patients atteints d'une coronaropathie et d'une maladie artérielle périphérique.

★ 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 1er 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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

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

ROTIGOTINE :

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

- pour le traitement des signes et symptômes d'intensité modérée ou grave du syndrome des jambes sans repos idiopathique, lorsqu'un autre agoniste dopaminergique est inefficace ou lorsque la voie orale ne peut pas être utilisée.

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.

  Il est à noter que le ruxolitinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinases utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose.

- pour le contrôle de l'hématocrite chez les personnes atteintes d'une polycythémie vraie :

  - dont la maladie est résistante à l'hydroxyurée;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

  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'entraine 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 x 10^9/l et un décompte plaquettaire supérieur à 400 x 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 ≤ 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 1er 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 qui désirent procréer et dont la concentration sérique de phénylalanine est supérieure à 360 µmol/l malgré une diète restreinte en phénylalanine.

L'autorisation initiale est d'une durée de deux mois.

Lors de la demande de poursuite du traitement, le médecin doit fournir la preuve d'une réponse au traitement. Une réponse à la sapropterine est définie par une diminution moyenne de la concentration sérique de phénylalanine d'au moins 30 %.

L'autorisation sera alors accordée pour la période pendant laquelle la femme tente de procréer et jusqu'à la fin de la grossesse.

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.

SATRALIZUMAB :

♦ pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyélite optique chez les personnes âgées de 12 ans ou plus porteuses d'anticorps anti-aquaporine-4 (AQP4)-IgG.

À l'instauration du traitement, la personne doit avoir eu au moins un épisode dans les 12 derniers mois.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale de 120 mg aux semaines 0, 2 et 4, puis toutes les 4 semaines.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'une réduction du nombre des épisodes (rechutes), quantifiée de façon explicite et objective.

Le renouvellement ne sera pas autorisé au-delà de deux rechutes survenues sur une période de deux années.

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 ($HbA1_c$) 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 ($HbA1_c$) 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 de12 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 ($HbA1_c$) 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.

SIPONIMOD (acide fumarique de) :

- pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire.

  À l'instauration du traitement, la personne doit :
  - avoir une maladie active caractérisée par au moins l'un des éléments suivants :
    - une poussée clinique dans les deux dernières années;
    - une nouvelle lésion en T2 dans la dernière année;
    - une augmentation du volume d'une lésion en T2 dans la dernière année;
    - une lésion rehaussée par le gadolinium à l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) dans la dernière année.

    et
  - avoir un résultat sur l'échelle EDSS inférieur à 7.

  Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 2 mg par jour.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin doit confirmer que le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

SITAGLIPTINE :

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

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

  Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) 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 ($HbA1_c$) 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 25e 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 insulinique; si toutefois ce test est contre-indiqué, le test au glucagon peut lui être substitué.

- si le déficit est acquis à l'âge adulte, il doit être consécutif à une maladie hypophysaire ou hypothalamique ou encore à une chirurgie, à une radiothérapie ou à un traumatisme.

♦ pour le traitement du syndrome de Turner :

- le syndrome doit avoir été démontré par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X). Ce caryotype peut être homogène ou en mosaïque;
- sont exclues les filles dont l'âge osseux atteint 14 ans;
- sont exclues les filles chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SOMATOTROPHINE – retard de croissance et syndrome de Turner :

♦ pour le traitement des enfants et des adolescents présentant un retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène s'ils répondent aux critères suivants :

- croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25e 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 mL/s/1,73 m^2 (75 mL/min/1,73 m^2) et score Z (HSDS) $\leq$ -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 10e 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 progressionde 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, 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 une confirmation de l'absence d'amylose à chaine légère;
    et
  - doit avoir un diagnostic confirmé par **:**
    - scintigraphie osseuse ou par biopsie cardiaque;
      ou
    - un test génétique;
    et
  - doit présenter des antécédents médicaux d'insuffisance cardiaque incluant une hospitalisation antérieure ou des manifestations cliniques qui ont nécessité un traitement avec un diurétique;
    et
  - ne doit pas être atteinte d'insuffisance cardiaque de classe IV de la New York Heart Association (NYHA).

  Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 61 mg de tafamidis une fois par jour.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 et le tafamidis méglumine ne sont pas autorisés en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

TAFAMIDIS MÉGLUMINE :

- pour le traitement des adultes atteints d'une cardiomyopathie causée par une amyloïdose à transthyrétine (ATTR-CM).

  À l'instauration du traitement, la personne :
  - doit avoir une confirmation de l'absence d'amylose à chaine légère;
    et
  - doit avoir un diagnostic confirmé par **:**
    - scintigraphie osseuse ou par biopsie cardiaque;
      ou

- un test génétique;

et

- doit présenter des antécédents médicaux d'insuffisance cardiaque incluant une hospitalisation antérieure ou des manifestations cliniques qui ont nécessité un traitement avec un diurétique;

et

- ne doit pas être atteinte d'insuffisance cardiaque de classe IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 80 mg de tafamidis méglumine une fois par jour.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 et le tafamidis méglumine ne sont pas autorisés en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

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.

TÉRIPARATIDE (biosimilaire) :

♦ 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/m^2 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 (≥ 38°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/m^2 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.

♦ 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/m^2 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 administré par voie sous-cutanée sont données à raison de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes.

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 (≥ 38°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 administré par voie sous-cutanée sont données à raison de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

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

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/m^2 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 administré par voie sous-cutanée sont données à raison de 162 mg toutes les 3 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et de 162 mg toutes les 2 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

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 résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 réséqué;
    et
  - dont la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

  La durée maximale du traitement est de 12 mois.

- en monothérapie, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes :

  - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à un inhibiteur BRAF;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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.

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.

TRIENTINE (chlorhydrate de) :

- pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Wilson, lorsque la pénicillamine est contre-indiquée ou non tolérée.

TRIFLURIDINE / TIPIRACIL (chlorhydrate de) :

- en monothérapie, pour le traitement du cancer colorectal métastatique chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1 ainsi qu'un échec aux thérapies suivantes, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse :
  - une chimiothérapie à base d'irinotécan et d'une fluoropyrimidine;
    et
  - une chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'une fluoropyrimidine;
    et
  - un traitement incluant le bevacizumab;
    et
  - en présence d'un gène RAS non muté, un traitement incluant le panitumumab ou le cétuximab.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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.

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-TNFα figurant dans la liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions sont contre-indiqués. Dans ce cas, les conditions requises pour accorder la première autorisation de l'ustekinumab sont les mêmes que celles lors de l'instauration d'un traitement avec les anti-TNFα 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-TNFα 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-TNFα 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, Pd. Perf. I.V. :

- 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.

VEDOLIZUMAB, Sol. Inj. S.C. :

- pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave.

  Les autorisations de vedolizumab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins deux doses de vedolizumab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'une des indications donnant droit au remboursement du vedolizumab sous forme intraveineuse pour la maladie de Crohn.

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

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera autorisée à raison de 108 mg toutes les deux semaines pour une durée maximale de 12 mois.

- pour le traitement des adultes atteints de la maladie de colite ulcéreuse modérée ou grave.

  Les autorisations de vedolizumab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins deux doses de vedolizumab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement du vedolizumab sous forme intraveineuse pour la colite ulcéreuse.

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

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

  La demande pour le vedolizumab sous-cutanée sera autorisée à raison de 108 mg toutes les deux semaines.

VÉMURAFÉNIB :

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

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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 résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 :

  - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse au dabrafénib;
    ou
  - qui sont porteuses d'une mutation BRAF V600K.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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.A

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.

- en monothérapie pour la poursuite du traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 6 cycles combinant le vénétoclax et l'obinutuzumab.

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

VERTÉPORFINE :

- pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge avec néovascularisation chez les personnes présentant une atteinte de 50 p. cent ou plus de la surface maculaire.

- pour le traitement de la myopie pathologique avec néovascularisation.

- pour le traitement du syndrome d'histoplasmose oculaire présumé avec néovascularisation.

VILANTÉROL (trifénatate de) / FLUTICASONE (furoate de), 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 donnée 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 la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un β2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes qui reçoivent déjà un agoniste β2 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 la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un β2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

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

ADALIMUMAB (Humira) :

Sol. Inj. S.C 50 mg/mL(0,8 mL)

02258595	Humira (seringue)	AbbVie	2	1428,48	714,2400
99100385	Humira (stylo)	AbbVie	2	1428,48	714,2400

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 3 mars 2021.

- pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le 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.

  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 12e 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.

ÉTANERCEPT (Enbrel) :

Sol. Inj. S.C				50 mg/mL(1 mL)	
02274728	Enbrel (seringue)	Amgen	4	1437,13	359,2825
99100373	Enbrel SureClick	Amgen	4	1437,13	359,2825

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 18 août 2017 :

- pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le 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.

  La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

  La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 1er février 2018 :

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

  La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 19 août 2020 :

- pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde à la condition que le 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.

FILGRASTIM (Neupogen) :

Sol. Inj.				300 mcg/mL (1,0 mL)		
01968017	Neupogen	Amgen	10	1731,89	173,1890	
Sol. Inj.				300 mcg/mL (1,6 mL)		
99001454	Neupogen	Amgen	10	2771,02	277,1020	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 30 septembre 2020.

- pour le traitement des personnes recevant des cycles de chimiothérapie moyennement ou hautement myélosuppressive (≥ 40 p. cent de risque de neutropénie fébrile).

- pour le traitement des personnes à risque de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie.

- lors des cycles subséquents de chimiothérapie, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à 0,5 X 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 X 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 X 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 X 10^9/L.

- pour le traitement des personnes infectées par le VIH souffrant d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à 0,5 X 10^9/L).

- pour stimuler la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe.

- pour le traitement d'appoint lors de leucémie myéloïde aiguë.

GLATIRAMÈRE (acétate de) :

Sol. Inj. S.C.(ser) 20 mg/mL

02245619	Copaxone	Teva Innov	30	1 296,00	43,20	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 5 juillet 2018.

- pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée à la condition que le 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.

INFLIXIMAB (Remicade) :

Pd. Perf. I.V.				100 mg		
02244016	Remicade	Janss. Inc	1	940,00		

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 19 août 2020.

- pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, à la condition que le 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 14e 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.

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	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 18 août 2017.

♦ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable avec une insuline à action intermédiaire n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer un épisode d'hypoglycémie grave ou de fréquents épisodes d'hypoglycémie.

RITUXIMAB (Rituxan) :

Sol. Perf. I.V.				10 mg/mL		
02241927	Rituxan	Roche	10 mL 50 mL	453,10 2 265,50		

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 30 septembre 2020.

♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, en association avec le méthotrexate, ou encore avec le léflunomide en cas d'intolérance ou de contre-indication au méthotrexate, à la condition que le 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.

TÉRIPARATIDE (Fortéo) :

Sol. Inj. S.C				250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL)	
02254689	Fortéo	Lilly	1	809,73	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 15 décembre 2021.

- 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.

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION DONT LA COUVERTURE
D'ASSURANCE EST MAINTENUE POUR LES PERSONNES EN COURS DE TRAITEMENT SELON LES CONDITIONS PRÉVUES AU POINT 4.2.3 DE LA LISTE DES MÉDICAMENTS

ÉNOXAPARINE (Lovenox)

Sol. Inj. S.C.				100 mg/mL	
02236564	Lovenox	SanofiAven	3 ml	62,51	
Sol. Inj. S.C. (ser.)				30 mg/0,3 mL	
02012472	Lovenox	SanofiAven	10	62,90	6,2900
Sol. Inj. S.C. (ser.)				40 mg/0,4 mL	
02236883	Lovenox	SanofiAven	10	83,30	8,3300
Sol. Inj. S.C. (ser.)				60 mg/0,6 mL	
02378426	Lovenox	SanofiAven	10	124,97	12,4970
Sol. Inj. S.C. (ser.)				80 mg/0,8 mL	
02378434	Lovenox	SanofiAven	10	166,60	16,6600
Sol. Inj. S.C. (ser.)				100 mg/1,0 mL	
02378442	Lovenox	SanofiAven	10	208,28	20,8280
Sol. Inj. S.C. (ser.)				120 mg/0,8 mL	
02242692	Lovenox HP	SanofiAven	10	249,90	24,9900
Sol. Inj. S.C. (ser.)				150 mg/1,0 mL	
02378469	Lovenox HP	SanofiAven	10	312,40	31,2400

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les douze (12) mois précédent le 15 décembre 2021.

INSULINE ASPARTE (NovoRapid)

Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (3 mL)

02377209	NovoRapid Flex Touch	N.Nordisk	5	50,79	
02244353	NovoRapid Penfill	N.Nordisk	5	50,79	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les douze (12) mois précédent le 2 février 2022.

INSULINE LISPRO (Humalog et Humalog KwikPen)

Sol. Inj. S.C. 100 U/mL

02229704	Humalog	Lilly	10 ml	26,17	

Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (3 mL)

02229705	Humalog	Lilly	5	51,44	
02403412	Humalog KwikPen	Lilly	5	51,44	

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

PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES

Pd. Inj. 1,1 mg

01948970	Guêpe (Polistes Spp.)	Allergy	1	240,00	

Pd. Inj. 3,3 mg

01948873	Vespidés combinés	Allergy	1	434,00	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les six (6) mois précédent le 15 février 2017.

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG

Bandelette

99101227	Dario	Auto. Cont.	100	66,00	
99101469	D360 Blood Glucose Test Strips	Ignite	50	34,23	
			100	63,90	
99101165	GlucoDr	Medihub	50	36,45	
99100332	iTest	Auto. Cont.	50	32,50	
			100	63,00	
99100497	Nova-Max	NovaBiomed	50	34,95	
			100	69,90	
99100479	On-Call Plus	Acon	25	17,50	
			50	33,50	
			100	63,00	
99101314	On Call Vivid	Lab. Paris	50	27,00	
			100	54,00	
99100714	TRUEtest	Nipro Diag	50	27,00	

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

LISTE DES MÉDICAMENTS POUR LESQUELS LA MÉTHODE DU PRIX LE PLUS BAS NE S'APPLIQUE PAS

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.

68:18
gonadotrophines

leuprolide (acétate de)

68:20.08
insulines

insuline isophane bio-synthétique de séquence humaine
insuline lispro
insuline zinc cristalline bio-synthétique de séquence humaine
insulines zinc cristalline et isophane bio-synthétiques de séquence humaine

68:36.04
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
capteur FreeStyle Libre 2
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 assujetti 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 assujetti au Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées (DORS/2000-217).

***** Médicament dont les données ont été modifiées par rapport à l'édition précédente.

+ Médicament ajouté par rapport à l'édition précédente.

suppl. Le coût de service pour ce produit est celui applicable aux formules nutritives.

UE Médicament jugé unique et essentiel d'un fabricant non reconnu.

R Produit retiré du marché par le fabricant mais qui demeure payable par la Régie durant la période de validité de la présente édition.

PPB La méthode du prix le plus bas s'applique à cette dénomination commune, forme et teneur.

Identifie le prix payable en conformité avec la méthode du prix le plus bas.

Identifie le prix maximum payable.

4:00
ANTIHISTAMINIQUES

4:04	**antihistaminiques de première génération**
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

00596612	*Diphenhydramine (chlorhydrate de)*	Sandoz	1 ml	4,04	

4:04.16
DÉRIVÉS PIPÉRAZINE
FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE) P

Caps. 5 mg

02246082	*Flunarizine*	AA Pharma	60	43,22	0,7203
			100	72,03	0,7203

8:00
ANTI-INFECTIEUX

8:08 anthelmintiques
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 ℙ

Co. 100 mg

00556734	*Vermox*	Janss. Inc	6	19,27	3,2117

PRAZIQUANTEL ℙ

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') ℙ

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) ℙ

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		
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	*Apo-Cefadroxil*	Apotex	100	84,21	0,8421
02235134	*Novo-Cefadroxil*	Novopharm	100	84,21	0,8421
02311062	*Pro-Cefadroxil-500*	Pro Doc	100	84,21	0,8421

CÉFAZOLINE SODIQUE Ⓟ

Pd. Inj. — 1 g **PPB**

02108127	*Céfazoline*	Novopharm	10	32,30	3,2300
02297205	*Céfazoline pour injection*	Apotex	10	32,30	3,2300
02237138	*Céfazoline pour injection*	Fresenius	10	32,30	3,2300
02308959	*Céfazoline pour injection*	Sandoz	10	32,30	3,2300
02437112	*Céfazoline pour injection*	Sterimax	25	80,75	3,2300

Pd. Inj. — 10 g **PPB**

02108135	*Cefazolin*	Teva Can	1	30,15	
02297213	*Céfazoline pour injection*	Apotex	10	301,50	30,1500
02237140	*Céfazoline pour injection*	Fresenius	10	301,50	30,1500
02308967	*Céfazoline pour injection*	Sandoz	1	30,15	
02437120	*Céfazoline pour injection*	Sterimax	10	301,50	30,1500

Pd. Inj. — 500 mg **PPB**

02108119	*Céfazoline*	Novopharm	10	25,00	2,5000
02437104	*Cefazoline pour injection*	Sterimax	25	62,50	2,5000
02308932	*Céfazoline pour injection*	Sandoz	10	25,00	2,5000

CÉFÉPIME (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Pd. Inj. — 2 g

02467518	*Apo-Cefepime*	Apotex	1 ml	30,20	

CEFIXIME Ⓟ

Co. — 400 mg **PPB**

02432773	*Auro-Cefixime*	Aurobindo	7	19,02	2,7172
			10	27,17	2,7172
00868981	*Suprax*	Odan	7	19,02	2,7172
			10	27,17	2,7172

Susp. Orale — 100 mg/5 mL **PPB**

02468689	*Auro-Cefixime*	Aurobindo	50 ml	18,32	0,3664
00868965	*Suprax*	Odan	50 ml	18,32	0,3664

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CÉFOTAXIME SODIQUE P

Pd. Inj. — 1 g

02434091	*Céfotaxime sodique pour injection BP*	Sterimax	10	83,30	8,3300

Pd. Inj. — 2 g

02434105	*Céfotaxime sodique pour injection BP*	Sterimax	10	166,86	16,6860

CEFPROZIL P

Co. — 250 mg **PPB**

02302179	*Sandoz Cefprozil*	Sandoz	100	43,32	➡	0,4332
02293528	*Taro-Cefprozil*	Sun Pharma	100	43,32	➡	0,4332

Co. — 500 mg **PPB**

02347253	*Auro-Cefprozil*	Aurobindo	100	84,94	➡	0,8494
02293536	*Ran-Cefprozil*	Ranbaxy	100	84,94	➡	0,8494
02302187	*Sandoz Cefprozil*	Sandoz	100	84,94	➡	0,8494

Susp. Orale — 125 mg/5 mL

02329204	*Taro-Cefprozil*	Sun Pharma	75 ml	12,37	0,1649
			100 ml	16,49	0,1649

Susp. Orale — 250 mg/5 mL

02293579	*Taro-Cefprozil*	Sun Pharma	75 ml	24,71	0,3294
			100 ml	32,94	0,3294

CEFTAZIDIME (PENTAHYDRATE DE) P

Pd. Inj. — 1 g **PPB**

00886971	*Ceftazidime pour injection*	Fresenius	1	➡	18,85	
02437848	*Ceftazidime pour injection BP*	Sterimax	10		188,50	➡ 18,8500

Pd. Inj. — 2 g **PPB**

00886955	*Ceftazidime pour injection*	Fresenius	1	➡	37,10	
02437856	*Ceftazidime pour injection BP*	Sterimax	10		371,00	➡ 37,1000

Pd. Inj. — 6 g **PPB**

00886963	*Ceftazidime pour injection*	Fresenius	1	➡	111,29	
02437864	*Ceftazidime pour injection BP*	Sterimax	1	➡	111,29	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CEFTRIAXONE SODIQUE 🅿

Pd. Inj. — 1 g **PPB**

02325616	*Ceftriaxone*	Sterimax	10	124,90	➡ 12,4900
02292874	*Ceftriaxone pour injection*	Apotex	10	124,90	➡ 12,4900
02292270	*Ceftriaxone pour injection*	Sandoz	10	124,90	➡ 12,4900
02287633	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Novopharm	1	➡ 12,49	
* 02250292	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Pfizer	10	124,90	➡ 12,4900

Pd. Inj. — 2 g **PPB**

02325624	*Ceftriaxone*	Sterimax	10	241,30	➡ 24,1300
02292882	*Ceftriaxone pour injection*	Apotex	10	241,30	➡ 24,1300
02292289	*Ceftriaxone pour injection*	Sandoz	10	241,30	➡ 24,1300
* 02250306	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Pfizer	10	241,30	**R**

Pd. Inj. — 10 g **PPB**

02325632	*Ceftriaxone*	Sterimax	1	➡ 153,00	
02292904	*Ceftriaxone pour injection*	Apotex	1	➡ 153,00	
02287668	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Novopharm	1	➡ 153,00	
02292297	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Sandoz	1	➡ 153,00	

Pd. Inj. — 250 mg **PPB**

02292866	*Ceftriaxone pour injection*	Apotex	10	39,50	➡ 3,9500
02250276	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Pfizer	10	39,50	➡ 3,9500
02325594	*Ceftriaxone sodique pour injection BP*	Sterimax	10	39,50	➡ 3,9500

CÉFUROXIME AXETIL 🅿

Co. — 250 mg **PPB**

02244393	*Apo-Cefuroxime*	Apotex	100	72,36	➡ 0,7236
02344823	*Auro-Cefuroxime*	Aurobindo	60	43,42	➡ 0,7236

Co. — 500 mg **PPB**

02244394	*Apo-Cefuroxime*	Apotex	100	143,36	➡ 1,4336
02344831	*Auro-Cefuroxime*	Aurobindo	60	86,02	➡ 1,4336
02311453	*Pro-Cefuroxime*	Pro Doc	100	143,36	**R**

Susp. Orale — 125 mg/5 mL

02212307	*Ceftin*	GSK	70 ml	11,57	0,1653
			100 ml	16,52	0,1652

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CÉFUROXIME SODIQUE P

Pd. Inj. — 1,5 g **PPB**

02241639	*Céfuroxime pour injection*	Fresenius	1	➡ 28,04	
02422301	*Céfuroxime pour injection USP*	Sterimax	25	701,00	➡ 28,0400

Pd. Inj. — 7,5 g

02422328	*Céfuroxime pour injection USP*	Sterimax	10	1051,40	105,1400

Pd. Inj. — 750 mg **PPB**

02241638	*Céfuroxime pour injection*	Fresenius	1	➡ 14,01	
02422298	*Céfuroxime pour injection USP*	Sterimax	25	350,25	➡ 14,0100

CÉPHALEXINE (MONOHYDRATE DE) P

Co. ou Caps. — 250 mg **PPB**

00768723	*Apo-Cephalex*	Apotex	100	8,66	➡ 0,0866
			1000	86,60	➡ 0,0866
02470578	*Auro-Cephalexin*	Aurobindo	100	8,66	➡ 0,0866
			500	43,30	➡ 0,0866
+ 02521253	*Cephalexin*	Sanis	100	8,66	➡ 0,0866
02494698	*Jamp Cephalexin*	Jamp	100	8,66	➡ 0,0866
00583413	*Novo-Lexin (Co.)*	Novopharm	100	8,66	➡ 0,0866
			1000	86,60	➡ 0,0866

Co. ou Caps. — 500 mg **PPB**

00768715	*Apo-Cephalex*	Apotex	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
02470586	*Auro-Cephalexin*	Aurobindo	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
+ 02521261	*Cephalexin*	Sanis	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
02495651	*Cephalexin*	Sivem	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
00828866	*Céphalexin-500*	Pro Doc	500	86,55	➡ 0,1731
02494701	*Jamp Cephalexin*	Jamp	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
00583421	*Novo-Lexin (Co.)*	Novopharm	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731

Susp. Orale — 125 mg/5 mL **PPB**

02497743	*Auro-Cephalexin*	Aurobindo	100 ml	14,62	➡ 0,1462
			150 ml	21,93	➡ 0,1462
02469170	*Lupin-Cephalexin*	Lupin	100 ml	14,62	➡ 0,1462
			150 ml	21,93	➡ 0,1462
00342106	*Teva-Lexin 125*	Teva Can	100 ml	14,62	➡ 0,1462
			150 ml	21,93	➡ 0,1462

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Susp. Orale — 250 mg/5 mL **PPB**

02497751	*Auro-Cephalexin*	Aurobindo	100 ml	27,97	0,2797
			150 ml	41,96	0,2797
02469189	*Lupin-Cephalexin*	Lupin	100 ml	27,97	0,2797
			150 ml	41,96	0,2797
00342092	*Teva-Lexin 250*	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

02128187	*Cefoxitine*	Novopharm	1	10,60	

Pd. Inj. — 2 g

02128195	*Cefoxitine*	Novopharm	1	21,25	

ERTAPÉNEM SODIQUE

Pd. Inj. — 1 g **PPB**

02492148	*Ertapénem pour injection*	Aurobindo	10	464,39	46,4390
02511150	*Ertapénem pour injection*	Dr Reddy's	10	464,39	46,4390
02496127	*Ertapénem pour injection*	Fresenius	10	464,39	46,4390
02490773	*Ertapénem pour injection*	Juno	10	464,39	46,4390
02247437	*Invanz*	Merck	10	464,39	46,4390

IMIPÉNEM/ CILASTATINE SODIQUE

Pd. Inj. I.V. — 500 mg -500 mg

00717282	*Primaxin*	Merck	25	609,50	24,3800

MEROPENEM

Pd. Inj. — 1 g **PPB**

02378795	*Meropenem*	Sandoz	10	184,45	18,4450
02462893	*Meropenem pour Injection*	Aurobindo	10	184,45	18,4450
02493349	*Meropenem pour Injection*	Sterimax	10	184,45	18,4450
02415224	*Méropénem pour injection, USP*	Fresenius	1	18,45	
02421526	*Taro-Meropenem*	Sun Pharma	10	184,45	18,4450

Pd. Inj. — 500 mg **PPB**

02378787	*Meropenem*	Sandoz	10	92,22	9,2223
02462885	*Meropenem pour Injection*	Aurobindo	10	92,22	9,2223
02493330	*Méropénem pour injection*	Sterimax	10	92,22	9,2223
02415216	*Méropénem pour injection, USP*	Fresenius	1	9,22	
02421518	*Taro-Meropenem*	Sun Pharma	10	92,22	9,2223

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:12.12
MACROLIDES
AZITHROMYCINE

Co. — 250 mg **PPB**

02480700	*AG-Azithromycin*	Angita	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
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	6	29,28	4,8803
			30	146,41	4,8803

Co. — 600 mg

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
+ 02523825	*Azithromycine pour injection*	Jamp	10	145,60	➡ 14,5600
02483890	*Azithromycine pour injection*	Sterimax	10	145,60	➡ 14,5600
02239952	*Zithromax I.V.*	Pfizer	10	206,44	20,6440

Susp. Orale — 100 mg/5 mL **PPB**

02482363	*Auro-Azithromycin*	Aurobindo	15 ml	5,59	➡ 0,3726
02332388	*Sandoz Azithromycin*	Sandoz	15 ml	5,59	➡ 0,3726
02223716	*Zithromax*	Pfizer	15 ml	16,17	1,0780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Susp. Orale — 200 mg/5 mL **PPB**

02482371	*Auro-Azithromycin*	Aurobindo	15 ml	7,92	➡ 0,5280
			22,5 ml	11,88	➡ 0,5280
			37,5 ml	19,80	➡ 0,5280
02332396	*Sandoz Azithromycin*	Sandoz	15 ml	7,92	➡ 0,5280
			22,5 ml	11,88	➡ 0,5280
			37,5 ml	19,80	➡ 0,5280
02223724	*Zithromax*	Pfizer	15 ml	22,92	1,5280
			22,5 ml	34,37	1,5276

CLARITHROMYCINE 🅱

Co. — 500 mg **PPB**

02274752	*Apo-Clarithromycin*	Apotex	100	83,18	➡ 0,8318
02126710	*Biaxin Bid*	BGP Pharma	100	326,62	3,2662
02324490	*Clarithromycin*	Pro Doc	100	83,18	➡ 0,8318
02466139	*Clarithromycin*	Sanis	100	83,18	➡ 0,8318
02442485	*Clarithromycin*	Sivem	100	83,18	➡ 0,8318
02471396	*M-Clarithromycin*	Mantra Ph.	100	83,18	➡ 0,8318
02247574	*pms-Clarithromycin*	Phmscience	100	83,18	➡ 0,8318
			250	207,95	➡ 0,8318
02361434	*Ran-Clarithromycin*	Ranbaxy	100	83,18	➡ 0,8318
			500	415,90	➡ 0,8318
02346532	*Riva-Clarithromycine*	Riva	100	83,18	➡ 0,8318
			250	207,95	➡ 0,8318
02266547	*Sandoz Clarithromycin*	Sandoz	100	83,18	➡ 0,8318
02248805	*Teva Clarithromycin*	Teva Can	100	83,18	➡ 0,8318

Co. ou Co. L.A. — 250 mg / 500 mg L.A. **PPB**

02403196	*ACT Clarithromycin XL*	ActavisPhm	60	49,46	➡ 0,8243
02274744	*Apo-Clarithromycin*	Apotex	100	41,22	➡ 0,4122
02413345	*Apo-Clarithromycin XL*	Apotex	100	82,43	➡ 0,8243
01984853	*Biaxin Bid*	BGP Pharma	100	161,27	1,6127
02324482	*Clarithromycin*	Pro Doc	100	41,22	➡ 0,4122
02466120	*Clarithromycin*	Sanis	100	41,22	➡ 0,4122
02442469	*Clarithromycin*	Sivem	100	41,22	➡ 0,4122
02471388	*M-Clarithromycin*	Mantra Ph.	100	41,22	➡ 0,4122
02247573	*pms-Clarithromycin*	Phmscience	100	41,22	➡ 0,4122
			250	103,04	➡ 0,4122
02361426	*Ran-Clarithromycin*	Ranbaxy	100	41,22	➡ 0,4122
			500	206,08	➡ 0,4122
02266539	*Sandoz Clarithromycin*	Sandoz	100	41,22	➡ 0,4122
02248804	*Teva Clarithromycin*	Teva Can	100	41,22	➡ 0,4122

Susp. Orale — 125 mg/5 mL **PPB**

02146908	*Biaxin*	BGP Pharma	55 ml	15,77	0,2867
			105 ml	30,09	0,2866
02408988	*Clarithromycin*	Sanis	55 ml	11,26	➡ 0,2047
			105 ml	21,49	➡ 0,2047
02390442	*Taro-Clarithromycin*	Taro	55 ml	11,26	➡ 0,2047
			105 ml	21,49	➡ 0,2047

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Susp. Orale — 250 mg/5 mL **PPB**

02244641	*Biaxin*	BGP Pharma	105 ml	57,89	0,5513
02408996	*Clarithromycin*	Sanis	105 ml	41,98 ➡	0,3998
02390450	*Taro-Clarithromycin*	Taro	105 ml	41,98 ➡	0,3998

ÉRYTHROMYCINE 🅿

Co. Ent. — 250 mg

00682020	*Erythro-Base*	AA Pharma	100	18,65	0,1865

SPIRAMYCINE 🅿

Caps. — 250 mg

* 01927825	*Rovamycine*	Odan	50	73,65	1,4729

Caps. — 500 mg

01927817	*Rovamycine*	Odan	50	143,99	2,8798

8:12.16
PÉNICILLINES

AMOXICILLINE 🅿

Caps. — 250 mg **PPB**

02352710	*Amoxicillin*	Sanis	100	6,72 ➡	0,0672
			1000	67,20 ➡	0,0672
00628115	*Apo-Amoxi*	Apotex	100	6,72 ➡	0,0672
			1000	67,20 ➡	0,0672
02388073	*Auro-Amoxicillin*	Aurobindo	100	6,72 ➡	0,0672
			500	33,60 ➡	0,0672
02433060	*Jamp-Amoxicillin*	Jamp	100	6,72 ➡	0,0672
			1000	67,20 ➡	0,0672
00406724	*Novamoxin*	Novopharm	100	6,72 ➡	0,0672
			1000	67,20 ➡	0,0672
02230243	*pms-Amoxicillin*	Phmscience	500	33,60 ➡	0,0672

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				500 mg **PPB**	
02477726	*AG-Amoxicillin*	Angita	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02352729	*Amoxicillin*	Sanis	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02401509	*Amoxicillin*	Sivem	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
00628123	*Apo-Amoxi*	Apotex	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02388081	*Auro-Amoxicillin*	Aurobindo	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02433079	*Jamp-Amoxicillin*	Jamp	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
00406716	*Novamoxin*	Novopharm	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02230244	*pms-Amoxicillin*	Phmscience	500	65,40	0,1308
00644315	*Pro-Amox-500*	Pro Doc	500	65,40	0,1308
Co. Croq.				125 mg	
02036347	*Novamoxin*	Novopharm	100	41,67	0,4167
Co. Croq.				250 mg	
02036355	*Teva-Amoxicillin*	Teva Can	100	61,38	0,6138
Susp. Orale				125 mg/5 mL **PPB**	
00628131	*Apo-Amoxi*	Apotex	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
02458586	*Auro-Amoxicillin*	Aurobindo	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
01934171	*Novamoxin*	Teva Can	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
00452149	*Novamoxin 125*	Novopharm	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
02230245	*pms-Amoxicillin*	Phmscience	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			250 mg/5 mL	**PPB**	
02352753	*Amoxicillin*	Sanis	75 ml	4,05	0,0540
			100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
02352788	*Amoxicillin*	Sanis	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
02401541	*Amoxicillin*	Sivem	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
00628158	*Apo-Amoxi*	Apotex	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
02458594	*Auro-Amoxicillin*	Aurobindo	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
01934163	*Novamoxin*	Teva Can	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
00452130	*Novamoxin 250*	Novopharm	75 ml	4,05	0,0540
			100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
02230246	*pms-Amoxicillin*	Phmscience	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
00644331	*Pro-Amox-250*	Pro Doc	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540

AMOXICILLINE/ CLAVULANATE DE POTASSIUM

Co.			250 mg -125 mg	**PPB**		
*	02243350	*Apo-Amoxi Clav*	Apotex	100	24,67	0,2467
	02471671	*Auro-Amoxiclav*	Aurobindo	100	24,67	0,2467
	02508249	*Jamp Amoxi Clav*	Jamp	100	24,67	0,2467
Co.			500 mg -125 mg	**PPB**		
	02243351	*Apo-Amoxi Clav*	Apotex	100	37,78	0,3778
	02471698	*Auro-Amoxiclav*	Aurobindo	100	37,78	0,3778
	01916858	*Clavulin-500 F*	GSK	20	27,56	1,3780
	02508257	*Jamp Amoxi Clav*	Jamp	100	37,78	0,3778
	02482576	*Sandoz Amoxi-Clav*	Sandoz	100	37,78	0,3778
Co.			875 mg -125 mg	**PPB**		
	02510642	*AG-Amoxi Clav*	Angita	100	55,50	0,5550
	02245623	*Apo-Amoxi Clav*	Apotex	100	55,50	0,5550
	02471701	*Auro-Amoxiclav*	Aurobindo	100	55,50	0,5550
	02238829	*Clavulin-875*	GSK	20	41,34	2,0670
	02508265	*Jamp Amoxi Clav*	Jamp	100	55,50	0,5550
	02482584	*Sandoz Amoxi-Clav*	Sandoz	100	55,50	0,5550
Susp. Orale			125 mg -31,25 mg/5 mL			
	01916882	*Clavulin-125 F*	GSK	100 ml	9,50	0,0950
Susp. Orale			200 mg -28,5 mg/5 mL			
	02238831	*Clavulin-200*	GSK	70 ml	9,39	0,1341

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			250 mg -62,5 mg/5 mL		
01916874	*Clavulin-250 F*	GSK	100 ml	18,72	0,1872
Susp. Orale			400 mg - 57 mg/5mL		
02238830	*Clavulin-400*	GSK	70 ml	17,95	0,2564

AMPICILLINE Pr

Caps.				250 mg	
00020877	*Novo-Ampicillin*	Novopharm	100	30,71	0,3071
Caps.				500 mg	
00020885	*Novo-Ampicillin*	Novopharm	100	59,55	0,5955

AMPICILLINE SODIQUE Pr

Pd. Inj.				1 g **PPB**	
02227002	*Ampicilline pour injection*	Fresenius	1	➡ 3,60	
01933345	*Ampicilline Sodique*	Novopharm	1	➡ 3,60	
02462338	*Ampicilline sodique pour injection*	Aurobindo	10	36,00	➡ 3,6000
Pd. Inj.				2 g **PPB**	
02226995	*Ampicillin pour Injection*	Fresenius	1	➡ 7,20	
01933353	*Ampicilline Sodique*	Novopharm	1	➡ 7,20	
02462346	*Ampicilline sodique pour injection*	Aurobindo	10	72,00	➡ 7,2000
Pd. Inj.				250 mg **PPB**	
02227029	*Ampicilline pour injection*	Fresenius	1	➡ 2,05	
00872644	*Ampicilline Sodique*	Novopharm	1	➡ 2,05	
02462303	*Ampicilline sodique pour injection*	Aurobindo	10	20,50	➡ 2,0500
Pd. Inj.				500 mg **PPB**	
02227010	*Ampicilline pour injection*	Fresenius	1	➡ 2,15	
00872652	*Ampicilline Sodique*	Novopharm	1	➡ 2,15	
02462311	*Ampicilline sodique pour injection*	Aurobindo	10	21,50	➡ 2,1500

CLOXACILLINE SODIQUE Pr

Caps.				250 mg **PPB**	
02510731	*JAMP Cloxacillin*	Jamp	100	23,79	➡ 0,2379
00337765	*Teva-Cloxin*	Teva Can	100	23,79	➡ 0,2379

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				500 mg **PPB**	
02510758	*JAMP Cloxacillin*	Jamp	100	44,94 ➡	0,4494
00337773	*Teva-Cloxin*	Teva Can	100	44,94 ➡	0,4494
Pd. Inj.				2 g	
02367424	*Cloxacillin*	Sterimax	10	84,07	8,4070
Pd. Inj.				10 g	
02400081	*Cloxacilline pour injection*	Sterimax	1	36,55	
Pd. Inj.				500 mg	
02367408	*Cloxacillin*	Sterimax	10	52,44	5,2440
Susp. Orale				125 mg/5 mL	
00337757	*Teva-Cloxacillin Solution*	Teva Can	100 ml	6,06	0,0606

PÉNICILLINE G (BENZATHINE) P

Susp. Inj. I.M.				1 2000 000 UI / 2 mL	
02291924	*Bicillin L-A*	Pfizer	10	406,96	40,6960

PÉNICILLINE G SODIQUE P

Pd. Inj.				1 000 000 U	
* 01930672	*Pénicilline G*	Novopharm	1	2,40	
Pd. Inj.				10 000 000 U	
* 01930680	*Pénicilline G*	Novopharm	1	8,90	

PHÉNOXYMÉTHYLPÉNICILLINE (BASE OU SEL POTASSIQUE) P

Co.				250 mg à 300 mg	
00642215	*Pen-VK*	AA Pharma	100	18,73	0,1873
			1000	187,30	0,1873

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PIPÉRACILLINE SODIQUE/ TAZOBACTAM SODIQUE P

Pd. Perf. I.V. 2 g -0,25 g **PPB**

02362619	*Pipéracilline et Tazobactam*	Sterimax	10	41,70	➡ 4,1700
02308444	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Apotex	1	➡ 4,17	
02402068	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Aurobindo	10	41,70	➡ 4,1700
02299623	*Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique*	Sandoz	1	➡ 4,17	
02370158	*Piperacilline/Tazobactam*	Teva Can	10	41,70	➡ 4,1700
02401312	*Pipéracilline-Tazobactam pour injection*	Teligent	10	41,70	➡ 4,1700

Pd. Perf. I.V. 3 g -0,375 g **PPB**

02362627	*Pipéracilline et Tazobactam*	Sterimax	10	62,59	➡ 6,2590
02308452	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Apotex	1	➡ 6,26	
02402076	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Aurobindo	10	62,59	➡ 6,2590
02299631	*Piperacilline sodique/ Tazobactam sodique*	Sandoz	1	➡ 6,26	
02370166	*Piperacilline/Tazobactam*	Teva Can	10	62,59	➡ 6,2590
02401320	*Pipéracilline-Tazobactam pour injection*	Teligent	10	62,59	➡ 6,2590

Pd. Perf. I.V. 4 g -0,5 g **PPB**

02420430	*Jamp-PIP/TAZ*	Jamp	10	83,46	➡ 8,3458
02362635	*Pipéracilline et Tazobactam*	Sterimax	10	83,46	➡ 8,3458
02308460	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Apotex	1	➡ 8,35	
02402084	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Aurobindo	10	83,46	➡ 8,3458
02299658	*Piperacilline sodique/ Tazobactam sodique*	Sandoz	1	➡ 8,35	
02370174	*Piperacilline/Tazobactam*	Teva Can	10	83,46	➡ 8,3458
02401339	*Pipéracilline-Tazobactam pour injection*	Teligent	10	83,46	➡ 8,3458

Pd. Perf. I.V. 12 g - 1,5 g **PPB**

02377748	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Sterimax	1	➡ 36,33	
02330547	*Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique*	Sandoz	1	➡ 36,33	

Pd. Perf. I.V. 36 g - 4,5 g **PPB**

02521539	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Sandoz	1	➡ 108,99	
02439131	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Sterimax	1	➡ 108,99	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:12.18
QUINOLONES
CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. 250 mg **PPB**

02247339	*ACT Ciprofloxacin*	ActavisPhm	100	44,54	➡	0,4454
02381907	*Auro-Ciprofloxacin*	Aurobindo	100	44,54	➡	0,4454
			500	222,70	➡	0,4454
02353318	*Ciprofloxacin*	Sanis	100	44,54	➡	0,4454
02386119	*Ciprofloxacin*	Sivem	100	44,54	➡	0,4454
02380358	*Jamp-Ciprofloxacin*	Jamp	100	44,54	➡	0,4454
02379686	*Mar-Ciprofloxacin*	Marcan	100	44,54	➡	0,4454
02317427	*Mint-Ciprofloxacine*	Mint	100	44,54	➡	0,4454
02248437	*pms-Ciprofloxacin*	Phmscience	100	44,54	➡	0,4454
02317796	*Pro-Ciprofloxacin*	Pro Doc	100	44,54	➡	0,4454
02303728	*Ran-Ciproflox*	Ranbaxy	100	44,54	➡	0,4454
02248756	*Sandoz Ciprofloxacin*	Sandoz	100	44,54	➡	0,4454

Co. 500 mg **PPB**

02247340	*ACT Ciprofloxacin*	ActavisPhm	100	50,25	➡	0,5025
02476592	*AG-Ciprofloxacin*	Angita	100	50,25	➡	0,5025
02381923	*Auro-Ciprofloxacin*	Aurobindo	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02444887	*Bio-Ciprofloxacin*	Biomed	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02353326	*Ciprofloxacin*	Sanis	100	50,25	➡	0,5025
02386127	*Ciprofloxacin*	Sivem	100	50,25	➡	0,5025
02380366	*Jamp-Ciprofloxacin*	Jamp	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02379694	*Mar-Ciprofloxacin*	Marcan	100	50,25	➡	0,5025
02423561	*Mint-Ciproflox*	Mint	100	50,25	➡	0,5025
02317435	*Mint-Ciprofloxacine*	Mint	100	50,25	➡	0,5025
02492008	*NRA-Ciprofloxacin*	Nora	100	50,25	➡	0,5025
02248438	*pms-Ciprofloxacin*	Phmscience	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02445344	*Priva-Ciprofloxacin*	Pharmapar	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02317818	*Pro-Ciprofloxacin*	Pro Doc	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02303736	*Ran-Ciproflox*	Ranbaxy	100	50,25	➡	0,5025
02251248	*Riva-Ciprofloxacin*	Riva	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02248757	*Sandoz Ciprofloxacin*	Sandoz	100	50,25	➡	0,5025

Co. 750 mg **PPB**

02247341	*ACT Ciprofloxacin*	ActavisPhm	50	46,01	➡	0,9201
02380374	*Jamp-Ciprofloxacin*	Jamp	50	46,01	➡	0,9201
02379708	*Mar-Ciprofloxacin*	Marcan	50	46,01	➡	0,9201
02423588	*Mint-Ciproflox*	Mint	50	46,01	➡	0,9201
02317443	*Mint-Ciprofloxacine*	Mint	100	92,01	➡	0,9201
02248439	*pms-Ciprofloxacin*	Phmscience	100	92,01	➡	0,9201
02303744	*Ran-Ciproflox*	Ranbaxy	100	92,01	➡	0,9201
02248758	*Sandoz Ciprofloxacin*	Sandoz	50	46,01	➡	0,9201

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				500 mg	
* 02416433	*pms-Ciprofloxacin XL*	Phmscience	100	173,77	1,7377
Sol. Perf. I.V.				2 mg/mL	
02301903	*Ciprofloxacine Injection USP*	Pfizer	100 ml 200 ml	17,92 35,84	
Susp. Orale				500 mg/5 mL	
02237514	*Cipro*	Bayer	100 ml	53,23	0,5323

LÉVOFLOXACINE 🅿

Co.				250 mg	**PPB**	
02315424	*ACT Levofloxacin*	Teva Can	50	60,19	➡	1,2038
02284707	*Apo-Levofloxacin*	Apotex	100	120,38	➡	1,2038
02505797	*Mint-Levofloxacin*	Mint	100	120,38	➡	1,2038
02492725	*Riva-Levofloxacin*	Riva	100	120,38	➡	1,2038
02298635	*Sandoz Levofloxacin*	Sandoz	50	60,19	➡	1,2038
Co.				500 mg	**PPB**	
02315432	*ACT Levofloxacin*	Teva Can	100	137,18	➡	1,3718
02284715	*Apo-Levofloxacin*	Apotex	100	137,18	➡	1,3718
02415879	*Levofloxacin*	Pro Doc	100	137,18	➡	1,3718
02505819	*Mint-Levofloxacin*	Mint	100	137,18	➡	1,3718
02492733	*Riva-Levofloxacin*	Riva	100	137,18	➡	1,3718
02298643	*Sandoz Levofloxacin*	Sandoz	100	137,18	➡	1,3718
Co.				750 mg	**PPB**	
02315440	*ACT Levofloxacin*	Teva Can	50	133,02	➡	2,6604
02325942	*Apo-Levofloxacin*	Apotex	100	266,04	➡	2,6604
02505800	*Mint-Levofloxacin*	Mint	100	266,04	➡	2,6604
02492741	*Riva-Levofloxacin*	Riva	100	266,04	➡	2,6604
02298651	*Sandoz Levofloxacin*	Sandoz	50	133,02	➡	2,6604

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
02520710	*Moxifloxacin*	Sanis	30	45,69	➡ 1,5230
02450976	*Riva-Moxifloxacin*	Riva	30	45,69	**R**
02383381	*Sandoz Moxifloxacin*	Sandoz	30	45,69	➡ 1,5230
02375702	*Teva-Moxifloxacin*	Teva Can	30	45,69	➡ 1,5230

NORFLOXACINE ℞

Co. 400 mg

02229524	*Norflox*	AA Pharma	100	185,86	1,8586

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/ SULFAMÉTHOXAZOLE ℞

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) P

Caps. ou Co. — 100 mg **PPB**

00740713	*Apo-Doxy*	Apotex	100	58,60	➡	0,5860
			250	146,50	➡	0,5860
00874256	*Apo-Doxy-Tabs*	Apotex	100	58,60	➡	0,5860
00860751	*Doxycin (co.)*	Riva	100	58,60	➡	0,5860
			300	175,80	➡	0,5860
02351234	*Doxycycline (Caps.)*	Sanis	100	58,60	➡	0,5860
			200	117,20	➡	0,5860
02351242	*Doxycycline (Co.)*	Sanis	100	58,60	➡	0,5860
00887064	*Doxytab*	Pro Doc	100	58,60	➡	0,5860
00725250	*Novo-Doxilin*	Novopharm	100	58,60	➡	0,5860
			200	117,20	➡	0,5860
02158574	*Novo-Doxylin (Co.)*	Novopharm	100	58,60	➡	0,5860

MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE) P

Caps. — 50 mg

02153394	*Minocycline-50*	Pro Doc	100	11,01	**R**

Caps. — 100 mg

02154366	*Minocycline-100*	Pro Doc	100	21,25	**R**

TÉTRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE) P

Caps. — 250 mg

00580929	*Tetracycline*	AA Pharma	100	6,70	0,0670
			1000	67,00	0,0670

8:12.28
AUTRES ANTIBACTÉRIENS
CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE) P

Caps. — 150 mg **PPB**

02485109	*AG-Clindamycin*	Angita	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
02462656	*Med-Clindamycin*	GMP	100	22,17	➡	0,2217
02493748	*NRA-Clindamycin*	Nora	100	22,17	➡	0,2217
02468476	*Riva-Clindamycin*	Riva	100	22,17	➡	0,2217
02241709	*Teva-Clindamycin*	Teva Can	100	22,17	➡	0,2217

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps. 300 mg **PPB**

02485117	*AG-Clindamycin*	Angita	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
02462664	*Med-Clindamycin*	GMP	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) ℞

Sol. Inj. 150 mg/mL **PPB**

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) ℞

Susp. Orale 75 mg/5 mL

00225851	*Dalacin C*	Pfizer	100 ml	31,52	0,3152

COLISTIMÉTHATE SODIQUE ℞

Pd. Inj. 150 mg **PPB**

02244849	*Colistimethate*	Sterimax	1	➡ 30,42	
02403544	*Colistiméthate pour injection, USP*	Fresenius	1	➡ 30,42	
00476420	*Coly-Mycin M Parentéral*	Erfa	1	➡ 30,42	

VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE) ℞

Caps. 125 mg **PPB**

02406497	*Gélules de chlorhydrate de vancomycine*	Strides	20	103,60	➡ 5,1800
02407744	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	20	103,60	➡ 5,1800
00800430	*Vancocin*	Search Phm	20	103,60	➡ 5,1800

Caps. 250 mg **PPB**

02406500	*Gélules de chlorhydrate de vancomycine*	Strides	20	207,20	➡ 10,3600
02407752	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	20	207,20	➡ 10,3600
00788716	*Vancocin*	Search Phm	20	207,20	➡ 10,3600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Perf. I.V.				1 g **PPB**	
02139383	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	Fresenius	10	187,81	➡ 18,7810
02502607	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	Jamp	10	187,81	➡ 18,7810
02394634	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection USP*	Sandoz	10	187,81	➡ 18,7810
02420309	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	10	187,81	➡ 18,7810
02342863	*Vancomycin pour injection USP*	Sterimax	10	187,81	➡ 18,7810
Pd. Perf. I.V.				5 g **PPB**	
02139243	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	Fresenius	1	➡ 294,95	
02405822	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	Sterimax	1	➡ 294,95	
02420317	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	1	➡ 294,95	
02394642	*Vancomycine*	Sandoz	1	➡ 294,95	
Pd. Perf. I.V.				10 g **PPB**	
02241807	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	Fresenius	1	➡ 589,90	
02420325	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	1	➡ 589,90	
02405830	*Vancomycin pour injection USP*	Sterimax	1	➡ 589,90	
Pd. Perf. I.V.				500 mg **PPB**	
02139375	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	Fresenius	10	98,67	➡ 9,8669
02502593	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	Jamp	10	98,67	➡ 9,8669
02394626	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection USP*	Sandoz	10	98,67	➡ 9,8669
02342855	*Vancomycin pour injection USP*	Sterimax	10	98,67	➡ 9,8669

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:14.04
ALLYLAMINES
TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. 250 mg **PPB**

02254727	*ACT Terbinafine*	ActavisPhm	30	23,14	0,7714
			100	77,14	0,7714
02239893	*Apo-Terbinafine*	Apotex	30	23,14	0,7714
			100	77,14	0,7714
02320134	*Auro-Terbinafine*	Aurobindo	28	21,60	0,7714
			100	77,14	0,7714
02357070	*Jamp-Terbinafine*	Jamp	30	23,14	0,7714
			100	77,14	0,7714
02031116	*Lamisil*	Novartis	28	102,27	3,6525
02240346	*Novo-Terbinafine*	Novopharm	28	21,60	0,7714
			100	77,14	0,7714
02294273	*pms-Terbinafine*	Phmscience	30	23,14	0,7714
			100	77,14	0,7714
02262924	*Riva-Terbinafine*	Riva	30	23,14	0,7714
			100	77,14	0,7714
02353121	*Terbinafine*	Sanis	30	23,14	0,7714
			100	77,14	0,7714
02385279	*Terbinafine*	Sivem	30	23,14	0,7714
			100	77,14	0,7714
02242735	*Terbinafine-250*	Pro Doc	30	23,14	0,7714
			100	77,14	0,7714

8:14.08
AZOLES
FLUCONAZOLE

Caps. 150 mg **PPB**

02241895	*Apo-Fluconazole-150*	Apotex	1	3,93	
02462168	*Bio-Fluconazole*	Biomed	1	3,93	
+ 02521229	*Fluconazole-150*	Sanis	1	3,93	
02432471	*Jamp-Fluconazole*	Jamp	1	3,93	
02428792	*Mar-Fluconazole-150*	Marcan	1	3,93	
02433702	*Priva-Fluconazole*	Pharmapar	1	3,93	
02255510	*Riva-Fluconazole*	Riva	1	3,93	

FLUCONAZOLE Ⓟ

Co. 50 mg **PPB**

02281260	*ACT Fluconazole*	ActavisPhm	50	64,52	1,2904
02237370	*Apo-Fluconazole*	Apotex	50	64,52	1,2904
02517396	*Fluconazole*	Sanis	50	64,52	1,2904
02245292	*Mylan-Fluconazole*	Mylan	50	64,52	1,2904
02236978	*Novo-Fluconazole*	Novopharm	100	129,04	1,2904
02245643	*pms-Fluconazole*	Phmscience	50	64,52	1,2904

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg	**PPB**
02281279	*ACT Fluconazole*	ActavisPhm	50	114,45	➡ 2,2890
02237371	*Apo-Fluconazole*	Apotex	50	114,45	➡ 2,2890
02517418	*Fluconazole*	Sanis	50	114,45	➡ 2,2890
02245293	*Mylan-Fluconazole*	Mylan	50	114,45	➡ 2,2890
02236979	*Novo-Fluconazole*	Novopharm	50	114,45	➡ 2,2890
02245644	*pms-Fluconazole*	Phmscience	50	114,45	➡ 2,2890
02310686	*Pro-Fluconazole*	Pro Doc	50	114,45	➡ 2,2890
Sol. Perf. I.V.				2 mg/mL	**PPB**
00891835	*Diflucan*	Pfizer	100 ml	37,56	
02388448	*Fluconazole*	Sandoz	100 ml	➡ 26,87	

ITRACONAZOLE Ⓟ

Caps.				100 mg	**PPB**
02462559	*Mint-Itraconazole*	Mint	30	112,27	➡ 3,7423
02047454	*Sporanox*	Janss. Inc	28	106,21	3,7932
			30	113,80	3,7932
Sol. Orale				10 mg/mL	**PPB**
02484315	*Jamp Itraconazole*	Jamp	150	61,67	➡ 0,4111
02495988	*Odan Itraconazole*	Odan	150 ml	61,67	➡ 0,4111
02231347	*Sporanox*	Janss. Inc	150 ml	115,28	0,7685

KÉTOCONAZOLE Ⓟ

Co.				200 mg	**PPB**
02237235	*Apo-Ketoconazole*	Apotex	100	93,93	➡ 0,9393
02231061	*Novo-Ketoconazole*	Novopharm	100	93,93	➡ 0,9393

8:14.28
POLYÈNES

NYSTATINE Ⓟ

Susp. Orale				100 000 U/mL	**PPB**
02433443	*Jamp-Nystatin*	Jamp	100 ml	5,18	➡ 0,0518
			500 ml	25,90	➡ 0,0518
00792667	*pms-Nystatin*	Phmscience	100 ml	5,18	➡ 0,0518
			500 ml	25,90	➡ 0,0518
02194201	*ratio-Nystatin*	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	*Etibi*	Valeant	100	11,00	0,1100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				400 mg	
00247979	*Etibi*	Valeant	100	30,00	0,3000

ISONIAZIDE ℞

Co.				100 mg	
00577790	*pdp-Isoniazid*	Pendopharm	100	90,55	0,9055
Co.				300 mg	
00577804	*pdp-Isoniazid*	Pendopharm	100	86,44	0,8644
Sir.				50 mg/5 mL	
00577812	*pdp-Isoniazid*	Pendopharm	500 ml	137,70	0,2754

PYRAZINAMIDE ℞

Co.				500 mg	
00618810	*PDP-Pyrazinamide*	Pendopharm	100	142,36	1,4236

RIFABUTINE ℞

Caps.				150 mg	
02063786	*Mycobutin*	Pfizer	100	493,69	4,9369

RIFAMPINE ℞

Caps.				150 mg	
00393444	*Rofact 150*	Valeant	100	60,38	0,6038
Caps.				300 mg	
00343617	*Rofact 300*	Valeant	100	95,03	0,9503

8:16.92
DIVERS ANTIMYCOBACTÉRIENS

DAPSONE ℞

Co.				100 mg	**PPB**	
02041510	*Dapsone*	Jacobus	100	140,61		1,4061
02481227	*Mar-Dapsone*	Marcan	100	70,31	➡	0,7031
02489058	*Riva-Dapsone*	Riva	100	70,31	➡	0,7031

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:18.04
ADAMANTANES
AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')

Caps. — 100 mg

01990403	*PDP-Amantadine*	Pendopharm	100	52,52	0,5252

Sir. — 50 mg/5 mL

02022826	*PDP-Amantadine*	Pendopharm	500 ml	54,90	0,1098

8:18.08
ANTIRÉTROVIRAUX
ABACAVIR (SULFATE D')

Co. — 300 mg **PPB**

02396769	*Apo-Abacavir*	Apotex	60	208,97	➡	3,4828
02480956	*Mint-Abacavir*	Mint	60	208,97	➡	3,4828
02240357	*Ziagen*	ViiV	60	396,38		6,6063

Sol. Orale — 20 mg/mL

02240358	*Ziagen*	ViiV	240 ml	103,26		0,4303

ABACAVIR (SULFATE D')/LAMIVUDINE

Co. — 600 mg - 300 mg **PPB**

02399539	*Apo-Abacavir-Lamivudine*	Apotex	30	179,62	➡	5,9873
02454513	*Auro-Abacavir/Lamivudine*	Aurobindo	30	179,62	➡	5,9873
			60	359,24	➡	5,9873
02497654	*Jamp Abacavir/Lamivudine*	Jamp	30	179,62	➡	5,9873
02269341	*Kivexa*	ViiV	30	661,99		22,0663
02450682	*Mylan-Abacavir/Lamivudine*	Mylan	30	179,62	➡	5,9873
02458381	*pms-Abacavir-Lamivudine*	Phmscience	30	179,62	➡	5,9873
02416662	*Teva-Abacavir/Lamivudine*	Teva Can	30	179,62	➡	5,9873

ATAZANAVIR (SULFATE D')

Caps. — 150 mg **PPB**

02456877	*Mylan-Atazanavir*	Mylan	60	340,62	➡	5,6770
02248610	*Reyataz*	B.M.S.	60	648,00		10,8000
02443791	*Teva-Atazanavir*	Teva Can	60	340,62	➡	5,6770

Caps. — 200 mg **PPB**

02456885	*Mylan-Atazanavir*	Mylan	60	342,62	➡	5,7103
02248611	*Reyataz*	B.M.S.	60	651,87		10,8645
02443813	*Teva-Atazanavir*	Teva Can	60	342,62	➡	5,7103

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps. 300 mg **PPB**

02456893	*Mylan-Atazanavir*	Mylan	30	336,49	➡ 11,2163
02294176	*Reyataz*	B.M.S.	30	648,01	21,6003
02443821	*Teva-Atazanavir*	Teva Can	60	672,98	➡ 11,2163

BICTÉGRAVIR SODIQUE/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) 🅿

Co. 50 mg -200 mg -25 mg

02478579	*Biktarvy*	Gilead	30	1176,68	39,2227

CABOTÉGRAVIR SODIQUE 🅿

Co. 30 mg

02497204	*Vocabria*	ViiV	30	795,47	26,5157

CABOTÉGRAVIR/RILPIVIRINE (EMBALLAGE COMBINÉ) 🅿

Trousse 200 mg/mL - 300 mg/mL

02497220	*Cabenuva*	ViiV	2 ml	1209,37	
02497247	*Cabenuva*	ViiV	3 ml	2418,75	

DARUNAVIR 🅿

Co. 75 mg

02338432	*Prezista*	Janss. Inc	480	854,88	1,7810

Co. 150 mg

02369753	*Prezista*	Janss. Inc	240	854,88	3,5620

Co. 800 mg **PPB**

02487268	*Apo-Darunavir*	Apotex	30	293,08	➡ 9,7693
02486148	*Auro-Darunavir*	Aurobindo	30	293,08	➡ 9,7693
02521350	*Darunavir*	Jamp	30	293,08	➡ 9,7693
02522292	*M-Darunavir*	Mantra Ph.	30	293,08	➡ 9,7693
02393050	*Prezista*	Janss. Inc	30	586,15	19,5383

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE 🅿

Co. 50 mg

02414945	*Tivicay*	ViiV	30	555,00	18,5000

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/ ABACAVIR (SULFATE D')/ LAMIVUDINE 🅿

Co. 50 mg - 600 mg - 300 mg

02430932	*Triumeq*	ViiV	30	1216,99	40,5663

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/LAMIVUDINE Pr

Co. 50 mg-300 mg

02491753	*Dovato*	ViiV	30	913,20	30,4400

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE) Pr

Co. 50 mg -25 mg

02475774	*Juluca*	ViiV	30	1046,10	34,8700

DORAVIRINE Pr

Co. 100 mg

02481545	*Pifeltro*	Merck	30	499,50	16,6500

DORAVIRINE/LAMIVUDINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) Pr

Co. 100 mg -300 mg -300 mg

02482592	*Delstrigo*	Merck	30	863,70	28,7900

ÉFAVIRENZ Pr

Caps. 50 mg

02239886	*Sustiva*	B.M.S.	30	35,41	1,1803

Caps. 200 mg

02239888	*Sustiva*	B.M.S.	90	424,92	4,7213

Co. 600 mg **PPB**

02418428	*Auro-Efavirenz*	Aurobindo	30	114,09	➡ 3,8030
			500	1901,50	➡ 3,8030
02458233	*Jamp-Efavirenz*	Jamp	30	114,09	➡ 3,8030
02381524	*Mylan-Efavirenz*	Mylan	30	114,09	➡ 3,8030
02246045	*Sustiva*	B.M.S.	30	424,92	14,1640
02389762	*Teva-Efavirenz*	Teva Can	30	114,09	➡ 3,8030

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉFAVIRENZ/ EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) P

Co.			600 mg - 200 mg - 300 mg	**PPB**	
02468247	*Apo-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir*	Apotex	30	339,90	➡ 11,3300
02478404	*Auro-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir*	Aurobindo	30	339,90	➡ 11,3300
02461412	*Mylan-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate*	Mylan	30	339,90	➡ 11,3300
02487284	*pms-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir*	Phmscience	30	339,90	➡ 11,3300
02518716	*Riva-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir*	Riva	30	339,90	➡ 11,3300
02484676	*Sandoz Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir*	Sandoz	30	339,90	➡ 11,3300
02393549	*Teva-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir*	Teva Can	30	339,90	➡ 11,3300

ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) P

Co.			150 mg -150 mg -200 mg -10 mg		
02449498	*Genvoya*	Gilead	30	1314,01	43,8003

ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) P

Co.			150 mg -150 mg -200 mg -300 mg		
02397137	*Stribild*	Gilead	30	1320,00	44,0000

EMTRICITABINE/ RILPIVIRINE / TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) P

Co.			200 mg - 25 mg - 300 mg		
02374129	*Complera*	Gilead	30	1176,68	39,2227

EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) P

Co.			200mg- 300mg	**PPB**	
02496356	*AG-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil*	Angita	30	219,11	➡ 7,3035
02452006	*Apo-Emtricitabine-Tenofovir*	Apotex	30	219,11	➡ 7,3035
02487012	*Jamp Emtricitabine/ Tenofovir Disoproxil Fumarate*	Jamp	30	219,11	➡ 7,3035
02443902	*Mylan-Emtricitabine/ Tenofovir Disoproxil*	Mylan	30	219,11	➡ 7,3035
02461110	*pms-Emtricitabine-Tenofovir*	Phmscience	30	219,11	➡ 7,3035
02487853	*Sandoz Emtricitabine-Tenofovir*	Sandoz	30	219,11	➡ 7,3035
02399059	*Teva-Emtricitabine/ Tenofovir*	Teva Can	30	219,11	➡ 7,3035
02274906	*Truvada*	Gilead	30	783,06	26,1020

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

EMTRICITABINE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) 🅿

Co.			200 mg - 25 mg - 25 mg		
02461463	*Odefsey*	Gilead	30	1176,68	39,2227

FOSAMPRÉNAVIR CALCIQUE 🅿

Co.				700 mg	
02261545	*Telzir*	ViiV	60	471,52	7,8587

Susp. Orale				50 mg/mL	
02261553	*Telzir*	ViiV	225 ml	129,27	0,5745

LAMIVUDINE 🅿

Co.				100 mg **PPB**		
02393239	*Apo-Lamivudine HBV*	Apotex	100	261,54	➡	2,6154
02239193	*Heptovir*	GSK	60	273,50		4,5583
02512467	*Jamp Lamivudine HBV*	Jamp	100	261,54	➡	2,6154

Co.				150 mg **PPB**		
02192683	*3TC*	ViiV	60	279,05		4,6508
02369052	*Apo-Lamivudine*	Apotex	60	163,94	➡	2,7323
02507110	*Jamp Lamivudine*	Jamp	60	163,94	➡	2,7323

Co.				300 mg **PPB**		
02247825	*3TC*	ViiV	30	279,05		9,3017
02369060	*Apo-Lamivudine*	Apotex	30	164,57	➡	5,4857
02507129	*Jamp Lamivudine*	Jamp	30	164,57	➡	5,4857

Sol. Orale				10 mg/mL	
02192691	*3TC*	ViiV	240 ml	72,93	0,3039

LAMIVUDINE/ ZIDOVUDINE 🅿

Co.			150 mg -300mg **PPB**			
02375540	*Apo-Lamivudine-Zidovudine*	Apotex	100	261,03	➡	2,6103
02414414	*Auro-Lamivudine/ Zidovudine*	Aurobindo	60	156,62	➡	2,6103
			500	1305,15	➡	2,6103
02239213	*Combivir*	ViiV	60	156,62	➡	2,6103
02502801	*Jamp Lamivudine/ Zidovudine*	Jamp	60	156,62	➡	2,6103
02387247	*Teva Lamivudine/ Zidovudine*	Teva Can	60	156,62	➡	2,6103

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LOPINAVIR/ RITONAVIR P

Co. 100 mg -25 mg

02312301	*Kaletra*	AbbVie	60	157,34	2,6223

Co. 200 mg -50 mg

02285533	*Kaletra*	AbbVie	120	644,19	5,3683

Sol. Orale 80 mg - 20 mg/mL

02243644	*Kaletra*	AbbVie	160 ml	345,28	2,1580

NELFINAVIR (MÉSYLATE DE) P

Co. 250 mg

02238617	*Viracept*	ViiV	300	546,00	1,8200

Co. 625 mg

02248761	*Viracept*	ViiV	120	546,00	4,5500

NÉVIRAPINE P

Co. 200 mg **PPB**

02318601	*Auro-Nevirapine*	Aurobindo	60	74,08	➡	1,2346
02405776	*Jamp-Névirapine*	Jamp	60	74,08	➡	1,2346
02387727	*Mylan-Nevirapine*	Mylan	60	74,08	➡	1,2346

RALTÉGRAVIR P

Co. 400 mg

02301881	*Isentress*	Merck	60	690,00	11,5000

Co. 600 mg

02465337	*Isentress HD*	Merck	60	690,00	11,5000

RILPIVIRINE P

Co. 25 mg

02370603	*Edurant*	Janss. Inc	30	413,91	13,7970

RITONAVIR P

Co. 100 mg

02357593	*Norvir*	AbbVie	30	43,68	1,4560

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) P

Co. 300 mg **PPB**

+ 02516276	*AG-Tenofovir*	Angita	30	146,65	➡	4,8883
02451980	*Apo-Tenofovir*	Apotex	30	146,65	➡	4,8883
02460173	*Auro-Tenofovir*	Aurobindo	30	146,65	➡	4,8883
02479087	*Jamp-Tenofovir*	Jamp	30	146,65	➡	4,8883
02512939	*Mint-Tenofovir*	Mint	30	146,65	➡	4,8883
02452634	*Mylan-Tenofovir Disoproxil*	Mylan	30	146,65	➡	4,8883
02472511	*NAT-Tenofovir*	Natco	30	146,65	➡	4,8883
			500	2444,17	➡	4,8883
02453940	*pms-Tenofovir*	Phmscience	30	146,65	➡	4,8883
02515156	*Riva-Tenofovir*	Riva	30	146,65	➡	4,8883
02512327	*Tenofovir*	Sanis	30	146,65	➡	4,8883
+ 02523922	*Tenofovir*	Sivem	30	146,65	➡	4,8883
02403889	*Teva-Tenofovir*	Teva Can	30	146,65	➡	4,8883
02247128	*Viread*	Gilead	30	518,67		17,2890

ZIDOVUDINE P

Caps. 100 mg **PPB**

01946323	*Apo-Zidovudine*	Apotex	100	139,77	➡	1,3977
01902660	*Retrovir*	ViiV	100	175,55		1,7555

Sir. 10 mg/mL

01902652	*Retrovir*	ViiV	240 ml	44,94	0,1873

Sol. Inj. 10 mg/mL

01902644	*Retrovir*	ViiV	20 ml	16,70	

8:18.20
INTERFÉRONS

INTERFÉRON ALFA-2B P

Pd. Inj. S.C. 10 millions UI

02223406	*Intron A*	Merck	1 ml	123,35	

8:18.28
INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE

OSELTAMIVIR (PHOSPHATE D') P

Caps. 30 mg **PPB**

02497409	*Jamp Oseltamivir*	Jamp	10	5,24	➡	0,5243
02497352	*Mar-Oseltamivir*	Marcan	10	5,24	➡	0,5243
02497441	*Mint-Oseltamivir*	Mint	10	5,24	➡	0,5243
02472635	*NAT-Oseltamivir*	Natco	10	5,24	➡	0,5243
02504006	*Oseltamivir Phosphate Capsules*	Strides	10	5,24	➡	0,5243
02304848	*Tamiflu*	Roche	10	19,50		1,9500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				45 mg	**PPB**
02497360	*Mar-Oseltamivir*	Marcan	10	8,07	➡ 0,8068
02472643	*NAT-Oseltamivir*	Natco	10	8,07	➡ 0,8068
02504014	*Oseltamivir Phosphate Capsules*	Strides	10	8,07	➡ 0,8068
02304856	*Tamiflu*	Roche	10	30,00	3,0000
Caps.				75 mg	**PPB**
02497425	*Jamp Oseltamivir*	Jamp	10	10,39	➡ 1,0393
02497379	*Mar-Oseltamivir*	Marcan	10	10,39	➡ 1,0393
02497476	*Mint-Oseltamivir*	Mint	10	10,39	➡ 1,0393
02457989	*NAT-Oseltamivir*	Natco	10	10,39	➡ 1,0393
02504022	*Oseltamivir Phosphate Capsules*	Strides	10	10,39	➡ 1,0393
02241472	*Tamiflu*	Roche	10	39,00	3,9000
Susp. Orale				6 mg/mL	**PPB**
02499894	*NAT-Oseltamivir*	Natco	65 ml	18,27	➡ 0,2811
02381842	*Tamiflu*	Roche	65 ml	19,50	0,3000

ZANAMIVIR Ⓟ

Pd. pour inh. (App.)				5 mg/coque (4)	
02240863	*Relenza*	GSK	5	36,54	

8:18.32
ANALOGUES DES NUCLÉOSIDES ET DES NUCLÉOTIDES

ACYCLOVIR Ⓟ

Co.				200 mg	**PPB**
02207621	*Apo-Acyclovir*	Apotex	100	63,97	➡ 0,6397
02242784	*Mylan-Acyclovir*	Mylan	100	63,97	➡ 0,6397
02285959	*Novo-Acyclovir*	Novopharm	100	63,97	➡ 0,6397
Co.				400 mg	**PPB**
02207648	*Apo-Acyclovir*	Apotex	100	127,00	➡ 1,2700
02242463	*Mylan-Acyclovir*	Mylan	100	127,00	➡ 1,2700
02285967	*Novo-Acyclovir*	Novopharm	100	127,00	➡ 1,2700
Co.				800 mg	**PPB**
02207656	*Apo-Acyclovir*	Apotex	100	126,73	➡ 1,2673
02242464	*Mylan-Acyclovir*	Mylan	100	126,73	➡ 1,2673
02285975	*Novo-Acyclovir*	Novopharm	100	126,73	➡ 1,2673
Susp. Orale				200 mg/5 mL	
00886157	*Zovirax*	GSK	475 ml	117,56	0,2475

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ACYCLOVIR SODIQUE Ⓟ

Sol. Perf. I.V. — 25 mg/mL

02236916	*Acyclovir*	Pfizer	20 ml	58,41	

Sol. Perf. I.V. — 50 mg/mL (10 mL) **PPB**

02236926	*Acyclovir Sodique*	Fresenius	10	857,80	➡	85,7800
02456524	*Acyclovir sodique injectable*	Sterimax	10	857,80	➡	85,7800
02494558	*Acyclovir Sodium Injection*	Aurobindo	10	857,80	➡	85,7800

Sol. Perf. I.V. — 50 mg/mL (20 mL) **PPB**

99106493	*Acyclovir Sodique*	Fresenius	10	1715,70	➡	171,5700
99106293	*Acyclovir sodique injectable*	Sterimax	10	1715,70	➡	171,5700
99113861	*Acyclovir Sodium Injection*	Aurobindo	10	1715,70	➡	171,5700

ENTÉCAVIR Ⓟ

Co. — 0,5 mg **PPB**

02396955	*Apo-Entecavir*	Apotex	30	165,00	➡	5,5000
02448777	*Auro-Entecavir*	Aurobindo	30	165,00	➡	5,5000
			100	550,00	➡	5,5000
02282224	*Baraclude*	B.M.S.	30	660,00		22,0000
02453797	*Entecavir Tablets*	Strides	30	165,00	➡	5,5000
02467232	*Jamp-Entecavir*	Jamp	30	165,00	➡	5,5000
02485907	*Mint-Entecavir*	Mint	30	165,00	➡	5,5000
02430576	*pms-Entecavir*	Phmscience	30	165,00	➡	5,5000

FAMCICLOVIR Ⓟ

Co. — 125 mg **PPB**

02305682	*ACT Famciclovir*	ActavisPhm	10	5,56	➡	0,5564
02292025	*Apo-Famciclovir*	Apotex	30	16,69	➡	0,5564
02229110	*Famvir*	Atnahs	10	27,15		2,7150
02278634	*Sandoz Famciclovir*	Sandoz	10	5,56	➡	0,5564

Co. — 250 mg **PPB**

02305690	*ACT Famciclovir*	ActavisPhm	30	22,62	➡	0,7541
02292041	*Apo-Famciclovir*	Apotex	30	22,62	➡	0,7541
02229129	*Famvir*	Atnahs	30	112,10		3,7367
02278103	*pms-Famciclovir*	Phmscience	30	22,62	➡	0,7541
			100	75,41	➡	0,7541
02278642	*Sandoz Famciclovir*	Sandoz	30	22,62	➡	0,7541
			100	75,41	➡	0,7541

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. 500 mg **PPB**

02305704	*ACT Famciclovir*	ActavisPhm	21	28,22	➡ 1,3436
			100	134,36	➡ 1,3436
02292068	*Apo-Famciclovir*	Apotex	30	40,31	➡ 1,3436
02177102	*Famvir*	Atnahs	21	139,38	6,6371
02278650	*Sandoz Famciclovir*	Sandoz	21	28,22	➡ 1,3436
			100	134,36	➡ 1,3436

GANCICLOVIR SODIQUE 🅿

Pd. Perf. I.V. 500 mg **PPB**

02162695	*Cytovene*	Cheplaphar	5	210,19	➡ 42,0380
02475391	*Ganciclovir pour injection*	Sterimax	25	1050,95	➡ 42,0380

VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE) 🅿

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
02440598	*Jamp Valacyclovir*	Jamp	100	61,98	➡ 0,6198
02441454	*Jamp-Valacyclovir*	Jamp	100	61,98	➡ 0,6198
02351579	*Mylan-Valacyclovir*	Mylan	100	61,98	➡ 0,6198
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) 🅿

Caps. 250 mg

02078759	*Humatin*	Erfa	100	236,74	2,3674

8:30.08
ANTIPALUDÉENS

ATOVAQUONE/ PROGUANIL (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co. 62,5 mg - 25 mg

02264935	*Malarone pédiatrique*	GSK	12	17,77	1,4808

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. 250 mg - 100 mg **PPB**

02466783	*Atovaquone et chlorhydrate de proguanil*	Glenmark	12	27,98	➡ 2,3315
			100	233,15	➡ 2,3315
02421429	*Atovaquone Proguanil*	Sanis	12	27,98	➡ 2,3315
02238151	*Malarone*	GSK	12	51,81	4,3175
02402165	*Mylan-Atovaquone/ Proguanil*	Mylan	100	233,15	➡ 2,3315
02380927	*Teva Atovaquone Proguanil*	Teva Can	12	27,98	➡ 2,3315

HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D') Ⓟ

Co. 200 mg **PPB**

02246691	*Apo-Hydroxyquine*	Apotex	100	15,76	➡ 0,1576
+ 02519348	*Hydroxychloroquine*	Sanis	500	78,80	➡ 0,1576
02491427	*Jamp Hydroxychloroquine*	Jamp	100	15,76	➡ 0,1576
02424991	*Mint-Hydroxychloroquine*	Mint	100	15,76	➡ 0,1576
			500	78,80	➡ 0,1576
02511886	*NRA-Hydroxychloroquine*	Nora	100	15,76	➡ 0,1576
02017709	*Plaquenil*	SanofiAven	100	56,62	0,5662

MÉFLOQUINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. 250 mg

02244366	*Mefloquine*	AA Pharma	8	29,56	3,6950

PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE) Ⓟ

Co. 26,3 mg

02017776	*Primaquine*	SanofiAven	100	36,44	0,3644

QUININE (SULFATE DE)

Caps. 200 mg **PPB**

02445190	*Jamp-Quinine*	Jamp	100	23,90	➡ 0,2390
			500	119,50	➡ 0,2390
00021008	*Novo-Quinine*	Novopharm	100	23,90	➡ 0,2390
			500	119,50	➡ 0,2390
02311216	*Pro-Quinine-200*	Pro Doc	100	23,90	➡ 0,2390
00695440	*Quinine-Odan (Caps.)*	Odan	100	23,90	➡ 0,2390
			500	119,50	➡ 0,2390

Caps. ou Co. 300 mg **PPB**

02254522	*Apo-Quinine (Caps.)*	Apotex	100	37,50	➡ 0,3750
02445204	*Jamp-Quinine (Caps.)*	Jamp	100	37,50	➡ 0,3750
			500	187,50	➡ 0,3750
00021016	*Novo-Quinine (Caps.)*	Novopharm	100	37,50	➡ 0,3750
			500	187,50	➡ 0,3750
02311224	*Pro-Quinine-300 (Caps.)*	Pro Doc	100	37,50	➡ 0,3750
00695459	*Quinine-Odan (Caps.)*	Odan	100	37,50	➡ 0,3750
			500	187,50	➡ 0,3750

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:30.92
DIVERS ANTIPROTOZOAIRES

ATOVAQUONE

Susp. Orale — 150 mg/mL

02217422	*Mepron*	GSK	210 ml	504,15	2,4007

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

NITROFURANTOINE (MONOHYDRATE DE) (MACROCRISTAUX)

Caps. — 100 mg

02455676	*pms-Nitrofurantoin*	Phmscience	100	59,74	0,5974

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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

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
+ 02519178	*Bicalutamide*	Sanis	30	38,07	1,2690
02184478	*Casodex*	AZC	30	200,70	6,6900
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

BUSULFAN

Co.				2 mg	
00004618	*Myleran*	Aspen	25	35,32	1,4128

CAPÉCITABINE

Co.				150 mg	PPB
02426757	*ACH-Capecitabine*	Accord	60	27,45	0,4575
02434504	*Apo-Capecitabine*	Apotex	60	27,45	0,4575
02514982	*Capecitabine*	Sanis	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
02514990	*Capecitabine*	Sanis	120	183,00	1,5250
02508028	*Mint-Capecitabine*	Mint	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

Co.				2 mg	
00004626	*Leukeran*	Aspen	25	33,30	1,3320

CYCLOPHOSPHAMIDE

Co.				25 mg	
02241795	*Procytox*	Baxter	200	70,89	0,3545

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg	
02241796	*Procytox*	Baxter	100	47,73	0,4773

ÉTOPOSIDE Ⓟ

Caps.				50 mg	
00616192	*Vepesid*	Cheplaphar	20	656,42	32,8210

FLUDARABINE (PHOSPHATE DE) Ⓟ

Co.				10 mg	
02246226	*Fludara*	SanofiAven	15	574,97	38,3315
			20	766,63	38,3315

HYDROXYURÉE Ⓟ

Caps.				500 mg	**PPB**	
02247937	*Apo-Hydroxyurea*	Apotex	100	102,03	➡	1,0203
00465283	*Hydréa*	B.M.S.	100	102,03	➡	1,0203
02242920	*Mylan-Hydroxyurea*	Mylan	100	102,03	➡	1,0203

INTERFÉRON ALFA-2B Ⓟ

Pd. Inj. S.C.				10 millions UI	
02223406	*Intron A*	Merck	1 ml	123,35	

MELPHALAN Ⓟ

Co.				2 mg	
00004715	*Alkeran*	Aspen	50	74,18	1,4836

MERCAPTOPURINE Ⓟ

Co.				50 mg	**PPB**	
02415275	*Mercaptopurine*	Sterimax	25	71,53	➡	2,8610
00004723	*Purinethol*	Novopharm	25	71,53	➡	2,8610

MÉTHOTREXATE Ⓟ

Co.				2,5 mg	**PPB**	
02509067	*ACH-Methotrexate*	Accord	100	50,27	➡	0,5027
02182963	*Apo-Methotrexate*	Apotex	100	50,27	➡	0,5027
02170698	*pms-Methotrexate*	Phmscience	30	15,08	➡	0,5027
			100	50,27	➡	0,5027

Co.				10 mg	
02182750	*Méthotrexate*	Pfizer	100	270,67	2,7067

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			25 mg/mL **PPB**		
02419173	*Jamp-Methotrexate*	Jamp	2 ml	➡ 6,24	
02398427	*Méthotrexate*	Sandoz	2 ml	➡ 6,24	
			20 ml	➡ 62,40	
02464365	*Méthotrexate Injectable*	Accord	2 ml	➡ 6,24	
			20 ml	➡ 62,40	
02182777	*Méthotrexate Sodique*	Pfizer	2 ml	➡ 6,24	
			20 ml	➡ 62,40	
02182955	*Méthotrexate Sodique sans préservatif*	Pfizer	2 ml	11,25	
Sol. Inj. (ser)			7,5 mg/0,3 mL		
02422166	*Méthotrexate pour Injection BP*	Phmscience	1	5,60	
Sol. Inj. (ser)			7,5 mg/0,75 mL		
02320029	*Metoject*	Medexus	1	28,08	
Sol. Inj. (ser)			10 mg/0,4 mL		
02422174	*Méthotrexate pour Injection BP*	Phmscience	1	7,00	
Sol. Inj. (ser)			15 mg/0,6 ml		
02422182	*Méthotrexate pour Injection BP*	Phmscience	1	8,40	
Sol. Inj. (ser)			20 mg/0,8 ml		
02422190	*Méthotrexate pour Injection BP*	Phmscience	1	11,20	
Sol. Inj. (ser)			25 mg/mL		
02422204	*Méthotrexate pour Injection BP*	Phmscience	1	12,20	
Sol. Inj. S.C. (ser)			10 mg/0,2 mL		
02454831	*Metoject Sous-Cutané*	Medexus	1	29,64	
Sol. Inj. S.C. (ser)			12,5 mg/0,25 mL		
02454750	*Metoject Sous-Cutané*	Medexus	1	31,20	
Sol. Inj. S.C. (ser)			15 mg/0,3 mL **PPB**		
02491311	*Méthotrexate Sous-Cutané*	Accord	1	➡ 24,57	
02454858	*Metoject Sous-Cutané*	Medexus	1	➡ 24,57	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)			17,5 mg/0,35 mL	**PPB**	
02491338	*Méthotrexate Sous-Cutané*	Accord	1	➡ 24,00	
02454769	*Metoject Sous-Cutané*	Medexus	1	➡ 24,00	
Sol. Inj. S.C. (ser)			20 mg/0,4 mL	**PPB**	
02491346	*Méthotrexate Sous-Cutané*	Accord	1	➡ 26,25	
02454866	*Metoject Sous-Cutané*	Medexus	1	➡ 26,25	
Sol. Inj. S.C. (ser)			22,5 mg/0,45 mL	**PPB**	
02491354	*Méthotrexate Sous-Cutané*	Accord	1	➡ 26,25	
02454777	*Metoject Sous-Cutané*	Medexus	1	➡ 26,25	
Sol. Inj. S.C. (ser)			25 mg/0,5 mL	**PPB**	
02491362	*Méthotrexate Sous-Cutané*	Accord	1	➡ 29,25	
02454874	*Metoject Sous-Cutané*	Medexus	1	➡ 29,25	

NILUTAMIDE Ⓟ

Co.				50 mg	
02221861	*Anandron*	Cheplaphar	90	165,31	1,8368

PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Caps.				50 mg	
00012750	*Matulane*	Sigma-Tau	100		**UE**

TÉMOZOLOMIDE Ⓟ

Caps.				5 mg **PPB**	
02443473	*Taro-Temozolomide*	Taro	5	19,50	➡ 3,9000
			20	78,00	➡ 3,9000
02241093	*Temodal*	Merck	5	19,50	➡ 3,9000
* 02441160	*Teva-Temozolomide*	Teva Can	5	19,50	➡ 3,9000
			20	78,00	➡ 3,9000
Caps.				20 mg **PPB**	
02443481	*Taro-Temozolomide*	Taro	5	78,00	➡ 15,6000
			20	312,00	➡ 15,6000
02241094	*Temodal*	Merck	5	78,00	➡ 15,6000
* 02395274	*Teva-Temozolomide*	Teva Can	5	78,00	➡ 15,6000
			20	312,00	➡ 15,6000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				100 mg **PPB**	
02443511	*Taro-Temozolomide*	Taro	5	390,02	78,0030
			20	1560,06	78,0030
02241095	*Temodal*	Merck	5	390,00	➡ 78,0000
* 02395282	*Teva-Temozolomide*	Teva Can	5	390,00	➡ 78,0000
			20	1560,00	➡ 78,0000
Caps.				140 mg **PPB**	
02443538	*Taro-Temozolomide*	Taro	5	546,03	109,2050
02312794	*Temodal*	Merck	5	546,00	➡ 109,2000
* 02395290	*Teva-Temozolomide*	Teva Can	5	546,00	➡ 109,2000
			20	2184,00	➡ 109,2000
Caps.				250 mg **PPB**	
02443554	*Taro-Temozolomide*	Taro	5	975,01	195,0020
02241096	*Temodal*	Merck	5	975,00	➡ 195,0000
* 02395312	*Teva-Temozolomide*	Teva Can	5	975,00	➡ 195,0000
			20	3900,00	➡ 195,0000

THIOGUANINE Ⓟ

Co.				40 mg	
00282081	*Lanvis*	Aspen	25	102,93	4,1172

TRÉTINOÏNE Ⓟ

Caps.				10 mg	
02145839	*Vesanoid*	Cheplaphar	100	1638,63	16,3863

TRIPTORÉLINE (PAMOATE DE) Ⓟ

Trousse				3,75 mg	
02240000	*Trelstar*	Knight	1	304,43	
Trousse				11,25 mg	
02243856	*Trelstar LA*	Knight	1	932,12	
Trousse				22,5 mg	
02412322	*Trelstar*	Knight	1	1650,00	

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

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) ℞

Co. — 5 mg **PPB**

02509571	*Jamp Pilocarpine*	Jamp	100	73,21	➡	0,7321
02496119	*M-Pilocarpine*	Mantra Ph.	100	73,21	➡	0,7321
02216345	*Salagen*	Amdipharm	100	73,21	➡	0,7321

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
ACLIDINIUM (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	
02473879	*Glycopyrrolate injection*	Sterimax	1 ml	➡	3,98	
02473887	*Glycopyrrolate injection*	Sterimax	20 ml	➡	62,25	
02473895	*Glycopyrrolate injection*	Sterimax	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) P

Pd. pour inh. (App.) — 50 mcg/caps.

02394936	*Seebri Breezhaler*	Covis	30	53,10	

HYOSCINE (BUTYLBROMURE D')

Sol. Inj. — 20 mg/mL

02229868	*Butylbromure d'hyoscine*	Sandoz	1 ml	4,52	

IPRATROPIUM (BROMURE D') P

Aéro. oral — 0,02 mg/dose

02247686	*Atrovent HFA*	Bo. Ing.	200 dose(s)	18,92	

Sol. pour Inh. — 0,125 mg/mL (2 mL)

02231135	*pms-Ipratropium Polynebs*	Phmscience	20	13,18	0,6590

Sol. pour Inh. — 0,25 mg/mL **PPB**

02126222	*Apo-Ipravent*	Apotex	20 ml	➡ 6,31	
02231136	*pms-Ipratropium*	Phmscience	20 ml	➡ 6,31	

Sol. pour Inh. — 0,25 mg/mL (1 mL) **PPB**

02231244	*pms-Ipratropium Polynebs*	Phmscience	20	13,18	➡ 0,6590
99001446	*ratio-Ipratropium UDV*	Ratiopharm	20	13,18	➡ 0,6590
02216221	*Teva-Ipratropium Sterinebs*	Teva Can	20	13,18	➡ 0,6590

Sol. pour Inh. — 0,25 mg/mL (2 mL) **PPB**

02231245	*pms-Ipratropium Polynebs*	Phmscience	10	13,18	➡ 1,3180
99002795	*Teva-Ipratropium Sterinebs*	Teva Can	10	13,18	➡ 1,3180

Vap. nasal — 0,03 %

02239627	*pms-Ipratropium*	Phmscience	30 ml	22,70	

IPRATROPIUM (BROMURE D')/ SALBUTAMOL (SULFATE DE) P

Sol. pour Inh. — 0,2 mg -1 mg/mL (2,5 mL) **PPB**

02483394	*Bromure d'ipratropium et salbutamol*	Juno	20	14,68	➡ 0,7340
02272695	*Teva-Combo Sterinebs*	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	*Scopolamine Hydrobromide Injection*	Oméga	1	5,55	

Sol. Inj. 0,6 mg/mL

02242811	*Scopolamine Hydrobromide Injection*	Oméga	1	6,00	

TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE) Ⓟ

Pd. pour inh. (App.) 18 mcg

02246793	*Spiriva Handihaler*	Bo. Ing.	30	51,90	

Sol. pour Inh. (App.) 2,5 mcg

02435381	*Spiriva Respimat*	Bo. Ing.	60 dose(s)	51,90	

UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') Ⓟ

Pd. pour Inh. 62,5 mcg

02423596	*Incruse Ellipta*	GSK	30 dose(s)	50,00	

12:12.04
AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

MIDODRINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. 2,5 mg **PPB**

02517701	*JAMP Midodrine*	Jamp	100	11,53	➡	0,1153
02473984	*Mar-Midodrine*	Marcan	100	11,53	➡	0,1153
02278677	*Midodrine*	Apotex	100	11,53	➡	0,1153

Co. 5 mg **PPB**

02517728	*JAMP Midodrine*	Jamp	100	19,21	➡	0,1921
02473992	*Mar-Midodrine*	Marcan	100	19,21	➡	0,1921
02278685	*Midodrine*	Apotex	100	19,21	➡	0,1921

12:12.08
AGONISTES BÊTA-ADRÉNERGIQUES

FORMOTEROL (FUMARATE DE) Ⓟ

Pd. pour Inh. 12 mcg/caps.

02230898	*Foradil & Aerolizer*	Novartis	60	46,48	0,7747

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE) ℞

Pd. pour Inh. — 6 mcg /dose

02237225	*Oxeze Turbuhaler*	AZC	60 dose(s)	33,24	

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	

SALBUTAMOL ℞

Aéro. oral — 100 mcg/dose **PPB**

02232570	*Airomir*	Valeant	200 dose(s)	➡	5,00	
02245669	*Apo-Salbutamol HFA*	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) ℞

Sol. pour Inh. — 0,5 mg/mL (2,5mL)

02208245	*pms-Salbutamol Polynebs*	Phmscience	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

Sol. pour Inh. — 2 mg/mL (2,5 mL) **PPB**

02208237	*pms-Salbutamol Polynebs*	Phmscience	20		13,50	➡ 0,6750
02173360	*Teva-Salbutamol Sterinebs P.F.*	Teva Can	20		13,50	➡ 0,6750
02213427	*Ventolin Nebules P.F.*	GSK	20		13,50	➡ 0,6750

Sol. pour Inh. — 5 mg/mL

02213486	*Ventolin*	GSK	10 ml	2,30	

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE) ℞

Pd. pour Inh. — 50 mcg/dose

02231129	*Serevent Diskus*	GSK	60 dose(s)	52,64	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. pour inh. (App.)				50 mcg/coque (4)	
99000091	*Serevent & Diskhaler*	GSK	15	55,91	

TERBUTALINE (SULFATE DE) 🅿

Pd. pour Inh.				0,5 mg/dose	
00786616	*Bricanyl Turbuhaler*	AZC	120 dose(s)	9,17	

12:12.12
AGONISTES ALPHA ET BÊTA ADRÉNERGIQUES
ÉPINÉPHRINE

Sol. Inj. (App.)				0,15 mg/dose **PPB**	
02382059	*Allerject*	Kaleo	1	➡ 81,00	
00578657	*EpiPen Jr.*	Pfizer	1	➡ 81,00	
Sol. Inj. (App.)				0,3 mg/dose **PPB**	
02382067	*Allerject*	Kaleo	1	➡ 81,00	
02458446	*Emerade*	Bausch H.	1	➡ 81,00	
00509558	*EpiPen*	Pfizer	1	➡ 81,00	
Sol. Inj. (App.)				0,5 mg/dose	
02458454	*Emerade*	Bausch H.	1	81,00	

ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D')

Sol. Inj.				1 mg/mL	
02435810	*Epinéphrine*	Teligent	10	38,50	3,8500

12:16.04
BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES
ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D') 🅿

Co. L.A.				10 mg **PPB**	
02519844	*Alfuzosin*	Sanis	100	26,01 ➡	0,2601
02447576	*Alfuzosin*	Sivem	100	26,01 ➡	0,2601
02315866	*Apo-Alfuzosin*	Apotex	100	26,01 ➡	0,2601
02443201	*Auro-Alfuzosin*	Aurobindo	100	26,01 ➡	0,2601
02304678	*Sandoz Alfuzosin*	Sandoz	100	26,01 ➡	0,2601
02245565	*Xatral*	SanofiAven	100	101,30	1,0130

DIHYDROERGOTAMINE (MÉSYLATE DE) 🅿

Sol. Inj.				1 mg/mL	
00027243	*Dihydroergotamine*	Sterimax	1 ml	3,88	
Vap. nasal				4 mg/mL	
02228947	*Migranal*	Sterimax	3	28,22	9,4067

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SILODOSINE P

Caps. 4 mg **PPB**

02478501	*Auro-Silodosin*	Aurobindo	30	11,18	➡ 0,3726
02517779	*pms-Silodosin*	Phmscience	30	11,18	➡ 0,3726
02475421	*Sandoz Silodosin*	Sandoz	30	11,18	➡ 0,3726

Caps. 8 mg **PPB**

02478528	*Auro-Silodosin*	Aurobindo	90	33,53	➡ 0,3726
02517787	*pms-Silodosin*	Phmscience	90	33,53	➡ 0,3726
02361671	*Rapaflo*	Actavis	30	13,15	0,4383
			90	39,45	0,4383
02475448	*Sandoz Silodosin*	Sandoz	100	37,26	➡ 0,3726

TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. LA ou Caps. LA 0,4 mg **PPB**

02362406	*Apo-Tamsulosin CR*	Apotex	100	15,00	➡ 0,1500
			500	75,00	➡ 0,1500
02270102	*Flomax CR*	Bo. Ing.	30	18,00	0,6000
02281392	*Novo-Tamsulosin*	Novopharm	100	15,00	➡ 0,1500
02294265	*ratio-Tamsulosin*	Ratiopharm	100	15,00	➡ 0,1500
02319217	*Sandoz Tamsulosin*	Sandoz	100	15,00	➡ 0,1500
02340208	*Sandoz Tamsulosin CR*	Sandoz	100	15,00	➡ 0,1500
			500	75,00	➡ 0,1500
02413612	*Tamsulosin CR*	Pro Doc	30	4,50	➡ 0,1500
			500	75,00	➡ 0,1500
02427117	*Tamsulosin CR*	Sanis	100	15,00	➡ 0,1500
02429667	*Tamsulosin CR*	Sivem	100	15,00	➡ 0,1500
			500	75,00	➡ 0,1500
02368242	*Teva-Tamsulosin CR*	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	*AG-Cyclobenzaprine*	Angita	100	10,22	0,1022
			500	51,10	0,1022
02177145	*Apo-Cyclobenzaprine*	Apotex	100	10,22	0,1022
			500	51,10	0,1022
02348853	*Auro-Cyclobenzaprine*	Aurobindo	100	10,22	0,1022
			500	51,10	0,1022
02287064	*Cyclobenzaprine*	Sanis	100	10,22	0,1022
			500	51,10	0,1022
02424584	*Cyclobenzaprine*	Sivem	100	10,22	0,1022
			500	51,10	0,1022
02220644	*Cyclobenzaprine-10*	Pro Doc	500	51,10	0,1022
02495422	*Flexeril*	Orimed	100	10,22	0,1022
			500	51,10	0,1022
02357127	*Jamp-Cyclobenzaprine*	Jamp	100	10,22	0,1022
			500	51,10	0,1022
02212048	*pms-Cyclobenzaprine*	Phmscience	100	10,22	0,1022
			500	51,10	0,1022
02242079	*Riva-Cyclobenzaprine*	Riva	100	10,22	0,1022
			500	51,10	0,1022
02080052	*Teva-Cyclobenzaprine*	Teva Can	100	10,22	0,1022
			500	51,10	0,1022

12:20.08
MYORELAXANTS À ACTION DIRECTE
DANTROLÈNE SODIQUE Ⓟ

Caps. 25 mg

01997602	*Dantrium*	Par Phm	100	39,40	0,3940

12:20.12
MYORELAXANTS DÉRIVÉS DU GABA
BACLOFÈNE Ⓟ

Co. 10 mg **PPB**

02139332	*Apo-Baclofen*	Apotex	100	15,95	0,1595
			500	79,74	0,1595
02287021	*Baclofen*	Sanis	100	15,95	0,1595
			500	79,74	0,1595
02152584	*Baclofen-10*	Pro Doc	100	15,95	0,1595
02088398	*Mylan-Baclofen*	Mylan	100	15,95	0,1595
			500	79,74	0,1595
02063735	*pms-Baclofen*	Phmscience	100	15,95	0,1595
			500	79,74	0,1595
02242150	*Riva-Baclofen*	Riva	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	*Apo-Baclofen*	Apotex	100	31,04	➡ 0,3104
02287048	*Baclofen*	Sanis	100	31,04	➡ 0,3104
02152592	*Baclofen-20*	Pro Doc	100	31,04	➡ 0,3104
02088401	*Mylan-Baclofen*	Mylan	100	31,04	➡ 0,3104
02063743	*pms-Baclofen*	Phmscience	100	31,04	➡ 0,3104
02242151	*Riva-Baclofen*	Riva	100	31,04	➡ 0,3104
			500	155,20	➡ 0,3104
Sol. Inj.			0,05 mg/mL (1 mL)		**PPB**
02413620	*Baclofen Injection*	Sterimax	5	30,01	➡ 6,0028
02457059	*Baclofene injectable*	Teligent	10	60,03	➡ 6,0028
02131048	*Lioresal Intrathécal*	Novartis	5	50,23	10,0460
Sol. Inj.			0,5 mg/mL (20 mL)		**PPB**
02413639	*Baclofen Injection*	Sterimax	1	➡ 90,32	
02457067	*Baclofene injectable*	Teligent	1	➡ 90,32	
02485508	*Baclofène Intrathécale*	Avir	1	➡ 90,32	
02131056	*Lioresal Intrathécal*	Novartis	1	150,54	
Sol. Inj.			2 mg/mL (5 mL)		**PPB**
02413647	*Baclofen Injection*	Sterimax	5	451,67	➡ 90,3340
02457075	*Baclofene injectable*	Teligent	10	903,34	➡ 90,3340
02131064	*Lioresal Intrathécal*	Novartis	5	752,79	150,5580
Sol. Inj.			2 mg/mL (20 mL)		**PPB**
99110593	*Baclofene injectable*	Teligent	1	➡ 361,34	
02485516	*Baclofène Intrathécale*	Avir	1	➡ 361,34	

12:20.92
DIVERS MYORELAXANTS
ORPHÉNADRINE (CITRATE D')

Co. L.A.				100 mg	
02243559	*Sandoz Orphenadrine*	Sandoz	100	50,95	0,5095

12:92
MÉDICAMENTS S.N.A. DIVERS
NICOTINE [1]

Gomme à mâcher				2 mg	**PPB**
80069513	*Nicorette Menthe*	McNeil Co	105	26,49	0,2523
80000396	*Thrive*	GSK CONS	108	21,77	➡ 0,2016

1 La durée du remboursement d'un traitement antitabagique avec les diverses préparations de nicotine est limitée à 12 semaines consécutives par période de 12 mois. De plus, la quantité totale remboursable de gommes à mâcher ou de pastilles durant les 12 semaines est limitée à 840 unités, toutes formes confondues.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Gomme à mâcher				4 mg **PPB**	
80069471	*Nicorette Menthe*	McNeil Co	105	26,49	➡ 0,2523
80000402	*Thrive*	GSK CONS	108	28,47	0,2636
Past. Or.				1 mg **PPB**	
80061161	*Nic-Hit*	Nic-Hit	20	3,70	➡ 0,1850
80007461	*Thrive*	GSK CONS	108	21,77	➡ 0,2016
Past. Or.				2 mg **PPB**	
80059877	*Nic-Hit*	Nic-Hit	20	4,00	➡ 0,2000
80007464	*Thrive*	GSK CONS	108	28,47	➡ 0,2636
Timbre cut.				7 mg/24 h **PPB**	
01943057	*Habitrol*	N.C.H.C.	7	18,75	➡ 2,6786
80044518	*Nicoderm*	McNeil Co	7	18,75	➡ 2,6786
Timbre cut.				14 mg/24 h **PPB**	
01943065	*Habitrol*	N.C.H.C.	7	18,75	➡ 2,6786
80044503	*Nicoderm*	McNeil Co	7	18,75	➡ 2,6786
Timbre cut.				21 mg/24 h **PPB**	
01943073	*Habitrol*	N.C.H.C.	7	18,75	➡ 2,6786
80044515	*Nicoderm*	McNeil Co	7	18,75	➡ 2,6786

VARÉNICLINE (TARTRATE DE) [7] 🅿

Co.				0,5 mg **PPB**	
02419882	*Apo-Varenicline*	Apotex	56	51,73	➡ 0,9237
02291177	*Champix*	Pfizer	56	96,15	1,7170
02426226	*Teva-Varenicline*	Teva Can	56	51,73	➡ 0,9237
Co.				0,5 mg et 1 mg **PPB**	
02435675	*Apo-Varenicline (trousse)*	Apotex	53	➡ 48,57	
02298309	*Champix (Trousse de départ)*	Pfizer	53	91,01	
02426781	*Teva-Varenicline (trousse de départ)*	Teva Can	25	➡ 22,91	
Co.				1 mg **PPB**	
02419890	*Apo-Varenicline*	Apotex	56	51,72	➡ 0,9235
02291185	*Champix*	Pfizer	56	96,16	1,7171
02426234	*Teva-Varenicline*	Teva Can	28	25,86	➡ 0,9235

7 La durée du remboursement dun traitement antitabagique de varénicline est dabord limitée à un total de 12 semaines consécutives par période de 12 mois. Une prolongation de 12 semaines sera autorisée pour les personnes ayant cessé de fumer à la 12e semaine. La durée du remboursement est alors limitée à un total de 24 semaines consécutives par période de 12 mois.

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

DÉRISOMALTOSE FERRIQUE

Sol. Inj. I.V. — 100 mg (Fe)/mL

02477777	*Monoferric*	Pfizer	1 ml	45,00	
			5 ml	225,00	
			10 ml	450,00	

FER (COMPLEXE DE GLUCONATE FERRIQUE/ SUCROSE)

Sol. Inj. I.V. — 12,5 mg (Fe)/mL (5 mL)

02243333	*Ferrlecit*	SanofiAven	10	241,33	24,1330

FERREUX (SULFATE)

Co. — 300 mg à 325 mg (Fe-60 mg à 65 mg) **PPB**

02246733	*Euro-Ferrous Sulfate*	Sandoz	1000	15,71	➡	0,0157
00031100	*Jamp-Sulfate Ferreux*	Jamp	1000	15,71	➡	0,0157
80057416	*M-Fer Sulfate*	Mantra Ph.	1000	15,71	➡	0,0157
00586323	*pms-Ferrous Sulfate*	Phmscience	500	7,86	➡	0,0157
			1000	15,71	➡	0,0157

Sir. ou Sol. Orale — 150 mg/5 mL(Fe-30 mg/5 mL) **PPB**

00017884	*Fer-in-Sol*	M.J.	250 ml	12,61		0,0504
00758469	*Ferodan*	Odan	250 ml	6,80	➡	0,0272
			500 ml	13,60	➡	0,0272
80008295	*Jamp-Sulfate Ferreux*	Jamp	250 ml	6,80	➡	0,0272
02242863	*Pediafer Sirop*	Exzell	250 ml	6,80	➡	0,0272
00792675	*pms-Ferrous Sulfate*	Phmscience	250 ml	6,80	➡	0,0272
			500 ml	13,60	➡	0,0272

Sol. Orale Péd. — 75 mg/mL(Fe-15 mg/mL) **PPB**

00762954	*Fer-in-Sol*	M.J.	50 ml	9,27		
02237385	*Ferodan*	Odan	50 ml	7,16	➡	
80008309	*Jamp-Sulfate Ferreux*	Jamp	50 ml	7,16	➡	
02232202	*Pediafer*	Exzell	50 ml	7,16	➡	
02222574	*pms-Ferrous Sulfate*	Phmscience	50 ml	7,16	➡	

FER-SACCHAROSE

Sol. Inj. I.V. — 20 mg (Fe)/mL (5 mL) **PPB**

02502917	*pms-Iron Sucrose*	Phmscience	10	275,00	➡	27,5000
02243716	*Venofer*	Luitpold	10	275,00	➡	27,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

20:12.04
ANTICOAGULANTS
DALTÉPARINE SODIQUE Pr

Sol. Inj. — 25 000 U/mL

02231171	*Fragmin*	Pfizer	3,8 ml	151,32	

Sol. Inj. (ser) — 3500 UI/0,28 mL

02430789	*Fragmin*	Pfizer	1	7,06	

Sol. Inj. S.C. — 10 000 UI/mL

02132664	*Fragmin*	Pfizer	1 ml	15,93	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 2 500 UI/0,2 mL

02132621	*Fragmin*	Pfizer	1	5,04	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 5 000 UI/0,2 mL

02132648	*Fragmin*	Pfizer	1	10,09	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 7 500 UI/0,3 ml

02352648	*Fragmin*	Pfizer	1	15,13	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 10 000 UI/0,4 mL

02352656	*Fragmin*	Pfizer	1	20,18	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 12 500 UI/0,5 mL

02352664	*Fragmin*	Pfizer	1	25,22	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 15 000 UI/0,6 mL

02352672	*Fragmin*	Pfizer	1	30,26	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 16 500 UI/0,66 mL

02494582	*Fragmin*	Pfizer	1	33,29	
			5	166,45	33,2900

Sol. Inj. S.C. (ser) — 18 000 UI/0,72 mL

02352680	*Fragmin*	Pfizer	1	36,32	

ÉNOXAPARINE Pr

Sol. Inj. S.C. — 100 mg/mL

02509121	*Redesca*	Valeo	3 ml	49,62	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)				30 mg/ 0,3 mL	
02507501	*Inclunox*	Sandoz	10	49,62	4,9620
02506459	*Noromby*	Juno	10	49,62	4,9620
02509075	*Redesca*	Valeo	10	49,62	4,9620
Sol. Inj. S.C. (ser)				40 mg/0,4 mL	
02507528	*Inclunox*	Sandoz	10	66,16	6,6160
02506467	*Noromby*	Juno	10	66,16	6,6160
02509083	*Redesca*	Valeo	10	66,16	6,6160
Sol. Inj. S.C. (ser)				60 mg/0,6 mL	
02507536	*Inclunox*	Sandoz	10	99,24	9,9240
02506475	*Noromby*	Juno	10	99,24	9,9240
02509091	*Redesca*	Valeo	10	99,24	9,9240
Sol. Inj. S.C. (ser)				80 mg/0,8 mL	
02507544	*Inclunox*	Sandoz	10	132,32	13,2320
02506483	*Noromby*	Juno	10	132,32	13,2320
02509105	*Redesca*	Valeo	10	132,32	13,2320
Sol. Inj. S.C. (ser)				100 mg/1,0 mL	
02507552	*Inclunox*	Sandoz	10	165,40	16,5400
02506491	*Noromby*	Juno	10	165,40	16,5400
02509113	*Redesca*	Valeo	10	165,40	16,5400
Sol. Inj. S.C. (ser)				120 mg/0,8 mL	
02507560	*Inclunox HP*	Sandoz	2	39,70	19,8480
02506505	*Noromby HP*	Juno	10	198,48	19,8480
02509148	*Redesca HP*	Valeo	10	198,48	19,8480
Sol. Inj. S.C. (ser)				150 mg/1,0 mL	
02507579	*Inclunox HP*	Sandoz	2	49,62	24,8100
02506513	*Noromby HP*	Juno	10	248,10	24,8100
02509156	*Redesca HP*	Valeo	10	248,10	24,8100

FONDAPARINUX 🅿

Sol. Inj. S.C. (ser)				2,5 mg/0,5 mL **PPB**	
02245531	*Arixtra*	Aspen	1	➡ 9,86	
02406853	*Solution injectable de fondaparinux sodique*	Dr Reddy's	1	➡ 9,86	
Sol. Inj. S.C. (ser)				7,5 mg/0,6 mL **PPB**	
02258056	*Arixtra*	Aspen	1	➡ 17,50	
02406896	*Solution injectable de fondaparinux sodique*	Dr Reddy's	1	➡ 17,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

HÉPARINE SODIQUE

Sol. Inj. 100 U/mL

00727520	*Héparine Léo*	Leo	10 ml	4,26	0,4260

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**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TINZAPARINE SODIQUE 🅿

Sol. Inj. S.C. — 10 000 UI/mL

02167840	*Innohep*	Leo	2 ml	33,43	

Sol. Inj. S.C. — 20 000 UI/mL (2 mL)

02229515	*Innohep*	Leo	10	679,00	67,9000

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
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	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	8,25	➡ 0,0825
			500	41,25	➡ 0,0825
02242681	*Taro-Warfarin*	Taro	100	8,25	➡ 0,0825
			250	20,63	➡ 0,0825
Co.				2,5 mg **PPB**	
02242926	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	6,60	➡ 0,0660
			500	33,00	➡ 0,0660
02242682	*Taro-Warfarin*	Taro	100	6,60	➡ 0,0660
			250	16,50	➡ 0,0660
Co.				3 mg **PPB**	
02245618	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	10,23	➡ 0,1023
02242683	*Taro-Warfarin*	Taro	100	10,23	➡ 0,1023
Co.				4 mg **PPB**	
02242927	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	10,23	➡ 0,1023
			500	51,15	➡ 0,1023
02242684	*Taro-Warfarin*	Taro	100	10,23	➡ 0,1023
			250	25,58	➡ 0,1023
Co.				5 mg **PPB**	
02242928	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	6,62	➡ 0,0662
			500	33,10	➡ 0,0662
02242685	*Taro-Warfarin*	Taro	100	6,62	➡ 0,0662
			250	16,55	➡ 0,0662
Co.				6 mg	
02242686	*Taro-Warfarin*	Taro	100	17,53	0,1753
Co.				7,5 mg	
02242697	*Taro-Warfarin*	Taro	100	30,14	0,3014
Co.				10 mg **PPB**	
02242929	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	11,87	➡ 0,1187
02242687	*Taro-Warfarin*	Taro	100	11,87	➡ 0,1187

20:12.14
RÉDUCTEURS PLAQUETTAIRES
ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D') Ⓟ

Caps.				0,5 mg **PPB**	
02236859	*Agrylin*	Takeda	100	528,30	5,2830
02274949	*pms-Anagrelide*	Phmscience	100	263,61	➡ 2,6361

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

20:12.18
ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES
CLOPIDOGREL (BISULFATE DE) 🅿

Co. 75 mg **PPB**

02431971	*AG-Clopidogrel*	Angita	100	26,31	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02252767	*Apo-Clopidogrel*	Apotex	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02416387	*Auro-Clopidogrel*	Aurobindo	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02444895	*Bio-Clopidogrel*	Biomed	500	131,55	➡ 0,2631
02394820	*Clopidogrel*	Pro Doc	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02400553	*Clopidogrel*	Sanis	500	131,55	➡ 0,2631
02385813	*Clopidogrel*	Sivem	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02303027	*Co Clopidogrel*	Cobalt	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02415550	*Jamp-Clopidogrel*	Jamp	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02422255	*Mar-Clopidogrel*	Marcan	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02502283	*M-Clopidogrel*	Mantra Ph.	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02482037	*NRA-Clopidogrel*	Nora	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02238682	*Plavix*	SanofiAven	28	74,23	2,6511
			90	238,60	2,6511
02348004	*Pms-Clopidogrel*	Phmscience	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02445336	*Priva-Clopidogrel*	Pharmapar	100	26,31	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02379813	*Ran-Clopidogrel*	Ranbaxy	100	26,31	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02388529	*Riva-Clopidogrel*	Riva	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02359316	*Sandoz Clopidogrel*	Sandoz	100	26,31	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02293161	*Teva Clopidogrel*	Teva Can	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631

20:28.16
HÉMOSTATIQUES
TRANEXAMIQUE (ACIDE) 🅿

Co. 500 mg **PPB**

02401231	*Acide Tranexamique*	Sterimax	100	29,67	➡ 0,2967
02064405	*Cyklokapron*	Pfizer	100	102,48	1,0248
02496232	*Mar-Tranexamic Acid*	Marcan	100	29,67	➡ 0,2967
02519194	*Tranexamic Acide*	Jamp	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'aldosterone

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:04.04
ANTIARYTHMIQUES

AMIODARONE (CHLORHYDRATE D') Pr

Co. 100 mg

02292173	*pms-Amiodarone*	Phmscience	100	67,76	0,6776

Co. 200 mg **PPB**

02364336	*Amiodarone*	Sanis	100	37,06	➡	0,3706
02385465	*Amiodarone*	Sivem	100	37,06	➡	0,3706
02246194	*Apo-Amiodarone*	Apotex	100	37,06	➡	0,3706
02242472	*pms-Amiodarone*	Phmscience	100	37,06	➡	0,3706
02309661	*Pro-Amiodarone-200*	Pro Doc	100	37,06	➡	0,3706
02247217	*Riva-Amiodarone*	Riva	100	37,06	➡	0,3706
02243836	*Sandoz Amiodarone*	Sandoz	100	37,06	➡	0,3706
02239835	*Teva-Amiodarone*	Teva Can	100	37,06	➡	0,3706

DISOPYRAMIDE Pr

Caps. 100 mg

02224801	*Rythmodan*	Cheplaphar	84	18,93	0,2254

FLECAÏNIDE (ACÉTATE DE) Pr

Co. 50 mg **PPB**

02459957	*Auro-Flecainide*	Aurobindo	100	13,89	➡	0,1389
			1000	138,90	➡	0,1389
02275538	*Flecainide*	Apotex	100	13,89	➡	0,1389
02493705	*Jamp Flecainide*	Jamp	100	13,89	➡	0,1389
			500	69,45	➡	0,1389
02476177	*Mar-Flecainide*	Marcan	100	13,89	➡	0,1389

Co. 100 mg **PPB**

02459965	*Auro-Flecainide*	Aurobindo	100	27,79	➡	0,2779
			1000	277,90	➡	0,2779
02275546	*Flecainide*	Apotex	100	27,79	➡	0,2779
02493713	*Jamp Flecainide*	Jamp	100	27,79	➡	0,2779
			500	138,95	➡	0,2779
02476185	*Mar-Flecainide*	Marcan	100	27,79	➡	0,2779

MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE) Pr

Caps. 100 mg

02230359	*Novo-Mexiletine*	Novopharm	100	81,62	0,8162

Caps. 200 mg

02230360	*Novo-Mexiletine*	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	*Apo-Propafenone*	Apotex	100	29,65	➡ 0,2965
02457172	*Mylan-Propafenone*	Mylan	100	29,65	➡ 0,2965
02343053	*Propafenone*	Sanis	100	29,65	➡ 0,2965
00603708	*Rythmol*	BGP Pharma	100	94,10	0,9410

Co. 300 mg **PPB**

02243325	*Apo-Propafenone*	Apotex	100	52,27	➡ 0,5227
02457164	*Mylan-Propafenone*	Mylan	100	52,27	➡ 0,5227
02343061	*Propafenone*	Sanis	100	52,27	➡ 0,5227
00603716	*Rythmol*	BGP Pharma	100	165,86	1,6586

24:04.08
CARDIOTONIQUES

DIGOXINE Ⓟ

Co. 0,0625 mg

02335700	*Toloxin*	Pendopharm	250	51,61	0,2064

Co. 0,125 mg

02335719	*Toloxin*	Pendopharm	250	51,50	0,2060

Sol. Orale 0,05 mg/mL

02242320	*Toloxin*	Pendopharm	115 ml	42,45	0,3691

MILRINONE (LACTATE DE) Ⓟ

Sol. Inj. I.V. 1 mg/mL **PPB**

02470047	*Milrinone Lactate Injection*	Aurobindo	10 ml	➡ 39,78	
			20 ml	➡ 79,56	
02244622	*Milrinone Lactate Injection*	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	*Cholestyramine-Odan*	Odan	30	11,08	➡ 0,3692
02478595	*Jamp-Cholestyramine*	Jamp	30	11,08	➡ 0,3692
02494531	*Jamp-Cholestyramine*	Jamp	30	11,08	➡ 0,3692
02210320	*Olestyr*	Phmscience	30	11,08	➡ 0,3692
00890960	*Olestyr sans sucre*	Phmscience	30	11,08	➡ 0,3692

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

COLESTIPOL (CHLORHYDRATE DE) R

Pd. Orale — 5 g de colestipol/sac.

00642975	*Colestid*	Pfizer	30	25,85	0,8617

24:06.05
INHIBITEURS DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL

ÉZÉTIMIBE R

Co. — 10 mg **PPB**

02425610	*ACH-Ezetimibe*	Accord	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02475898	*AG-Ezetimibe*	Angita	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02427826	*Apo-Ezetimibe*	Apotex	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02469286	*Auro-Ezetimibe*	Aurobindo	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02425211	*Bio-Ezetimibe*	Biomed	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02422549	*Ezetimibe*	Pro Doc	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02478544	*Ezetimibe*	Riva	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02431300	*Ezetimibe*	Sanis	100	18,11	➡	0,1811
02429659	*Ezetimibe*	Sivem	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02247521	*Ezetrol*	Organon	30	52,20		1,7400
02460750	*GLN-Ezetimide*	Glenmark	100	18,11	➡	0,1811
02423235	*Jamp-Ezetimibe*	Jamp	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02422662	*Mar-Ezetimibe*	Marcan	100	18,11	➡	0,1811
			500	90,55	➡	0,1811
02467437	*M-Ezetimibe*	Mantra Ph.	30	5,43	➡	0,1811
			500	90,55	➡	0,1811
02423243	*Mint-Ezetimibe*	Mint	100	18,11	➡	0,1811
02481669	*NRA-Ezetimide*	Nora	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02416409	*pms-Ezetimibe*	Phmscience	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02425238	*Priva-Ezetimide*	Pharmapar	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02419548	*Ran-Ezetimibe*	Ranbaxy	100	18,11	➡	0,1811
			500	90,55	➡	0,1811
02416778	*Sandoz Ezetimibe*	Sandoz	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02354101	*Teva-Ezetimibe*	Teva Can	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:06.06
FIBRATES

BÉZAFIBRATE

Co. L.A. — 400 mg **PPB**

*	02083523	*Bezalip S.R.*	Aralez	30	20,27	➡ 0,6758
*	02453312	*Jamp-Bezafibrate SR*	Jamp	30	20,27	➡ 0,6758

FÉNOFIBRATE (MICROENROBÉ)

Co. — 100 mg

*	02246859	*AA-Feno Super*	AA Pharma	100	54,06	0,5406

FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ OU MICROENROBÉ OU MICRONISÉ)

Co. ou Caps. — 145 mg ou 160 mg ou 200 mg **PPB**

*	02246860	*AA-Feno Super*	AA Pharma	100	27,22	➡ 0,2722
	02239864	*Feno-Micro (200 mg)*	AA Pharma	100	27,22	➡ 0,2722
	02269082	*Lipidil EZ (145 mg)*	BGP Pharma	30	32,16	1,0720
	02241602	*Lipidil Supra (160 mg)*	Fournier	30	37,27	1,2423
	02390701	*Sandoz Fenofibrate E (145 mg)*	Sandoz	100	27,22	➡ 0,2722
	02288052	*Sandoz Fenofibrate S (160 mg)*	Sandoz	90	24,50	➡ 0,2722
	02454696	*Taro-Fenofibrate E (145 mg)*	Sun Pharma	100	27,22	➡ 0,2722

FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ)

Co. — 48 mg **PPB**

02269074	*Lipidil EZ*	BGP Pharma	30	12,56	0,4187
02390698	*Sandoz Fenofibrate E*	Sandoz	30	10,68	➡ 0,3560

GEMFIBROZIL

Co. — 600 mg

02142074	*Teva-Gemfibrozil*	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	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	58,02	➡ 0,5802
02273233	*Caduet*	Upjohn	90	67,96	0,7551

Co. — 5 mg - 20 mg **PPB**

02411261	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	68,42	➡ 0,6842
02273241	*Caduet*	Upjohn	90	77,32	0,8591

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			5 mg - 40 mg	**PPB**	
02411288	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	72,32	➡ 0,7232
02273268	*Caduet*	Upjohn	90	80,83	0,8981
Co.			5 mg - 80 mg	**PPB**	
02411296	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	72,32	➡ 0,7232
02273276	*Caduet*	Upjohn	90	80,83	0,8981
Co.			10 mg -10 mg	**PPB**	
02411318	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	61,25	➡ 0,6125
02273284	*Caduet*	Upjohn	90	82,75	0,9194
Co.			10 mg - 20 mg	**PPB**	
02411326	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	76,36	➡ 0,7636
02273292	*Caduet*	Upjohn	90	92,11	1,0234
Co.			10 mg - 40 mg	**PPB**	
02411334	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	80,00	➡ 0,8000
02273306	*Caduet*	Upjohn	90	95,62	1,0624
Co.			10 mg - 80 mg	**PPB**	
02411342	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	80,00	➡ 0,8000
02273314	*Caduet*	Upjohn	90	95,62	1,0624

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ATORVASTATINE CALCIQUE ℞

Co. 10 mg **PPB**

02457741	*ACH-Atorvastatin*	Accord	90	15,69	➡	0,1743
02478145	*AG-Atorvastatin*	Angita	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02295261	*Apo-Atorvastatin*	Apotex	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02476940	*Atorvastatin*	Altamed	500	87,15	➡	0,1743
02506076	*Atorvastatin*	Angita	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02496607	*Atorvastatin*	Nora	500	87,15	➡	0,1743
02346486	*Atorvastatin*	Pro Doc	500	87,15	➡	0,1743
02475022	*Atorvastatin*	Riva	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02348705	*Atorvastatin*	Sanis	500	87,15	➡	0,1743
02411350	*Atorvastatin-10*	Sivem	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02407256	*Auro-Atorvastatin*	Aurobindo	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02481189	*Bio-Atorvastatin*	Biomed	500	87,15	➡	0,1743
02503387	*Jamp Atorvastatin*	Jamp	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02504197	*Jamp Atorvastatin Calcium*	Jamp	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02391058	*Jamp-Atorvastatin*	Jamp	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02230711	*Lipitor*	Upjohn	90	155,69		1,7299
02454017	*Mar-Atorvastatin*	Marcan	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02471167	*M-Atorvastatin*	Mantra Ph.	500	87,15	➡	0,1743
02479508	*Mint-Atorvastatin*	Mint	500	87,15	➡	0,1743
02392933	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02476517	*NRA-Atorvastatin*	Nora	500	87,15	➡	0,1743
02399377	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02477149	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02507234	*pmsc-Atorvastatin*	Phmscience	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02482886	*Priva-Atorvastatin*	Pharmapar	500	87,15	➡	0,1743
02417936	*Reddy-Atorvastatin*	Dr Reddy's	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02422751	*Riva-Atorvastatin*	Riva	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02324946	*Sandoz Atorvastatin*	Sandoz	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02313707	*Taro-Atorvastatin*	Sun Pharma	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02310899	*Teva-Atorvastatin*	Teva Can	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
02457768	*ACH-Atorvastatin*	Accord	90	19,61	➡ 0,2179
02478153	*AG-Atorvastatin*	Angita	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02295288	*Apo-Atorvastatin*	Apotex	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02476959	*Atorvastatin*	Altamed	500	108,95	➡ 0,2179
02506084	*Atorvastatin*	Angita	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02496615	*Atorvastatin*	Nora	500	108,95	➡ 0,2179
02346494	*Atorvastatin*	Pro Doc	500	108,95	➡ 0,2179
02475030	*Atorvastatin*	Riva	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02348713	*Atorvastatin*	Sanis	500	108,95	➡ 0,2179
02411369	*Atorvastatin-20*	Sivem	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02407264	*Auro-Atorvastatin*	Aurobindo	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02481197	*Bio-Atorvastatin*	Biomed	500	108,95	➡ 0,2179
02503395	*Jamp Atorvastatin*	Jamp	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02504200	*Jamp Atorvastatin Calcium*	Jamp	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02391066	*Jamp-Atorvastatin*	Jamp	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02230713	*Lipitor*	Upjohn	90	194,62	2,1624
02454025	*Mar-Atorvastatin*	Marcan	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02471175	*M-Atorvastatin*	Mantra Ph.	500	108,95	➡ 0,2179
02479516	*Mint-Atorvastatin*	Mint	500	108,95	➡ 0,2179
02392941	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02476525	*NRA-Atorvastatin*	Nora	500	108,95	➡ 0,2179
02399385	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02477157	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02507242	*pmsc-Atorvastatin*	Phmscience	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02482894	*Priva-Atorvastatin*	Pharmapar	500	108,95	➡ 0,2179
02417944	*Reddy-Atorvastatin*	Dr Reddy's	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02422778	*Riva-Atorvastatin*	Riva	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02324954	*Sandoz Atorvastatin*	Sandoz	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02313715	*Taro-Atorvastatin*	Sun Pharma	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02310902	*Teva-Atorvastatin*	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	*ACH-Atorvastatin*	Accord	90	21,08	0,2342
02478161	*AG-Atorvastatin*	Angita	100	23,42	0,2342
			500	117,10	0,2342
02295296	*Apo-Atorvastatin*	Apotex	100	23,42	0,2342
			500	117,10	0,2342
02476967	*Atorvastatin*	Altamed	500	117,10	0,2342
02506092	*Atorvastatin*	Angita	30	7,03	0,2342
			500	117,10	0,2342
02496623	*Atorvastatin*	Nora	500	117,10	0,2342
02346508	*Atorvastatin*	Pro Doc	500	117,10	0,2342
02475049	*Atorvastatin*	Riva	30	7,03	0,2342
			500	117,10	0,2342
02348721	*Atorvastatin*	Sanis	500	117,10	0,2342
02411377	*Atorvastatin-40*	Sivem	100	23,42	0,2342
			500	117,10	0,2342
02407272	*Auro-Atorvastatin*	Aurobindo	90	21,08	0,2342
			500	117,10	0,2342
02481200	*Bio-Atorvastatin*	Biomed	500	117,10	0,2342
02503409	*Jamp Atorvastatin*	Jamp	100	23,42	0,2342
			500	117,10	0,2342
02504219	*Jamp Atorvastatin Calcium*	Jamp	30	7,03	0,2342
			500	117,10	0,2342
02391074	*Jamp-Atorvastatin*	Jamp	90	21,08	0,2342
			500	117,10	0,2342
02230714	*Lipitor*	Upjohn	90	209,22	2,3247
02454033	*Mar-Atorvastatin*	Marcan	100	23,42	0,2342
			500	117,10	0,2342
02471183	*M-Atorvastatin*	Mantra Ph.	500	117,10	0,2342
02479524	*Mint-Atorvastatin*	Mint	500	117,10	0,2342
02392968	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	21,08	0,2342
			500	117,10	0,2342
02476533	*NRA-Atorvastatin*	Nora	500	117,10	0,2342
02399393	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	23,42	0,2342
			500	117,10	0,2342
02477165	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	23,42	0,2342
			500	117,10	0,2342
02507250	*pmsc-Atorvastatin*	Phmscience	90	21,08	0,2342
			500	117,10	0,2342
02482908	*Priva-Atorvastatin*	Pharmapar	500	117,10	0,2342
02417952	*Reddy-Atorvastatin*	Dr Reddy's	90	21,08	0,2342
			500	117,10	0,2342
02422786	*Riva-Atorvastatin*	Riva	30	7,03	0,2342
			500	117,10	0,2342
02324962	*Sandoz Atorvastatin*	Sandoz	30	7,03	0,2342
			500	117,10	0,2342
02313723	*Taro-Atorvastatin*	Sun Pharma	90	21,08	0,2342
			500	117,10	0,2342
02310910	*Teva-Atorvastatin*	Teva Can	30	7,03	0,2342
			500	117,10	0,2342

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				80 mg **PPB**	
02457784	*ACH-Atorvastatin*	Accord	90	21,08	➡ 0,2342
02478188	*AG-Atorvastatin*	Angita	100	23,42	➡ 0,2342
02295318	*Apo-Atorvastatin*	Apotex	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02476975	*Atorvastatin*	Altamed	100	23,42	➡ 0,2342
02506106	*Atorvastatin*	Angita	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02496631	*Atorvastatin*	Nora	100	23,42	➡ 0,2342
02346516	*Atorvastatin*	Pro Doc	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02475057	*Atorvastatin*	Riva	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02348748	*Atorvastatin*	Sanis	100	23,42	➡ 0,2342
02411385	*Atorvastatin-80*	Sivem	100	23,42	➡ 0,2342
02407280	*Auro-Atorvastatin*	Aurobindo	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02481219	*Bio-Atorvastatin*	Biomed	100	23,42	➡ 0,2342
02503417	*Jamp Atorvastatin*	Jamp	100	23,42	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02504235	*Jamp Atorvastatin Calcium*	Jamp	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02391082	*Jamp-Atorvastatin*	Jamp	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02243097	*Lipitor*	Upjohn	30	69,74	2,3247
02454041	*Mar-Atorvastatin*	Marcan	100	23,42	➡ 0,2342
02471191	*M-Atorvastatin*	Mantra Ph.	90	21,08	➡ 0,2342
02392976	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	21,08	➡ 0,2342
02476541	*NRA-Atorvastatin*	Nora	100	23,42	➡ 0,2342
02399407	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	23,42	➡ 0,2342
02477173	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	23,42	➡ 0,2342
02507269	*pmsc-Atorvastatin*	Phmscience	90	21,08	➡ 0,2342
02482916	*Priva-Atorvastatin*	Pharmapar	500	117,10	➡ 0,2342
02417960	*Reddy-Atorvastatin*	Dr Reddy's	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02422794	*Riva-Atorvastatin*	Riva	30	7,03	➡ 0,2342
			90	21,08	➡ 0,2342
02324970	*Sandoz Atorvastatin*	Sandoz	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02313758	*Taro-Atorvastatin*	Sun Pharma	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02310929	*Teva-Atorvastatin*	Teva Can	30	7,03	➡ 0,2342
			90	21,08	➡ 0,2342

FLUVASTATINE SODIQUE 🅿

Caps.				20 mg	
02299224	*Teva Fluvastatin*	Teva Can	100	22,02	0,2202

Caps.				40 mg	
02299232	*Teva Fluvastatin*	Teva Can	100	30,92	0,3092

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				80 mg	
02250527	*Lescol XL*	Novartis	28	40,01	1,4289

LOVASTATINE 🅿

Co.				20 mg **PPB**	
02248572	*Co Lovastatin*	Cobalt	30	14,76	➡ 0,4919
			500	245,94	➡ 0,4919
* 02220172	*Lovastatin*	AA Pharma	100	49,19	**R**

Co.				40 mg **PPB**	
02248573	*Co Lovastatin*	Cobalt	30	26,96	➡ 0,8985
			100	89,85	➡ 0,8985
* 02220180	*Lovastatin*	AA Pharma	100	89,85	**R**

PRAVASTATINE SODIQUE 🅿

Co.				10 mg **PPB**	
02440644	*ACH-Pravastatin*	Accord	100	29,16	➡ 0,2916
02476142	*AG-Pravastatin*	Angita	100	29,16	➡ 0,2916
02243506	*Apo-Pravastatin*	Apotex	30	8,75	➡ 0,2916
			100	29,16	➡ 0,2916
02458977	*Auro-Pravastatin*	Aurobindo	100	29,16	➡ 0,2916
02446251	*Bio-Pravastatin*	Biomed	100	29,16	➡ 0,2916
02330954	*Jamp-Pravastatin*	Jamp	30	8,75	➡ 0,2916
			100	29,16	➡ 0,2916
02432048	*Mar-Pravastatin*	Marcan	100	29,16	➡ 0,2916
02317451	*Mint-Pravastatin*	Mint	30	8,75	➡ 0,2916
			100	29,16	➡ 0,2916
02476274	*M-Pravastatin*	Mantra Ph.	100	29,16	➡ 0,2916
02247655	*pms-Pravastatin*	Phmscience	100	29,16	➡ 0,2916
02356546	*Pravastatin*	Sanis	30	8,75	➡ 0,2916
			100	29,16	➡ 0,2916
02389703	*Pravastatin*	Sivem	30	8,75	➡ 0,2916
			100	29,16	➡ 0,2916
02243824	*Pravastatin-10*	Pro Doc	30	8,75	➡ 0,2916
02445379	*Priva-Pravastatin*	Pharmapar	100	29,16	➡ 0,2916
02284421	*Ran-Pravastatin*	Ranbaxy	30	8,75	➡ 0,2916
			100	29,16	➡ 0,2916
02468700	*Sandoz Pravastatin*	Sandoz	100	29,16	➡ 0,2916
02247008	*Teva-Pravastatin*	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	*ACH-Pravastatin*	Accord	100	34,40	0,3440
02476150	*AG-Pravastatin*	Angita	100	34,40	0,3440
02243507	*Apo-Pravastatin*	Apotex	30	10,32	0,3440
			100	34,40	0,3440
02458985	*Auro-Pravastatin*	Aurobindo	100	34,40	0,3440
02446278	*Bio-Pravastatin*	Biomed	100	34,40	0,3440
			500	172,00	0,3440
02330962	*Jamp-Pravastatin*	Jamp	30	10,32	0,3440
			100	34,40	0,3440
02432056	*Mar-Pravastatin*	Marcan	100	34,40	0,3440
02317478	*Mint-Pravastatin*	Mint	30	10,32	0,3440
			100	34,40	0,3440
02476282	*M-Pravastatin*	Mantra Ph.	30	10,32	0,3440
			100	34,40	0,3440
02247656	*pms-Pravastatin*	Phmscience	100	34,40	0,3440
02356554	*Pravastatin*	Sanis	30	10,32	0,3440
			100	34,40	0,3440
02389738	*Pravastatin*	Sivem	30	10,32	0,3440
			100	34,40	0,3440
02243825	*Pravastatin-20*	Pro Doc	30	10,32	0,3440
			100	34,40	0,3440
02445395	*Priva-Pravastatin*	Pharmapar	100	34,40	0,3440
			500	172,00	0,3440
02284448	*Ran-Pravastatin*	Ranbaxy	30	10,32	0,3440
			100	34,40	0,3440
02468719	*Sandoz Pravastatin*	Sandoz	100	34,40	0,3440
02247009	*Teva-Pravastatin*	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	*ACH-Pravastatin*	Accord	100	41,43	0,4143
02476169	*AG-Pravastatin*	Angita	100	41,43	0,4143
02243508	*Apo-Pravastatin*	Apotex	30	12,43	0,4143
			100	41,43	0,4143
02458993	*Auro-Pravastatin*	Aurobindo	100	41,43	0,4143
02446286	*Bio-Pravastatin*	Biomed	100	41,43	0,4143
			500	207,15	0,4143
02330970	*Jamp-Pravastatin*	Jamp	30	12,43	0,4143
			100	41,43	0,4143
02432064	*Mar-Pravastatin*	Marcan	100	41,43	0,4143
02317486	*Mint-Pravastatin*	Mint	30	12,43	0,4143
			100	41,43	0,4143
02476290	*M-Pravastatin*	Mantra Ph.	30	12,43	0,4143
			100	41,43	0,4143
02247657	*pms-Pravastatin*	Phmscience	100	41,43	0,4143
02356562	*Pravastatin*	Sanis	30	12,43	0,4143
			100	41,43	0,4143
02389746	*Pravastatin*	Sivem	30	12,43	0,4143
			100	41,43	0,4143
02243826	*Pravastatin-40*	Pro Doc	30	12,43	0,4143
			100	41,43	0,4143
02445409	*Priva-Pravastatin*	Pharmapar	100	41,43	0,4143
			500	207,15	0,4143
02284456	*Ran-Pravastatin*	Ranbaxy	30	12,43	0,4143
			100	41,43	0,4143
02468727	*Sandoz Pravastatin*	Sandoz	100	41,43	0,4143
02247010	*Teva-Pravastatin*	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	*ACH-Rosuvastatin*	Accord	90	11,55	0,1283
			500	64,17	0,1283
02477033	*AG-Rosuvastatin*	Angita	100	12,83	0,1283
02500132	*AG-Rosuvastatin Calcium*	Angita	30	3,85	0,1283
			500	64,17	0,1283
02337975	*Apo-Rosuvastatin*	Apotex	30	3,85	0,1283
			500	64,17	0,1283
02442574	*Auro-Rosuvastatin*	Aurobindo	30	3,85	0,1283
			500	64,17	0,1283
02444968	*Bio-Rosuvastatin*	Biomed	90	11,55	0,1283
02265540	*Crestor*	AZC	30	38,70	1,2900
02498332	*Jamp Rosuvastatin Calcium*	Jamp	30	3,85	0,1283
			500	64,17	0,1283
02391252	*Jamp-Rosuvastatin*	Jamp	100	12,83	0,1283
			500	64,17	0,1283
02413051	*Mar-Rosuvastatin*	Marcan	100	12,83	0,1283
			500	64,17	0,1283
02399164	*Med-Rosuvastatin*	GMP	30	3,85	0,1283
			100	12,83	0,1283
02496534	*M-Rosuvastatin*	Mantra Ph.	500	64,17	0,1283
02477483	*NRA-Rosuvastatin*	Nora	500	64,17	0,1283
02378523	*pms-Rosuvastatin*	Phmscience	30	3,85	0,1283
			500	64,17	0,1283
02445417	*Priva-Rosuvastatin*	Pharmapar	100	12,83	0,1283
02505576	*PRZ-Rosuvastatin*	Pharmaris	90	11,55	0,1283
			500	64,17	0,1283
02380013	*Riva-Rosuvastatin*	Riva	30	3,85	0,1283
			100	12,83	0,1283
02496054	*Rosuvastatin*	Nora	500	64,17	0,1283
02381176	*Rosuvastatin*	Pro Doc	30	3,85	0,1283
			100	12,83	0,1283
02405628	*Rosuvastatin*	Sanis	100	12,83	0,1283
			500	64,17	0,1283
02411628	*Rosuvastatin*	Sivem	30	3,85	0,1283
			500	64,17	0,1283
02338726	*Sandoz Rosuvastatin*	Sandoz	30	3,85	0,1283
			500	64,17	0,1283
02382644	*Taro-Rosuvastatin*	Sun Pharma	100	12,83	0,1283
			500	64,17	0,1283
02354608	*Teva Rosuvastatin*	Teva Can	30	3,85	0,1283
			500	64,17	0,1283

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg **PPB**	
02438925	*ACH-Rosuvastatin*	Accord	90	12,18	0,1353
			500	67,67	0,1353
02477041	*AG-Rosuvastatin*	Angita	100	13,53	0,1353
			500	67,67	0,1353
02500140	*AG-Rosuvastatin Calcium*	Angita	30	4,06	0,1353
			500	67,67	0,1353
02337983	*Apo-Rosuvastatin*	Apotex	30	4,06	0,1353
			500	67,67	0,1353
02442582	*Auro-Rosuvastatin*	Aurobindo	30	4,06	0,1353
			500	67,67	0,1353
02444976	*Bio-Rosuvastatin*	Biomed	90	12,18	0,1353
			500	67,67	0,1353
02247162	*Crestor*	AZC	30	40,80	1,3600
02498340	*Jamp Rosuvastatin Calcium*	Jamp	30	4,06	0,1353
			500	67,67	0,1353
02391260	*Jamp-Rosuvastatin*	Jamp	100	13,53	0,1353
			500	67,67	0,1353
02413078	*Mar-Rosuvastatin*	Marcan	100	13,53	0,1353
			500	67,67	0,1353
02399172	*Med-Rosuvastatin*	GMP	30	4,06	0,1353
			100	13,53	0,1353
02496542	*M-Rosuvastatin*	Mantra Ph.	500	67,67	0,1353
02477491	*NRA-Rosuvastatin*	Nora	500	67,67	0,1353
02378531	*pms-Rosuvastatin*	Phmscience	30	4,06	0,1353
			500	67,67	0,1353
02445425	*Priva-Rosuvastatin*	Pharmapar	100	13,53	0,1353
			500	67,67	0,1353
02505584	*PRZ-Rosuvastatin*	Pharmaris	90	12,18	0,1353
			500	67,67	0,1353
02380056	*Riva-Rosuvastatin*	Riva	30	4,06	0,1353
			500	67,67	0,1353
02496089	*Rosuvastatin*	Nora	500	67,67	0,1353
02381184	*Rosuvastatin*	Pro Doc	30	4,06	0,1353
			500	67,67	0,1353
02405636	*Rosuvastatin*	Sanis	500	67,67	0,1353
02411636	*Rosuvastatin*	Sivem	30	4,06	0,1353
			500	67,67	0,1353
02338734	*Sandoz Rosuvastatin*	Sandoz	30	4,06	0,1353
			500	67,67	0,1353
02382652	*Taro-Rosuvastatin*	Sun Pharma	100	13,53	0,1353
			500	67,67	0,1353
02354616	*Teva Rosuvastatin*	Teva Can	30	4,06	0,1353
			500	67,67	0,1353

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
02438933	*ACH-Rosuvastatin*	Accord	90	15,23	0,1692
			500	84,60	0,1692
02477068	*AG-Rosuvastatin*	Angita	100	16,92	0,1692
			500	84,60	0,1692
02500159	*AG-Rosuvastatin Calcium*	Angita	30	5,08	0,1692
02337991	*Apo-Rosuvastatin*	Apotex	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02442590	*Auro-Rosuvastatin*	Aurobindo	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02444984	*Bio-Rosuvastatin*	Biomed	90	15,23	0,1692
			500	84,60	0,1692
02247163	*Crestor*	AZC	30	51,00	1,7000
02498359	*Jamp Rosuvastatin Calcium*	Jamp	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02391279	*Jamp-Rosuvastatin*	Jamp	100	16,92	0,1692
			500	84,60	0,1692
02413086	*Mar-Rosuvastatin*	Marcan	100	16,92	0,1692
			500	84,60	0,1692
02399180	*Med-Rosuvastatin*	GMP	30	5,08	0,1692
			100	16,92	0,1692
02496550	*M-Rosuvastatin*	Mantra Ph.	500	84,60	0,1692
02477505	*NRA-Rosuvastatin*	Nora	500	84,60	0,1692
02378558	*pms-Rosuvastatin*	Phmscience	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02445433	*Priva-Rosuvastatin*	Pharmapar	100	16,92	0,1692
			500	84,60	0,1692
02505592	*PRZ-Rosuvastatin*	Pharmaris	90	15,23	0,1692
			500	84,60	0,1692
02380064	*Riva-Rosuvastatin*	Riva	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02496070	*Rosuvastatin*	Nora	500	84,60	0,1692
02381192	*Rosuvastatin*	Pro Doc	30	5,08	0,1692
			100	16,92	0,1692
02405644	*Rosuvastatin*	Sanis	500	84,60	0,1692
02411644	*Rosuvastatin*	Sivem	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02338742	*Sandoz Rosuvastatin*	Sandoz	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02382660	*Taro-Rosuvastatin*	Sun Pharma	100	16,92	0,1692
			500	84,60	0,1692
02354624	*Teva Rosuvastatin*	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	*ACH-Rosuvastatin*	Accord	90	17,91	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02477076	*AG-Rosuvastatin*	Angita	100	19,90	➡ 0,1990
02500167	*AG-Rosuvastatin Calcium*	Angita	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02338009	*Apo-Rosuvastatin*	Apotex	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02442604	*Auro-Rosuvastatin*	Aurobindo	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02444992	*Bio-Rosuvastatin*	Biomed	90	17,91	➡ 0,1990
02247164	*Crestor*	AZC	30	59,70	1,9900
02498367	*Jamp Rosuvastatin Calcium*	Jamp	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02391287	*Jamp-Rosuvastatin*	Jamp	100	19,90	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02413108	*Mar-Rosuvastatin*	Marcan	100	19,90	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02399199	*Med-Rosuvastatin*	GMP	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02496569	*M-Rosuvastatin*	Mantra Ph.	100	19,90	➡ 0,1990
02477513	*NRA-Rosuvastatin*	Nora	500	99,50	➡ 0,1990
02378566	*pms-Rosuvastatin*	Phmscience	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02505606	*PRZ-Rosuvastatin*	Pharmaris	90	17,91	➡ 0,1990
02380102	*Riva-Rosuvastatin*	Riva	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02381206	*Rosuvastatin*	Pro Doc	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02405652	*Rosuvastatin*	Sanis	100	19,90	➡ 0,1990
02411652	*Rosuvastatin*	Sivem	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02338750	*Sandoz Rosuvastatin*	Sandoz	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02382679	*Taro-Rosuvastatin*	Sun Pharma	100	19,90	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02354632	*Teva Rosuvastatin*	Teva Can	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SIMVASTATINE ℙ

Co. 5 mg **PPB**

02480050	*AG-Simvastatin*	Angita	100	10,23	➡ 0,1023
02247011	*Apo-Simvastatin*	Apotex	100	10,23	➡ 0,1023
02405148	*Auro-Simvastatin*	Aurobindo	100	10,23	➡ 0,1023
02375591	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	100	10,23	➡ 0,1023
02375036	*Mar-Simvastatin*	Marcan	100	10,23	➡ 0,1023
02372932	*Mint-Simvastatin*	Mint	100	10,23	➡ 0,1023
02469979	*Pharma-Simvastatin*	Phmscience	30	3,07	➡ 0,1023
			100	10,23	➡ 0,1023
02269252	*pms-Simvastatin*	Phmscience	30	3,07	➡ 0,1023
			100	10,23	➡ 0,1023
02329131	*Ran-Simvastatin*	Ranbaxy	100	10,23	➡ 0,1023
02284723	*Simvastatin*	Sanis	100	10,23	➡ 0,1023
02386291	*Simvastatin*	Sivem	100	10,23	➡ 0,1023
02250144	*Teva-Simvastatin*	Teva Can	30	3,07	➡ 0,1023
			100	10,23	➡ 0,1023

Co. 10 mg **PPB**

02480069	*AG-Simvastatin*	Angita	100	20,23	➡ 0,2023
02247012	*Apo-Simvastatin*	Apotex	30	6,07	➡ 0,2023
			100	20,23	➡ 0,2023
02405156	*Auro-Simvastatin*	Aurobindo	100	20,23	➡ 0,2023
			500	101,15	➡ 0,2023
02484455	*Bio-Simvastatin*	Biomed	100	20,23	➡ 0,2023
			500	101,15	➡ 0,2023
02375605	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	30	6,07	➡ 0,2023
			500	101,15	➡ 0,2023
02375044	*Mar-Simvastatin*	Marcan	100	20,23	➡ 0,2023
			500	101,15	➡ 0,2023
02372940	*Mint-Simvastatin*	Mint	100	20,23	➡ 0,2023
02250152	*Novo-Simvastatin*	Novopharm	30	6,07	➡ 0,2023
			500	101,15	➡ 0,2023
02469987	*Pharma-Simvastatin*	Phmscience	100	20,23	➡ 0,2023
02269260	*pms-Simvastatin*	Phmscience	30	6,07	➡ 0,2023
			100	20,23	➡ 0,2023
02485745	*Priva-Simvastatin*	Pharmapar	100	20,23	➡ 0,2023
02329158	*Ran-Simvastatin*	Ranbaxy	30	6,07	➡ 0,2023
			100	20,23	➡ 0,2023
02284731	*Simvastatin*	Sanis	100	20,23	➡ 0,2023
02386305	*Simvastatin*	Sivem	30	6,07	➡ 0,2023
			100	20,23	➡ 0,2023
02247221	*Simvastatin-10*	Pro Doc	30	6,07	➡ 0,2023
			100	20,23	➡ 0,2023
00884332	*Zocor*	Organon	28	54,41	1,9432

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
02480077	*AG-Simvastatin*	Angita	100	25,01	0,2501
02247013	*Apo-Simvastatin*	Apotex	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
02405164	*Auro-Simvastatin*	Aurobindo	100	25,01	0,2501
			500	125,05	0,2501
02484463	*Bio-Simvastatin*	Biomed	100	25,01	0,2501
			500	125,05	0,2501
02375613	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	30	7,50	0,2501
			500	125,05	0,2501
02375052	*Mar-Simvastatin*	Marcan	100	25,01	0,2501
			500	125,05	0,2501
02372959	*Mint-Simvastatin*	Mint	100	25,01	0,2501
02250160	*Novo-Simvastatin*	Novopharm	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
02469995	*Pharma-Simvastatin*	Phmscience	100	25,01	0,2501
			500	125,05	0,2501
02269279	*pms-Simvastatin*	Phmscience	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
02485753	*Priva-Simvastatin*	Pharmapar	100	25,01	0,2501
02329166	*Ran-Simvastatin*	Ranbaxy	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
02284758	*Simvastatin*	Sanis	100	25,01	0,2501
02386313	*Simvastatin*	Sivem	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
02247222	*Simvastatin-20*	Pro Doc	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
00884340	*Zocor*	Organon	28	67,71	2,4182

Co.				40 mg **PPB**	
02480085	*AG-Simvastatin*	Angita	100	25,01	0,2501
02247014	*Apo-Simvastatin*	Apotex	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
02405172	*Auro-Simvastatin*	Aurobindo	100	25,01	0,2501
			500	125,05	0,2501
02484471	*Bio-Simvastatin*	Biomed	100	25,01	0,2501
02375621	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	30	7,50	0,2501
			500	125,05	0,2501
02375060	*Mar-Simvastatin*	Marcan	100	25,01	0,2501
02372967	*Mint-Simvastatin*	Mint	100	25,01	0,2501
02470004	*Pharma-Simvastatin*	Phmscience	100	25,01	0,2501
02269287	*pms-Simvastatin*	Phmscience	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
02485761	*Priva-Simvastatin*	Pharmapar	100	25,01	0,2501
02329174	*Ran-Simvastatin*	Ranbaxy	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
02284766	*Simvastatin*	Sanis	100	25,01	0,2501
02386321	*Simvastatin*	Sivem	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
02247223	*Simvastatin-40*	Pro Doc	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
02250179	*Teva-Simvastatin*	Teva Can	30	7,50	0,2501
			100	25,01	0,2501
00884359	*Zocor*	Organon	28	67,71	2,4182

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				80 mg **PPB**	
02480093	*AG-Simvastatin*	Angita	100	25,00	0,2500
02247015	*Apo-Simvastatin*	Apotex	30	7,50	0,2500
			100	25,00	0,2500
02405180	*Auro-Simvastatin*	Aurobindo	30	7,50	0,2500
			100	25,00	0,2500
02375648	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	100	25,00	0,2500
02375079	*Mar-Simvastatin*	Marcan	100	25,00	0,2500
02372975	*Mint-Simvastatin*	Mint	100	25,00	0,2500
02470012	*Pharma-Simvastatin*	Phmscience	30	7,50	0,2500
			100	25,00	0,2500
02269295	*pms-Simvastatin*	Phmscience	30	7,50	0,2500
			100	25,00	0,2500
02329182	*Ran-Simvastatin*	Ranbaxy	30	7,50	0,2500
			100	25,00	0,2500
02247224	*Simvastatin*	Pro Doc	30	7,50	0,2500
			100	25,00	0,2500
02284774	*Simvastatin*	Sanis	100	25,00	0,2500
02386348	*Simvastatin*	Sivem	30	7,50	0,2500
			100	25,00	0,2500
02250187	*Teva-Simvastatin*	Teva Can	30	7,50	0,2500
			100	25,00	0,2500

24:06.92
HYPOLIPÉMIANTS DIVERS
NIACINE

Co.				500 mg **PPB**	
00557412	*Jamp-Niacine*	Jamp	100	4,50	0,0450
			500	22,50	0,0450
01939130	*Niacine*	Odan	100	7,50	0,0750

24:08.16
AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES
CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co.				0,1 mg **PPB**	
02462192	*Mint-Clonidine*	Mint	100	6,79	0,0679
02515784	*Sandoz Clonidine*	Sandoz	100	6,79	0,0679
02046121	*Teva-Clonidine*	Teva Can	100	6,79	0,0679

Co.				0,2 mg **PPB**	
02462206	*Mint-Clonidine*	Mint	100	12,12	0,1212
02515792	*Sandoz Clonidine*	Sandoz	100	12,12	0,1212
02046148	*Teva-Clonidine*	Teva Can	100	12,12	0,1212

MÉTHYLDOPA 🅿

Co.				125 mg	
00360252	*Méthyldopa*	AA Pharma	100	9,89	0,0989

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				250 mg	
00360260	*Méthyldopa*	AA Pharma	100	14,33	0,1433
Co.				500 mg	
00426830	*Méthyldopa*	AA Pharma	100	25,37	0,2537

24:08.20
VASODILATATEURS À ACTION DIRECTE
DIAZOXIDE

Caps.				100 mg	
00503347	*Proglycem*	Merck	100	161,41	1,6141

HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D')

Co.				10 mg **PPB**	
00441619	*Apo-Hydralazine*	Apotex	100	3,55 ➡	0,0355
02457865	*Jamp-Hydralazine*	Jamp	100	3,55 ➡	0,0355
02468778	*Mint-Hydralazine*	Mint	100	3,55 ➡	0,0355
Co.				25 mg **PPB**	
00441627	*Apo-Hydralazine*	Apotex	100	6,09 ➡	0,0609
02457873	*Jamp-Hydralazine*	Jamp	100	6,09 ➡	0,0609
02468786	*Mint-Hydralazine*	Mint	100	6,09 ➡	0,0609

MINOXIDIL

Co.				2,5 mg	
00514497	*Loniten*	Pfizer	100	33,30	0,3330
Co.				10 mg	
00514500	*Loniten*	Pfizer	100	73,42	0,7342

24:12.08
NITRATES ET NITRITES
DINITRATE D'ISOSORBIDE

Co.				10 mg	
00441686	*Isdn*	AA Pharma	100	3,65	0,0365
Co.				30 mg	
00441694	*Isdn*	AA Pharma	100	8,57	0,0857

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ISOSORBIDE-5-MONONITRATE P

Co. L.A. 60 mg **PPB**

02272830	*Apo-ISMN*	Apotex	100	35,23	➡ 0,3523
02126559	*Imdur*	AZC	30	20,55	0,6850
			100	68,50	0,6850
02301288	*pms-ISMN*	Phmscience	30	10,57	➡ 0,3523
			100	35,23	➡ 0,3523
02311321	*Pro-ISMN-60*	Pro Doc	100	35,23	➡ 0,3523

TRINITRATE DE GLYCÉRYLE

Pulv. S.- Ling. 0,4 mg **PPB**

02243588	*Mylan-Nitro SL Spray*	Mylan	200 dose(s)	➡ 8,42	
02231441	*Nitrolingual Pompe*	SanofiAven	200 dose(s)	13,37	
02238998	*Rho-Nitro*	Sandoz	200 dose(s)	➡ 8,42	

Timbre cut. 0,2 mg/h **PPB**

02162806	*Minitran*	Valeant	30	13,39	➡ 0,4463
02407442	*Mylan-Nitro Patch 0.2*	Mylan	30	13,39	➡ 0,4463
01911910	*Nitro-Dur*	Dr Reddy's	30	13,39	➡ 0,4463
00584223	*Transderm-Nitro*	Novartis	30	18,77	0,6257
02230732	*Trinipatch*	Paladin	30	13,39	➡ 0,4463

Timbre cut. 0,4 mg/h **PPB**

02163527	*Minitran*	Valeant	30	14,11	➡ 0,4703
02407450	*Mylan-Nitro Patch 0.4*	Mylan	30	14,11	➡ 0,4703
01911902	*Nitro-Dur*	Dr Reddy's	30	14,11	➡ 0,4703
00852384	*Transderm-Nitro*	Novartis	30	21,20	0,7067
02230733	*Trinipatch*	Paladin	30	14,11	➡ 0,4703

Timbre cut. 0,6 mg/h **PPB**

02163535	*Minitran*	Valeant	30	14,11	➡ 0,4703
02407469	*Mylan-Nitro Patch 0.6*	Mylan	30	14,11	➡ 0,4703
01911929	*Nitro-Dur*	Dr Reddy's	30	14,11	➡ 0,4703
02046156	*Transderm-Nitro*	Novartis	30	21,20	0,7067
02230734	*Trinipatch*	Paladin	30	14,11	➡ 0,4703

Timbre cut. 0,8 mg/h **PPB**

02407477	*Mylan-Nitro Patch 0.8*	Mylan	30	26,23	➡ 0,8743
02011271	*Nitro-Dur*	Dr Reddy's	30	26,23	➡ 0,8743

TRINITRATE DE GLYCÉRYLE (STABILISÉ)

Co. S-Ling. 0,3 mg

00037613	*Nitrostat*	Upjohn	100	3,37	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. S-Ling. 0,6 mg

00037621	*Nitrostat*	Upjohn	100	3,52	

24:20
BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES

DOXAZOSINE (MÉSYLATE DE) P

Co. 1 mg **PPB**

02240588	*Apo-Doxazosin*	Apotex	100	14,16	➡	0,1416
02489937	*Jamp-Doxazosin*	Jamp	100	14,16	➡	0,1416
02242728	*Novo-Doxazosin*	Novopharm	100	14,16	➡	0,1416

Co. 2 mg **PPB**

02240589	*Apo-Doxazosin*	Apotex	100	16,99	➡	0,1699
02489945	*Jamp-Doxazosin*	Jamp	100	16,99	➡	0,1699
02242729	*Novo-Doxazosin*	Novopharm	100	16,99	➡	0,1699

Co. 4 mg **PPB**

02240590	*Apo-Doxazosin*	Apotex	100	22,09	➡	0,2209
02489953	*Jamp-Doxazosin*	Jamp	100	22,09	➡	0,2209
02242730	*Novo-Doxazosin*	Novopharm	100	22,09	➡	0,2209

PRAZOSIN (CHLORHYDRATE DE) P

Co. 1 mg

01934198	*Novo-Prazin*	Novopharm	100	13,71	0,1371

Co. 2 mg

01934201	*Novo-Prazin*	Novopharm	100	18,62	0,1862

Co. 5 mg

01934228	*Novo-Prazin*	Novopharm	100	25,60	0,2560

TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. 1 mg **PPB**

02234502	*Apo-Terazosin*	Apotex	100	18,35	➡	0,1835
02243518	*pms-Terazosin*	Phmscience	100	18,35	➡	0,1835
02230805	*Teva-Terazosin*	Teva Can	100	18,35	➡	0,1835

Co. 2 mg **PPB**

02234503	*Apo-Terazosin*	Apotex	100	23,33	➡	0,2333
02243519	*pms-Terazosin*	Phmscience	100	23,33	➡	0,2333
02237477	*Terazosin-2*	Pro Doc	100	23,33	➡	0,2333
02230806	*Teva-Terazosin*	Teva Can	100	23,33	➡	0,2333

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. 5 mg **PPB**

02234504	*Apo-Terazosin*	Apotex	100	31,68	0,3168
02243520	*pms-Terazosin*	Phmscience	100	31,68	0,3168
02237478	*Terazosin-5*	Pro Doc	100	31,68	0,3168
02230807	*Teva-Terazosin*	Teva Can	100	31,68	0,3168

Co. 10 mg **PPB**

02234505	*Apo-Terazosin*	Apotex	100	46,37	0,4637
02243521	*pms-Terazosin*	Phmscience	100	46,37	0,4637
02230808	*Teva-Terazosin*	Teva Can	100	46,37	0,4637

24:24
BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')

Co. 100 mg **PPB**

02164396	*Acebutolol-100*	Pro Doc	100	7,87	0,0787
02147602	*Apo-Acébutolol*	Apotex	100	7,87	0,0787
			500	39,33	0,0787
02204517	*Novo-Acebutolol*	Novopharm	100	7,87	0,0787

Co. 200 mg **PPB**

02164418	*Acebutolol-200*	Pro Doc	100	11,77	0,1177
02147610	*Apo-Acébutolol*	Apotex	100	11,77	0,1177
			500	58,85	0,1177
02204525	*Novo-Acebutolol*	Novopharm	100	11,77	0,1177

Co. 400 mg **PPB**

02164426	*Acebutolol-400*	Pro Doc	100	24,66	0,2466
02147629	*Apo-Acébutolol*	Apotex	100	24,66	0,2466
02204533	*Novo-Acebutolol*	Novopharm	100	24,66	0,2466

ATÉNOLOL

Co. 25 mg **PPB**

02369176	*AG-Atenolol*	Angita	100	5,21	0,0521
02326701	*Atenolol*	Pro Doc	100	5,21	0,0521
			500	26,05	0,0521
02392194	*Bio-Atenolol*	Biomed	100	5,21	0,0521
02367556	*Jamp-Atenolol*	Jamp	100	5,21	0,0521
02371979	*Mar-Atenolol*	Marcan	100	5,21	0,0521
			500	26,05	0,0521
02368013	*Mint-Atenol*	Mint	100	5,21	0,0521
02246581	*pms-Atenolol*	Phmscience	100	5,21	0,0521
			500	26,05	0,0521
02373963	*Ran-Atenolol*	Ranbaxy	100	5,21	0,0521
02277379	*Riva-Atenolol*	Riva	100	5,21	0,0521
			500	26,05	0,0521
02266660	*Teva-Atenol*	Teva Can	100	5,21	0,0521

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg **PPB**	
02369184	*AG-Atenolol*	Angita	100	11,07 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
00773689	*Apo-Atenol*	Apotex	30	3,32 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
02466465	*Atenolol*	Sanis	100	11,07 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
02238316	*Atenolol*	Sivem	30	3,32 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
00828807	*Aténolol-50*	Pro Doc	30	3,32 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
02392178	*Bio-Atenolol*	Biomed	30	3,32 ➡	0,1107
			100	11,07 ➡	0,1107
02367564	*Jamp-Atenolol*	Jamp	30	3,32 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
02371987	*Mar-Atenolol*	Marcan	30	3,32 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
02368021	*Mint-Atenol*	Mint	30	3,32 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
02237600	*pms-Atenolol*	Phmscience	30	3,32 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
02267985	*Ran-Atenolol*	Ranbaxy	30	3,32 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
02242094	*Riva-Atenolol*	Riva	30	3,32 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107
02039532	*Tenormin*	AZC	30	17,91	0,5970
02171791	*Teva-Atenolol*	Teva Can	100	11,07 ➡	0,1107
			500	55,35 ➡	0,1107

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg **PPB**	
02369192	*AG-Atenolol*	Angita	100	18,21	➡ 0,1821
00773697	*Apo-Atenol*	Apotex	30	5,46	➡ 0,1821
			100	18,21	➡ 0,1821
02466473	*Atenolol*	Sanis	100	18,21	➡ 0,1821
02238318	*Atenolol*	Sivem	30	5,46	➡ 0,1821
			100	18,21	➡ 0,1821
00828793	*Aténolol-100*	Pro Doc	30	5,46	➡ 0,1821
			100	18,21	➡ 0,1821
02392186	*Bio-Atenolol*	Biomed	30	5,46	➡ 0,1821
			100	18,21	➡ 0,1821
02367572	*Jamp-Atenolol*	Jamp	30	5,46	➡ 0,1821
			500	91,05	➡ 0,1821
02371995	*Mar-Atenolol*	Marcan	30	5,46	➡ 0,1821
			500	91,05	➡ 0,1821
02368048	*Mint-Atenol*	Mint	30	5,46	➡ 0,1821
			100	18,21	➡ 0,1821
02237601	*pms-Atenolol*	Phmscience	30	5,46	➡ 0,1821
			500	91,05	➡ 0,1821
02267993	*Ran-Atenolol*	Ranbaxy	30	5,46	➡ 0,1821
			500	91,05	➡ 0,1821
02242093	*Riva-Atenolol*	Riva	30	5,46	➡ 0,1821
			500	91,05	➡ 0,1821
02039540	*Tenormin*	AZC	30	29,44	0,9813
02171805	*Teva-Atenolol*	Teva Can	100	18,21	➡ 0,1821
			500	91,05	➡ 0,1821

BISOPROLOL (FUMARATE DE) 🅿

Co.				5 mg **PPB**	
02521156	*AG-Bisoprolol*	Angita	100	7,15	➡ 0,0715
02256134	*Apo-Bisoprolol*	Apotex	100	7,15	➡ 0,0715
02391589	*Bisoprolol*	Sanis	100	7,15	➡ 0,0715
02383055	*Bisoprolol*	Sivem	100	7,15	➡ 0,0715
02495562	*Bisoprolol*	Sivem	100	7,15	➡ 0,0715
02518805	*Jamp Bisoprolol*	Jamp	100	7,15	➡ 0,0715
02465612	*Mint-Bisoprolol*	Mint	100	7,15	➡ 0,0715
02267470	*Novo-Bisoprolol*	Novopharm	100	7,15	➡ 0,0715
02302632	*pms-Bisoprolol*	Phmscience	100	7,15	➡ 0,0715
02306999	*Pro-Bisoprolol-5*	Pro Doc	100	7,15	➡ 0,0715
02471264	*Riva-Bisoprolol*	Riva	100	7,15	➡ 0,0715
02247439	*Sandoz Bisoprolol*	Sandoz	100	7,15	➡ 0,0715
02494035	*Sandoz Bisoprolol*	Sandoz	100	7,15	➡ 0,0715

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. 10 mg **PPB**

02521164	*AG-Bisoprolol*	Angita	100	10,44	➡ 0,1044
02256177	*Apo-Bisoprolol*	Apotex	100	10,44	➡ 0,1044
02391597	*Bisoprolol*	Sanis	100	10,44	➡ 0,1044
02383063	*Bisoprolol*	Sivem	100	10,44	➡ 0,1044
02495570	*Bisoprolol*	Sivem	100	10,44	➡ 0,1044
02518791	*Jamp Bisoprolol*	Jamp	100	10,44	➡ 0,1044
02465620	*Mint-Bisoprolol*	Mint	100	10,44	➡ 0,1044
02267489	*Novo-Bisoprolol*	Novopharm	100	10,44	➡ 0,1044
02302640	*pms-Bisoprolol*	Phmscience	100	10,44	➡ 0,1044
02307006	*Pro-Bisoprolol-10*	Pro Doc	100	10,44	➡ 0,1044
02471272	*Riva-Bisoprolol*	Riva	100	10,44	➡ 0,1044
02247440	*Sandoz Bisoprolol*	Sandoz	100	10,44	➡ 0,1044
02494043	*Sandoz Bisoprolol*	Sandoz	100	10,44	➡ 0,1044

CARVÉDILOL 🅿

Co. 3,125 mg **PPB**

02247933	*Apo-Carvédilol*	Apotex	100	24,31	➡ 0,2431
02418495	*Auro-Carvedilol*	Aurobindo	100	24,31	➡ 0,2431
			1000	243,10	➡ 0,2431
02324504	*Carvedilol*	Pro Doc	100	24,31	➡ 0,2431
02364913	*Carvedilol*	Sanis	100	24,31	➡ 0,2431
02248752	*Carvedilol*	Sivem	100	24,31	➡ 0,2431
02368897	*Jamp-Carvedilol*	Jamp	100	24,31	➡ 0,2431
02245914	*pms-Carvédilol*	Phmscience	100	24,31	➡ 0,2431
02252309	*ratio-Carvédilol*	Ratiopharm	100	24,31	➡ 0,2431

Co. 6,25 mg **PPB**

02247934	*Apo-Carvédilol*	Apotex	100	24,31	➡ 0,2431
02418509	*Auro-Carvedilol*	Aurobindo	100	24,31	➡ 0,2431
			1000	243,10	➡ 0,2431
02324512	*Carvedilol*	Pro Doc	100	24,31	➡ 0,2431
02364921	*Carvedilol*	Sanis	100	24,31	➡ 0,2431
02248753	*Carvedilol*	Sivem	100	24,31	➡ 0,2431
02368900	*Jamp-Carvedilol*	Jamp	100	24,31	➡ 0,2431
02245915	*pms-Carvédilol*	Phmscience	100	24,31	➡ 0,2431
02252317	*ratio-Carvédilol*	Ratiopharm	100	24,31	➡ 0,2431

Co. 12,5 mg **PPB**

02247935	*Apo-Carvédilol*	Apotex	100	24,31	➡ 0,2431
02418517	*Auro-Carvedilol*	Aurobindo	100	24,31	➡ 0,2431
			1000	243,10	➡ 0,2431
02324520	*Carvedilol*	Pro Doc	100	24,31	➡ 0,2431
02364948	*Carvedilol*	Sanis	100	24,31	➡ 0,2431
02248754	*Carvedilol*	Sivem	100	24,31	➡ 0,2431
02368919	*Jamp-Carvedilol*	Jamp	100	24,31	➡ 0,2431
02245916	*pms-Carvédilol*	Phmscience	100	24,31	➡ 0,2431
02252325	*ratio-Carvédilol*	Ratiopharm	100	24,31	➡ 0,2431

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. 25 mg **PPB**

02247936	*Apo-Carvédilol*	Apotex	100	24,31	➡ 0,2431
02418525	*Auro-Carvedilol*	Aurobindo	100	24,31	➡ 0,2431
			1000	243,10	➡ 0,2431
02324539	*Carvedilol*	Pro Doc	100	24,31	➡ 0,2431
02364956	*Carvedilol*	Sanis	100	24,31	➡ 0,2431
02248755	*Carvedilol*	Sivem	100	24,31	➡ 0,2431
02368927	*Jamp-Carvedilol*	Jamp	100	24,31	➡ 0,2431
02245917	*pms-Carvédilol*	Phmscience	100	24,31	➡ 0,2431
02252333	*ratio-Carvédilol*	Ratiopharm	100	24,31	➡ 0,2431

LABETALOL (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. 100 mg **PPB**

02243538	*Apo-Labetalol*	Apotex	100	19,83	➡ 0,1983
02489406	*Riva-Labetalol*	Riva	100	19,83	➡ 0,1983
02106272	*Trandate*	Paladin	100	26,00	0,2600

Co. 200 mg **PPB**

02243539	*Apo-Labetalol*	Apotex	100	35,04	➡ 0,3504
02489414	*Riva-Labetalol*	Riva	100	35,04	➡ 0,3504
02106280	*Trandate*	Paladin	100	45,95	0,4595

MÉTOPROLOL (TARTRATE DE) Ⓟ

Co. 25 mg **PPB**

02481308	*AG-Metoprolol-L*	Angita	100	6,43	➡ 0,0643
			500	32,15	➡ 0,0643
02246010	*Apo-Metoprolol*	Apotex	100	6,43	➡ 0,0643
			1000	64,30	➡ 0,0643
02356813	*Jamp-Metoprolol-L*	Jamp	100	6,43	➡ 0,0643
			500	32,15	➡ 0,0643
02296713	*Metoprolol*	Pro Doc	1000	64,30	➡ 0,0643
02442116	*Metoprolol-L*	Sivem	100	6,43	➡ 0,0643
			500	32,15	➡ 0,0643
02261898	*Novo-Metoprol*	Novopharm	100	6,43	➡ 0,0643
02248855	*pms-Metoprolol-L 25 mg*	Phmscience	100	6,43	➡ 0,0643
			500	32,15	➡ 0,0643
02315300	*Riva-Metoprolol-L*	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	*AG-Metoprolol-L*	Angita	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
00618632	*Apo-Metoprolol 50 mg*	Apotex	100	6,24	0,0624
			1000	62,38	0,0624
00749354	*Apo-Metoprolol L 50 mg*	Apotex	100	6,24	0,0624
			1000	62,38	0,0624
02356821	*Jamp-Metoprolol-L*	Jamp	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
02350394	*Metoprolol 50 mg*	Sanis	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
02351404	*Metoprolol SR*	Pro Doc	100	12,48	0,1248
00648019	*Metoprolol-L*	Pro Doc	1000	62,38	0,0624
02442124	*Metoprolol-L*	Sivem	100	6,24	0,0624
			1000	62,38	0,0624
02230803	*pms-Metoprolol-L*	Phmscience	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
02315319	*Riva-Metoprolol-L*	Riva	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
00648035	*Teva-Metoprolol*	Teva Can	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
00842648	*Teva-Metoprolol*	Teva Can	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624

Co. ou Co. L.A. 100 mg / 200 mg L.A. **PPB**

02481324	*AG-Metoprolol-L*	Angita	100	12,50	0,1250
00618640	*Apo-Metoprolol 100 mg*	Apotex	100	12,50	0,1250
			1000	124,95	0,1250
00751170	*Apo-Metoprolol L 100 mg*	Apotex	100	12,50	0,1250
			1000	124,95	0,1250
02356848	*Jamp-Metoprolol-L*	Jamp	100	12,50	0,1250
			500	62,48	0,1250
02350408	*Metoprolol 100 mg*	Sanis	100	12,50	0,1250
			500	62,48	0,1250
00648027	*Metoprolol-L*	Pro Doc	1000	124,95	0,1250
02442132	*Metoprolol-L*	Sivem	100	12,50	0,1250
			1000	124,95	0,1250
00842656	*Novo-Metoprol B 100 mg*	Novopharm	100	12,50	0,1250
			500	62,48	0,1250
02230804	*pms-Metoprolol-L*	Phmscience	100	12,50	0,1250
			500	62,48	0,1250
02315327	*Riva-Metoprolol-L*	Riva	100	12,50	0,1250
			1000	124,95	0,1250
00648043	*Teva-Metoprolol*	Teva Can	100	12,50	0,1250
			500	62,48	0,1250

NADOLOL Ⓟ

Co. 40 mg **PPB**

02496380	*Mint-Nadolol*	Mint	100	23,75	0,2375
00782505	*Nadolol*	Apotex	100	23,75	0,2375

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.				80 mg	**PPB**	
02496399	*Mint-Nadolol*	Mint	100	34,10	➡	0,3410
00782467	*Nadolol*	Apotex	100	34,10	➡	0,3410

PINDOLOL 🅿

Co.				5 mg	**PPB**	
00755877	*Apo-Pindol*	Apotex	100	13,61	➡	0,1361
00869007	*Novo-Pindol*	Novopharm	100	13,61	➡	0,1361
			500	68,03	➡	0,1361
00417270	*Visken*	Aralez	100	45,71		0,4571
Co.				10 mg	**PPB**	
00869015	*Novo-Pindol*	Novopharm	100	23,23	➡	0,2323
			500	116,15	➡	0,2323
00443174	*Visken*	Aralez	100	78,06		0,7806
Co.				15 mg	**PPB**	
00755893	*Apo-Pindol*	Apotex	100	33,70	➡	0,3370
00869023	*Novo-Pindol*	Novopharm	100	33,70	➡	0,3370

PINDOLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE 🅿

Co.				10 mg -25 mg	
00568627	*Viskazide 10/25*	Aralez	105	80,28	0,7646

PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co.				10 mg	
00496480	*Teva-Propranolol*	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	*Indéral L.A. 60 mg*	Pfizer	100	44,93	0,4493
00740675	*Novo-Pranol 20 mg*	Novopharm	100	2,77	➡ 0,0277
			500	13,84	➡ 0,0277
Co. ou Caps. L.A.			40 mg / 80 mg / 120 mg L.A.	**PPB**	
02042266	*Indéral L.A. 120 mg*	Pfizer	100	78,02	0,7802
02042258	*Indéral L.A. 80 mg*	Pfizer	100	50,56	0,5056
00496499	*Teva-Propranolol*	Teva Can	100	11,42	➡ 0,1142
			1000	114,20	➡ 0,1142

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. ou Caps. L.A. — 80 mg / 160 mg L.A. **PPB**

02042274	*Indéral L.A. 160 mg*	Pfizer	100	92,27	0,9227
00496502	*Novo-Pranol 80 mg*	Novopharm	100	5,09 ➡	0,0509
			500	25,43 ➡	0,0509

SOTALOL (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co. — 80 mg **PPB**

02210428	*Apo-Sotalol*	Apotex	100	29,66 ➡	0,2966
02368617	*Jamp-Sotalol*	Jamp	100	29,66 ➡	0,2966
			500	148,30 ➡	0,2966
02238326	*pms-Sotalol*	Phmscience	100	29,66 ➡	0,2966
			500	148,30 ➡	0,2966

Co. — 160 mg **PPB**

02167794	*Apo-Sotalol*	Apotex	100	16,23 ➡	0,1623
02368625	*Jamp-Sotalol*	Jamp	100	16,23 ➡	0,1623
			500	81,15 ➡	0,1623
02238327	*pms-Sotalol*	Phmscience	100	16,23 ➡	0,1623
02272172	*Riva-Sotalol*	Riva	100	16,23 ➡	0,1623

TIMOLOL (MALÉATE DE) 🅿

Co. — 5 mg

00755842	*Timol*	AA Pharma	100	16,49	0,1649

Co. — 10 mg

00755850	*Timol*	AA Pharma	100	25,72	0,2572

Co. — 20 mg

00755869	*Timol*	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') Pr
Co. 2,5 mg **PPB**

02490781	*Amlodipine*	Altamed	100	7,67	0,0767
02492199	*Amlodipine*	Jamp	100	7,67	0,0767
02326795	*Amlodipine*	Pro Doc	100	7,67	0,0767
02385783	*Amlodipine*	Sivem	100	7,67	0,0767
02419556	*Amlodipine Besylate*	Accord	100	7,67	0,0767
02392127	*Bio-Amlodipine*	Biomed	100	7,67	0,0767
02297477	*Co Amlodipine*	Cobalt	100	7,67	0,0767
02357186	*Jamp-Amlodipine*	Jamp	30	2,30	0,0767
			100	7,67	0,0767
02468018	*M-Amlodipine*	Mantra Ph.	100	7,67	0,0767
02371707	*Mar-Amlodipine*	Marcan	100	7,67	0,0767
			500	38,35	0,0767
02476452	*NRA-Amlodipine*	Nora	100	7,67	0,0767
02469022	*Pharma-Amlodipine*	Phmscience	100	7,67	0,0767
02295148	*pms-Amlodipine*	Phmscience	100	7,67	0,0767
02444445	*Priva-Amlodipine*	Pharmapar	100	7,67	0,0767
02331489	*Riva-Amlodipine*	Riva	100	7,67	0,0767
02330474	*Sandoz Amlodipine*	Sandoz	100	7,67	0,0767

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				5 mg **PPB**	
02369230	*AG-Amlodipine*	Angita	500	67,15	➡ 0,1343
02490803	*Amlodipine*	Altamed	250	33,58	➡ 0,1343
02429217	*Amlodipine*	Jamp	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02326809	*Amlodipine*	Pro Doc	500	67,15	➡ 0,1343
02331284	*Amlodipine*	Sanis	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02385791	*Amlodipine*	Sivem	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02419564	*Amlodipine Besylate*	Accord	100	13,43	➡ 0,1343
			250	33,58	➡ 0,1343
02273373	*Apo-Amlodipine*	Apotex	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02397072	*Auro-Amlodipine*	Aurobindo	100	13,43	➡ 0,1343
			250	33,58	➡ 0,1343
02392135	*Bio-Amlodipine*	Biomed	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02297485	*Co Amlodipine*	Cobalt	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02357194	*Jamp-Amlodipine*	Jamp	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02468026	*M-Amlodipine*	Mantra Ph.	500	67,15	➡ 0,1343
02371715	*Mar-Amlodipine*	Marcan	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02362651	*Mint-Amlodipine*	Mint	100	13,43	➡ 0,1343
			250	33,58	➡ 0,1343
02272113	*Mylan-Amlodipine*	Mylan	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
00878928	*Norvasc*	Upjohn	100	129,99	1,2999
			250	324,97	1,2999
02476460	*NRA-Amlodipine*	Nora	250	33,58	➡ 0,1343
02469030	*Pharma-Amlodipine*	Phmscience	100	13,43	➡ 0,1343
			250	33,58	➡ 0,1343
02284065	*pms-Amlodipine*	Phmscience	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02444453	*Priva-Amlodipine*	Pharmapar	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02321858	*Ran-Amlodipine*	Ranbaxy	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02331497	*Riva-Amlodipine*	Riva	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02284383	*Sandoz Amlodipine*	Sandoz	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343
02250497	*Teva-Amlodipine*	Teva Can	100	13,43	➡ 0,1343
			500	67,15	➡ 0,1343

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg **PPB**	
02297493	*Act Amlodipine*	ActavisPhm	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02369249	*AG-Amlodipine*	Angita	500	99,65	0,1993
02490811	*Amlodipine*	Altamed	250	49,83	0,1993
02429225	*Amlodipine*	Jamp	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02326817	*Amlodipine*	Pro Doc	500	99,65	0,1993
02331292	*Amlodipine*	Sanis	500	99,65	0,1993
02385805	*Amlodipine*	Sivem	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02419572	*Amlodipine Besylate*	Accord	100	19,93	0,1993
			250	49,83	0,1993
02273381	*Apo-Amlodipine*	Apotex	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02397080	*Auro-Amlodipine*	Aurobindo	100	19,93	0,1993
			250	49,83	0,1993
02392143	*Bio-Amlodipine*	Biomed	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02357208	*Jamp-Amlodipine*	Jamp	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02468034	*M-Amlodipine*	Mantra Ph.	500	99,65	0,1993
02371723	*Mar-Amlodipine*	Marcan	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02362678	*Mint-Amlodipine*	Mint	100	19,93	0,1993
			250	49,83	0,1993
02272121	*Mylan-Amlodipine*	Mylan	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
00878936	*Norvasc*	Upjohn	100	192,96	1,9296
			250	482,39	1,9296
02476479	*NRA-Amlodipine*	Nora	250	49,83	0,1993
02469049	*Pharma-Amlodipine*	Phmscience	100	19,93	0,1993
			250	49,83	0,1993
02284073	*pms-Amlodipine*	Phmscience	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02444461	*Priva-Amlodipine*	Pharmapar	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02321866	*Ran-Amlodipine*	Ranbaxy	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02331500	*Riva-Amlodipine*	Riva	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02284391	*Sandoz Amlodipine*	Sandoz	100	19,93	0,1993
			500	99,65	0,1993
02250500	*Teva-Amlodipine*	Teva Can	100	19,93	0,1993
			250	49,83	0,1993

AMLODIPINE (BÉSYLATE D')/ ATORVASTATINE CALCIQUE

Co.				5 mg -10 mg **PPB**	
02411253	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	58,02	0,5802
02273233	*Caduet*	Upjohn	90	67,96	0,7551

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.			5 mg - 20 mg	**PPB**		
02411261	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	68,42	➡	0,6842
02273241	*Caduet*	Upjohn	90	77,32		0,8591
Co.			5 mg - 40 mg	**PPB**		
02411288	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	72,32	➡	0,7232
02273268	*Caduet*	Upjohn	90	80,83		0,8981
Co.			5 mg - 80 mg	**PPB**		
02411296	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	72,32	➡	0,7232
02273276	*Caduet*	Upjohn	90	80,83		0,8981
Co.			10 mg -10 mg	**PPB**		
02411318	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	61,25	➡	0,6125
02273284	*Caduet*	Upjohn	90	82,75		0,9194
Co.			10 mg - 20 mg	**PPB**		
02411326	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	76,36	➡	0,7636
02273292	*Caduet*	Upjohn	90	92,11		1,0234
Co.			10 mg - 40 mg	**PPB**		
02411334	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	80,00	➡	0,8000
02273306	*Caduet*	Upjohn	90	95,62		1,0624
Co.			10 mg - 80 mg	**PPB**		
02411342	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	80,00	➡	0,8000
02273314	*Caduet*	Upjohn	90	95,62		1,0624

FÉLODIPINE P

Co. L.A.			2,5 mg	**PPB**		
02452367	*Apo-Felodipine*	Apotex	100	40,50	➡	0,4050
02057778	*Plendil*	AZC	30	15,27		0,5090
Co. L.A.			5 mg	**PPB**		
02452375	*Apo-Felodipine*	Apotex	100	33,98	➡	0,3398
00851779	*Plendil*	AZC	30	20,40		0,6800
02280264	*Sandoz Felodipine*	Sandoz	100	33,98	➡	0,3398
Co. L.A.			10 mg	**PPB**		
02452383	*Apo-Felodipine*	Apotex	100	50,98	➡	0,5098
00851787	*Plendil*	AZC	30	30,62		1,0207
02280272	*Sandoz Felodipine*	Sandoz	100	50,98	➡	0,5098

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

NIFÉDIPINE ℞

Caps. 5 mg

00725110	*Nifedipine*	AA Pharma	100	36,79	0,3679

Co. L.A. (24 h) 30 mg **PPB**

02155907	*Adalat XL*	Bayer	28	17,28	0,6171
			98	60,48	0,6171
02349167	*Mylan-Nifedipine Extended Release*	Mylan	100	61,71	0,6171
02421631	*Nifedipine ER*	Pro Doc	30	18,51 ➡	0,6170
			100	61,70 ➡	0,6170
02418630	*pms-Nifedipine ER*	Phmscience	30	18,51 ➡	0,6170
			100	61,70 ➡	0,6170

Co. L.A. (24 h) 60 mg **PPB**

+ 02511460	*AG-Nifedipine ER*	Angita	100	93,73 ➡	0,9373
+ 02511711	*Jamp Nifedipine ER*	Jamp	100	93,73 ➡	0,9373
02511649	*M-Nifedipine ER*	Mantra Ph.	100	93,73 ➡	0,9373
02321149	*Mylan-Nifedipine Extended Release*	Mylan	100	93,74	0,9374
02421658	*Nifedipine ER*	Pro Doc	30	28,12 ➡	0,9373
			100	93,73 ➡	0,9373
02416301	*pms-Nifedipine ER*	Phmscience	30	28,12 ➡	0,9373
			100	93,73 ➡	0,9373

NIMODIPINE ℞

Co. 30 mg

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**

02370441	*ACT Diltiazem T*	ActavisPhm	100	21,33 ➡	0,2133
02516101	*Diltiazem T*	Sanis	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps. L.A. 180 mg **PPB**

02370492	*ACT Diltiazem T*	ActavisPhm	100	28,89	➡ 0,2889
02516128	*Diltiazem T*	Sanis	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**

02370506	*ACT Diltiazem T*	ActavisPhm	100	38,32	➡ 0,3832
02516136	*Diltiazem T*	Sanis	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
02231152	*Tiazac*	Valeant	100	149,20	1,4920

Caps. L.A. 300 mg **PPB**

02370514	*ACT Diltiazem T*	ActavisPhm	100	47,19	➡ 0,4719
02516144	*Diltiazem T*	Sanis	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

Caps. L.A. 360 mg **PPB**

02370522	*ACT Diltiazem T*	ActavisPhm	100	57,78	➡ 0,5778
02516152	*Diltiazem T*	Sanis	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
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
02400421	*Diltiazem CD*	Sanis	100	35,29	➡ 0,3529
02445999	*Diltiazem CD*	Sivem	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
02243338	*Sandoz Diltiazem CD*	Sandoz	100	35,29	➡ 0,3529

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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
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
02243339	*Sandoz Diltiazem CD*	Sandoz	100	46,84	0,4684
Caps. L.A. (24 h)				240 mg **PPB**	
02230999	*Apo-Diltiaz CD*	Apotex	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213
02400456	*Diltiazem CD*	Sanis	100	62,13	0,6213
02446014	*Diltiazem CD*	Sivem	100	62,13	0,6213
02231475	*Diltiazem-CD*	Pro Doc	100	62,13	0,6213
02484080	*Mar-Diltiazem CD*	Marcan	100	62,13	0,6213
02242540	*Novo-Diltiazem CD*	Novopharm	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213
02355779	*pms-Diltiazem CD*	Phmscience	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213
02243340	*Sandoz Diltiazem CD*	Sandoz	100	62,13	0,6213
Caps. L.A. (24 h)				300 mg **PPB**	
02370654	*ACT Diltiazem CD*	ActavisPhm	100	77,66	0,7766
02229526	*Apo-Diltiaz CD*	Apotex	100	77,66	0,7766
02400464	*Diltiazem CD*	Sanis	100	77,66	0,7766
02446022	*Diltiazem CD*	Sivem	100	77,66	0,7766
02484099	*Mar-Diltiazem CD*	Marcan	100	77,66	0,7766
02355787	*pms-Diltiazem CD*	Phmscience	100	77,66	0,7766
02243341	*Sandoz Diltiazem CD*	Sandoz	100	77,66	0,7766
02242541	*Teva-Diltiazem CD*	Novopharm	100	77,66	0,7766
Co.				30 mg	
00771376	*Diltiaz*	AA Pharma	100	18,66	0,1866
Co.				60 mg	
00771384	*Diltiaz*	AA Pharma	100	32,73	0,3273
Co. L.A.				120 mg	
02256738	*Tiazac XC*	Valeant	90	71,39	0,7932

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				180 mg	
02256746	*Tiazac XC*	Valeant	90	94,85	1,0539
Co. L.A.				240 mg	
02256754	*Tiazac XC*	Valeant	90	126,07	1,4008
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) Pr

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**	
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**	
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**	
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)
BÉNAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE) Pr

Co.			5 mg	
02290332	*Benazepril*	AA Pharma	100	55,77	0,5577
Co.			10 mg	
02290340	*Benazepril*	AA Pharma	100	65,95	0,6595

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg		
02273918	*Benazepril*	AA Pharma	100	75,67		0,7567

CAPTOPRIL Ⓟ

Co.				12,5 mg		
01942964	*Novo-Captoril*	Novopharm	100	10,60		0,1060
Co.				25 mg		
01942972	*Teva-Captoril*	Novopharm	100	15,00		0,1500
Co.				50 mg		
01942980	*Teva-Captoril*	Novopharm	100	27,95		0,2795
Co.				100 mg		
01942999	*Novo-Captoril*	Novopharm	100	51,98		0,5198

CILAZAPRIL Ⓟ

Co.				1 mg **PPB**		
02291134	*Apo-Cilazapril*	Apotex	100	15,57	➡	0,1557
02283778	*Mylan-Cilazapril*	Mylan	100	15,57	➡	0,1557
Co.				2,5 mg **PPB**		
02291142	*Apo-Cilazapril*	Apotex	100	17,95	➡	0,1795
01911473	*Inhibace*	Cheplaphar	100	73,23		0,7323
02283786	*Mylan-Cilazapril*	Mylan	100	17,95	➡	0,1795
Co.				5 mg **PPB**		
02291150	*Apo-Cilazapril*	Apotex	100	20,85	➡	0,2085
01911481	*Inhibace*	Cheplaphar	100	85,08		0,8508
02283794	*Mylan-Cilazapril*	Mylan	100	20,85	➡	0,2085

CILAZAPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE Ⓟ

Co.				5 mg -12,5 mg **PPB**		
02284987	*Apo-Cilazapril - HCTZ*	Apotex	100	41,70	➡	0,4170
02181479	*Inhibace Plus*	Cheplaphar	28	23,82		0,8507
02313731	*Teva-Cilazapril/HCTZ*	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
02311402	*Pro-Enalapril-2,5*	Pro Doc	100	18,63	0,1863
02352230	*Ran-Enalapril*	Ranbaxy	100	18,63	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
02311410	*Pro-Enalapril-5*	Pro Doc	100	22,03	0,2203
02352249	*Ran-Enalapril*	Ranbaxy	100	22,03	0,2203
02299941	*Sandoz Enalapril*	Sandoz	100	22,03	0,2203
00708879	*Vasotec*	Organon	28	12,52	0,4471

Co. 10 mg **PPB**

02291894	*ACT Enalapril*	ActavisPhm	30	7,94	0,2647
			500	132,33	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	132,33	0,2647
02444771	*Mar-Enalapril*	Marcan	100	26,47	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
02299968	*Sandoz Enalapril*	Sandoz	100	26,47	0,2647
00670901	*Vasotec*	Organon	28	15,04	0,5371

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. 20 mg **PPB**

02291908	*ACT Enalapril*	ActavisPhm	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
02311437	*Pro-Enalapril-20*	Pro Doc	100	31,95	➡	0,3195
02352265	*Ran-Enalapril*	Ranbaxy	100	31,95	➡	0,3195
02299976	*Sandoz Enalapril*	Sandoz	100	31,95	➡	0,3195
00670928	*Vasotec*	Organon	28	18,14		0,6479

ÉNALAPRIL (MALÉATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE Pr

Co. 10 mg -25 mg **PPB**

02352931	*Enalapril maleate/HCTZ*	AA Pharma	100	100,66	➡	1,0066
00657298	*Vaseretic*	Organon	28	29,67		1,0596

FOSINOPRIL SODIQUE Pr

Co. 10 mg **PPB**

02266008	*Apo-Fosinopril*	Apotex	100	21,77	➡	0,2177
02459388	*Fosinopril*	Sanis	100	21,77	➡	0,2177
02303000	*Fosinopril-10*	Pro Doc	100	21,77	➡	0,2177
02331004	*Jamp-Fosinopril*	Jamp	100	21,77	➡	0,2177
02247802	*Teva-Fosinopril*	Teva Can	30	6,53	➡	0,2177
			100	21,77	➡	0,2177

Co. 20 mg **PPB**

02266016	*Apo-Fosinopril*	Apotex	100	26,19	➡	0,2619
02459396	*Fosinopril*	Sanis	100	26,19	➡	0,2619
02303019	*Fosinopril-20*	Pro Doc	100	26,19	➡	0,2619
02331012	*Jamp-Fosinopril*	Jamp	100	26,19	➡	0,2619
02247803	*Teva-Fosinopril*	Teva Can	30	7,86	➡	0,2619
			100	26,19	➡	0,2619

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LISINOPRIL Pr

Co. 5 mg **PPB**

02217481	*Apo-Lisinopril*	Apotex	100	13,47	➡	0,1347
			500	67,33	➡	0,1347
02394472	*Auro-Lisinopril*	Aurobindo	100	13,47	➡	0,1347
			500	67,33	➡	0,1347
02361531	*Jamp-Lisinopril*	Jamp	100	13,47	➡	0,1347
02525186	*Lisinopril*	Sanis	100	13,47	➡	0,1347
02386232	*Lisinopril*	Sivem	100	13,47	➡	0,1347
02285061	*Novo-Lisinopril (Type P)*	Novopharm	30	4,04	➡	0,1347
			100	13,47	➡	0,1347
02285118	*Novo-Lisinopril (Type Z)*	Novopharm	30	4,04	➡	0,1347
			100	13,47	➡	0,1347
02310961	*Pro-Lisinopril-5*	Pro Doc	100	13,47	➡	0,1347
02294230	*Ran-Lisinopril*	Ranbaxy	100	13,47	➡	0,1347
			500	67,33	➡	0,1347
02289199	*Sandoz Lisinopril*	Sandoz	30	4,04	➡	0,1347
			100	13,47	➡	0,1347
02049333	*Zestril*	AZC	100	55,94		0,5594

Co. 10 mg **PPB**

02217503	*Apo-Lisinopril*	Apotex	100	16,19	➡	0,1619
			500	80,93	➡	0,1619
02394480	*Auro-Lisinopril*	Aurobindo	100	16,19	➡	0,1619
			500	80,93	➡	0,1619
02361558	*Jamp-Lisinopril*	Jamp	100	16,19	➡	0,1619
			500	80,93	➡	0,1619
02525194	*Lisinopril*	Sanis	100	16,19	➡	0,1619
02386240	*Lisinopril*	Sivem	100	16,19	➡	0,1619
02285126	*Novo-Lisinopril (Type Z)*	Novopharm	30	4,86	➡	0,1619
			100	16,19	➡	0,1619
02310988	*Pro-Lisinopril-10*	Pro Doc	100	16,19	➡	0,1619
02294249	*Ran-Lisinopril*	Ranbaxy	100	16,19	➡	0,1619
			500	80,93	➡	0,1619
02049376	*Zestril*	AZC	100	67,23		0,6723

Co. 20 mg **PPB**

02217511	*Apo-Lisinopril*	Apotex	100	19,45	➡	0,1945
			500	97,24	➡	0,1945
02394499	*Auro-Lisinopril*	Aurobindo	100	19,45	➡	0,1945
			500	97,24	➡	0,1945
02361566	*Jamp-Lisinopril*	Jamp	100	19,45	➡	0,1945
			500	97,24	➡	0,1945
02525208	*Lisinopril*	Sanis	100	19,45	➡	0,1945
02386259	*Lisinopril*	Sivem	100	19,45	➡	0,1945
02285134	*Novo-Lisinopril (Type Z)*	Novopharm	30	5,83	➡	0,1945
			500	97,24	➡	0,1945
02310996	*Pro-Lisinopril-20*	Pro Doc	100	19,45	➡	0,1945
02294257	*Ran-Lisinopril*	Ranbaxy	100	19,45	➡	0,1945
			500	97,24	➡	0,1945
02049384	*Zestril*	AZC	100	80,78		0,8078

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LISINOPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 🅿

Co. 10 mg -12,5 mg **PPB**

02362945	*Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Sanis	30	6,25	➡ 0,2083
			100	20,83	➡ 0,2083
02302136	*Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)*	Novopharm	30	6,25	➡ 0,2083
			100	20,83	➡ 0,2083
02302365	*Sandoz Lisinopril HCT*	Sandoz	30	6,25	➡ 0,2083
			100	20,83	➡ 0,2083
02301768	*Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Novopharm	100	20,83	➡ 0,2083
02103729	*Zestoretic*	AZC	100	86,54	0,8654

Co. 20 mg -12,5 mg **PPB**

02362953	*Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Sanis	100	25,03	➡ 0,2503
02302144	*Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)*	Novopharm	100	25,03	➡ 0,2503
02302373	*Sandoz Lisinopril HCT*	Sandoz	30	7,51	➡ 0,2503
			100	25,03	➡ 0,2503
02301776	*Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Teva Can	30	7,51	➡ 0,2503
			100	25,03	➡ 0,2503
02045737	*Zestoretic*	AZC	100	104,00	1,0400

Co. 20 mg -25 mg **PPB**

02362961	*Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Sanis	30	7,51	➡ 0,2503
			100	25,03	➡ 0,2503
02302152	*Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)*	Novopharm	100	25,03	➡ 0,2503
02301784	*Novo-Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Novopharm	30	7,51	➡ 0,2503
			100	25,03	➡ 0,2503
02302381	*Sandoz Lisinopril HCT*	Sandoz	30	7,51	➡ 0,2503
			100	25,03	➡ 0,2503
02045729	*Zestoretic*	AZC	100	104,00	1,0400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PÉRINDOPRIL ERBUMINE Ⓟ

Co. 2 mg **PPB**

02481677	*AG-Perindopril*	Angita	100	16,32	➡	0,1632
02289261	*Apo-Perindopril*	Apotex	30	4,90	➡	0,1632
			500	81,60	➡	0,1632
02459817	*Auro-Perindopril*	Aurobindo	30	4,90	➡	0,1632
			500	81,60	➡	0,1632
02501309	*Bio-Perindopril*	Biomed	100	16,32	➡	0,1632
02123274	*Coversyl*	Servier	30	18,88		0,6293
02477009	*Jamp-Perindopril*	Jamp	100	16,32	➡	0,1632
02474824	*Mar-Perindopril*	Marcan	100	16,32	➡	0,1632
			500	81,60	➡	0,1632
02476762	*Mint-Perindopril*	Mint	100	16,32	➡	0,1632
02482924	*M-Perindopril*	Mantra Ph.	100	16,32	➡	0,1632
02489015	*NRA-Perindopril*	Nora	100	16,32	➡	0,1632
02488949	*Perindopril Erbumine*	Pro Doc	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02481634	*Perindopril Erbumine*	Sanis	100	16,32	➡	0,1632
			500	81,60	➡	0,1632
02479877	*Perindopril Erbumine*	Sivem	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02470675	*pms-Perindopril*	Phmscience	30	4,90	➡	0,1632
			500	81,60	➡	0,1632
02483238	*Priva-Perindopril Erbumine*	Pharmapar	100	16,32	➡	0,1632
02472015	*Riva-Perindopril*	Riva	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02470225	*Sandoz Perindopril Erbumine*	Sandoz	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02464985	*Teva-Perindopril*	Teva Can	100	16,32	➡	0,1632

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				4 mg **PPB**	
02481685	*AG-Perindopril*	Angita	100	20,42	➡ 0,2042
02289288	*Apo-Perindopril*	Apotex	30	6,13	➡ 0,2042
			500	102,10	➡ 0,2042
02459825	*Auro-Perindopril*	Aurobindo	30	6,13	➡ 0,2042
			500	102,10	➡ 0,2042
02501317	*Bio-Perindopril*	Biomed	100	20,42	➡ 0,2042
02123282	*Coversyl*	Servier	30	23,60	0,7867
02477017	*Jamp-Perindopril*	Jamp	100	20,42	➡ 0,2042
02474832	*Mar-Perindopril*	Marcan	100	20,42	➡ 0,2042
			500	102,10	➡ 0,2042
02476770	*Mint-Perindopril*	Mint	100	20,42	➡ 0,2042
02482932	*M-Perindopril*	Mantra Ph.	100	20,42	➡ 0,2042
02489023	*NRA-Perindopril*	Nora	100	20,42	➡ 0,2042
02488957	*Perindopril Erbumine*	Pro Doc	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02481642	*Perindopril Erbumine*	Sanis	100	20,42	➡ 0,2042
			500	102,10	➡ 0,2042
02479885	*Perindopril Erbumine*	Sivem	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02470683	*pms-Perindopril*	Phmscience	30	6,13	➡ 0,2042
			500	102,10	➡ 0,2042
02483246	*Priva-Perindopril Erbumine*	Pharmapar	100	20,42	➡ 0,2042
02472023	*Riva-Perindopril*	Riva	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02470233	*Sandoz Perindopril Erbumine*	Sandoz	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02464993	*Teva-Perindopril*	Teva Can	100	20,42	➡ 0,2042

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				8 mg **PPB**	
02481693	*AG-Perindopril*	Angita	100	28,30	➡ 0,2830
02289296	*Apo-Perindopril*	Apotex	30	8,49	➡ 0,2830
			500	141,50	➡ 0,2830
02459833	*Auro-Perindopril*	Aurobindo	30	8,49	➡ 0,2830
			500	141,50	➡ 0,2830
02501325	*Bio-Perindopril*	Biomed	100	28,30	➡ 0,2830
02246624	*Coversyl*	Servier	30	33,05	1,1017
02477025	*Jamp-Perindopril*	Jamp	100	28,30	➡ 0,2830
02474840	*Mar-Perindopril*	Marcan	100	28,31	0,2831
			500	141,55	0,2831
02476789	*Mint-Perindopril*	Mint	100	28,30	➡ 0,2830
02482940	*M-Perindopril*	Mantra Ph.	100	28,30	➡ 0,2830
02489031	*NRA-Perindopril*	Nora	100	28,30	➡ 0,2830
02488965	*Perindopril Erbumine*	Pro Doc	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02481650	*Perindopril Erbumine*	Sanis	100	28,30	➡ 0,2830
02479893	*Perindopril Erbumine*	Sivem	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02470691	*pms-Perindopril*	Phmscience	30	8,49	➡ 0,2830
			500	141,50	➡ 0,2830
02483254	*Priva-Perindopril Erbumine*	Pharmapar	100	28,30	➡ 0,2830
02472031	*Riva-Perindopril*	Riva	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02470241	*Sandoz Perindopril Erbumine*	Sandoz	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02465000	*Teva-Perindopril*	Teva Can	100	28,30	➡ 0,2830

PÉRINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE Ⓟ

Co.				4 mg -1,25 mg **PPB**		
*	02297574	*Apo-Perindopril-Indapamide*	Apotex	30	7,67	➡ 0,2556
	02246569	*Coversyl Plus*	Servier	30	29,29	0,9763
*	02523035	*Perindopril Erbumine/ Indapamide*	Pro Doc	30	7,67	➡ 0,2556
				100	25,56	➡ 0,2556
*	02479834	*Perindopril Erbumine/ Indapamide*	Sivem	30	7,67	➡ 0,2556
				100	25,56	➡ 0,2556
*	02519720	*Perindopril/Indapamide*	Sanis	100	25,56	➡ 0,2556
*	02470438	*Sandoz Perindopril Erbumine/Indapamide*	Sandoz	30	7,67	➡ 0,2556
				100	25,56	➡ 0,2556
*	02464020	*Teva-Perindopril/ Indapamide*	Teva Can	100	25,56	➡ 0,2556

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			8 mg - 2,5 mg	**PPB**	
02453061	*Apo-Perindopril-Indapamide*	Apotex	30	8,58	➡ 0,2859
			100	28,59	➡ 0,2859
02321653	*Coversyl Plus HD*	Servier	30	32,76	1,0920
02523043	*Perindopril Erbumine/ Indapamide HD*	Pro Doc	30	8,58	➡ 0,2859
			100	28,59	➡ 0,2859
02479842	*Perindopril Erbumine/ Indapamide HD*	Sivem	30	8,58	➡ 0,2859
			100	28,59	➡ 0,2859
02519739	*Perindopril/Indapamide*	Sanis	100	28,59	➡ 0,2859
02470446	*Sandoz Perindopril Erbumine/Indapamide HD*	Sandoz	30	8,58	➡ 0,2859
			100	28,59	➡ 0,2859
02464039	*Teva-Perindopril/ Indapamide*	Teva Can	100	28,59	➡ 0,2859

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) ℙ

Co.			5 mg	**PPB**	
01947664	*Accupril*	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248499	*Apo-Quinapril*	Apotex	100	22,78	➡ 0,2278
02340550	*pms-Quinapril*	Phmscience	100	22,78	➡ 0,2278
Co.			10 mg	**PPB**	
01947672	*Accupril*	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248500	*Apo-Quinapril*	Apotex	100	22,78	➡ 0,2278
02340569	*pms-Quinapril*	Phmscience	100	22,78	➡ 0,2278
Co.			20 mg	**PPB**	
01947680	*Accupril*	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248501	*Apo-Quinapril*	Apotex	100	22,78	➡ 0,2278
02340577	*pms-Quinapril*	Phmscience	100	22,78	➡ 0,2278
Co.			40 mg	**PPB**	
01947699	*Accupril*	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248502	*Apo-Quinapril*	Apotex	100	22,78	➡ 0,2278
02340585	*pms-Quinapril*	Phmscience	100	22,78	➡ 0,2278

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) / HYDROCHLOROTHIAZIDE ℙ

Co.			10 mg -12,5 mg	**PPB**	
02237367	*Accuretic*	Pfizer	28	24,86	0,8879
02408767	*Apo-Quinapril/HCTZ*	Apotex	28	13,40	➡ 0,4786
			90	43,07	➡ 0,4786
02473291	*Auro-Quinapril HCTZ*	Aurobindo	28	13,40	➡ 0,4786
			90	43,07	➡ 0,4786

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.			20 mg -12,5 mg	**PPB**		
02237368	*Accuretic*	Pfizer	28	24,86		0,8879
02408775	*Apo-Quinapril/HCTZ*	Apotex	28	13,40	➡	0,4786
			90	43,07	➡	0,4786
02473305	*Auro-Quinapril HCTZ*	Aurobindo	28	13,40	➡	0,4786
			90	43,07	➡	0,4786

Co.			20 mg -25 mg	**PPB**		
02237369	*Accuretic*	Pfizer	28	24,11		0,8611
02408783	*Apo-Quinapril/HCTZ*	Apotex	28	12,89	➡	0,4602
			90	41,42	➡	0,4602
02473321	*Auro-Quinapril HCTZ*	Aurobindo	28	12,89	➡	0,4602
			90	41,42	➡	0,4602

RAMIPRIL 🅿

Caps.			1,25 mg	**PPB**		
02221829	*Altace*	Valeant	30	20,97		0,6990
02251515	*Apo-Ramipril*	Apotex	100	7,07	➡	0,0707
02387387	*Auro-Ramipril*	Aurobindo	30	2,12	➡	0,0707
			100	7,07	➡	0,0707
02331101	*Jamp-Ramipril*	Jamp	30	2,12	➡	0,0707
			100	7,07	➡	0,0707
02420457	*Mar-Ramipril*	Marcan	30	2,12	➡	0,0707
02469057	*Pharma-Ramipril*	Phmscience	30	2,12	➡	0,0707
02310023	*Pro-Ramipril*	Pro Doc	30	2,12	➡	0,0707
			100	7,07	➡	0,0707
02308363	*Ramipril*	Sivem	100	7,07	➡	0,0707
02310503	*Ran-Ramipril*	Ranbaxy	30	2,12	➡	0,0707

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				2,5 mg **PPB**	
02477572	*AG-Ramipril*	Angita	100	8,17	➡ 0,0817
02221837	*Altace*	Valeant	30	24,20	0,8066
			100	80,66	0,8066
02251531	*Apo-Ramipril*	Apotex	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02387395	*Auro-Ramipril*	Aurobindo	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02331128	*Jamp-Ramipril*	Jamp	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02420465	*Mar-Ramipril*	Marcan	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02421305	*Mint-Ramipril*	Mint	100	8,17	➡ 0,0817
02486172	*NRA-Ramipril*	Nora	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02469065	*Pharma-Ramipril*	Phmscience	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02247917	*pms-Ramipril*	Phmscience	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02483416	*Priva-Ramipril*	Pharmapar	100	8,17	➡ 0,0817
02310066	*Pro-Ramipril*	Pro Doc	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02486512	*Ramipril*	Altamed	500	40,83	➡ 0,0817
02255316	*Ramipril*	Riva	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02374846	*Ramipril*	Sanis	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02287927	*Ramipril*	Sivem	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02310511	*Ran-Ramipril*	Ranbaxy	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02247945	*Teva-Ramipril*	Teva Can	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				5 mg **PPB**	
02477580	*AG-Ramipril*	Angita	100	8,17	➡ 0,0817
02221845	*Altace*	Valeant	30	24,20	0,8066
			100	80,66	0,8066
02251574	*Apo-Ramipril*	Apotex	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02387409	*Auro-Ramipril*	Aurobindo	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02331136	*Jamp-Ramipril*	Jamp	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02420473	*Mar-Ramipril*	Marcan	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02421313	*Mint-Ramipril*	Mint	100	8,17	➡ 0,0817
02486180	*NRA-Ramipril*	Nora	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02469073	*Pharma-Ramipril*	Phmscience	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02247918	*pms-Ramipril*	Phmscience	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02483424	*Priva-Ramipril*	Pharmapar	100	8,17	➡ 0,0817
02310074	*Pro-Ramipril*	Pro Doc	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02486520	*Ramipril*	Altamed	500	40,83	➡ 0,0817
02255324	*Ramipril*	Riva	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02374854	*Ramipril*	Sanis	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02287935	*Ramipril*	Sivem	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02310538	*Ran-Ramipril*	Ranbaxy	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02247946	*Teva-Ramipril*	Teva Can	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				10 mg **PPB**	
02477599	*AG-Ramipril*	Angita	100	10,34	➡ 0,1034
02221853	*Altace*	Valeant	30	30,65	1,0216
			100	102,16	1,0216
02251582	*Apo-Ramipril*	Apotex	30	3,10	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02387417	*Auro-Ramipril*	Aurobindo	30	3,10	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02331144	*Jamp-Ramipril*	Jamp	30	3,10	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02420481	*Mar-Ramipril*	Marcan	30	3,10	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02421321	*Mint-Ramipril*	Mint	100	10,34	➡ 0,1034
02486199	*NRA-Ramipril*	Nora	100	10,34	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02469081	*Pharma-Ramipril*	Phmscience	30	3,10	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02247919	*pms-Ramipril*	Phmscience	30	3,10	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02483432	*Priva-Ramipril*	Pharmapar	100	10,34	➡ 0,1034
02310104	*Pro-Ramipril*	Pro Doc	30	3,10	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02486539	*Ramipril*	Altamed	500	51,70	➡ 0,1034
02255332	*Ramipril*	Riva	30	3,10	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02374862	*Ramipril*	Sanis	100	10,34	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02287943	*Ramipril*	Sivem	30	3,10	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02310546	*Ran-Ramipril*	Ranbaxy	100	10,34	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
02247947	*Teva-Ramipril*	Teva Can	30	3,10	➡ 0,1034
			500	51,70	➡ 0,1034
Caps.				15 mg **PPB**	
02281112	*Altace*	Valeant	30	33,68	1,1227
			100	112,27	1,1227
02325381	*Apo-Ramipril*	Apotex	30	17,57	➡ 0,5855
			100	58,55	➡ 0,5855
02440334	*Jamp-Ramipril*	Jamp	100	58,55	➡ 0,5855
02420503	*Mar-Ramipril*	Marcan	30	17,57	➡ 0,5855
			100	58,55	➡ 0,5855
02421348	*Mint-Ramipril*	Mint	100	58,55	➡ 0,5855

RAMIPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 🅿

Co.				2,5 mg - 12,5 mg **PPB**	
02283131	*Altace HCT*	Valeant	28	8,37	0,2989
02449439	*Taro-Ramipril HCTZ*	Sun Pharma	100	14,95	➡ 0,1495

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.			5 mg -12,5 mg	**PPB**		
02283158	*Altace HCT*	Valeant	28	10,72		0,3829
02449447	*Taro-Ramipril HCTZ*	Sun Pharma	100	20,11	➡	0,2011
Co.			5 mg - 25 mg	**PPB**		
02283174	*Altace HCT*	Valeant	28	10,72		0,3829
02449463	*Taro-Ramipril HCTZ*	Sun Pharma	100	19,15	➡	0,1915
Co.			10 mg -12,5 mg	**PPB**		
02283166	*Altace HCT*	Valeant	28	13,65		0,4875
02342154	*pms-Ramipril-HCTZ*	Phmscience	30	3,95	➡	0,1317
			100	13,17	➡	0,1317
02449455	*Ran-Ramipril HCTZ*	Ranbaxy	100	13,17	➡	0,1317
Co.			10 mg -25 mg	**PPB**		
02283182	*Altace HCT*	Valeant	28	13,65		0,4875
02342170	*pms-Ramipril-HCTZ*	Phmscience	30	3,95	➡	0,1317
			100	13,17	➡	0,1317
02449471	*Ran-Ramipril HCTZ*	Ranbaxy	100	13,17	➡	0,1317

TRANDOLAPRIL Pr

Caps.			0,5 mg	**PPB**		
02471868	*Auro-Trandolapril*	Aurobindo	100	6,98	➡	0,0698
02231457	*Mavik*	BGP Pharma	100	27,33		0,2733
02357755	*pms-Trandolapril*	Phmscience	100	6,98	➡	0,0698
02325721	*Sandoz Trandolapril*	Sandoz	100	6,98	➡	0,0698
02415429	*Teva-Trandolapril*	Teva Can	100	6,98	➡	0,0698
Caps.			1 mg	**PPB**		
02471876	*Auro-Trandolapril*	Aurobindo	100	17,62	➡	0,1762
02231459	*Mavik*	BGP Pharma	100	67,00		0,6700
02357763	*pms-Trandolapril*	Phmscience	100	17,62	➡	0,1762
02325748	*Sandoz Trandolapril*	Sandoz	100	17,62	➡	0,1762
02415437	*Teva-Trandolapril*	Teva Can	100	17,62	➡	0,1762
02488698	*Trandolapril*	Pro Doc	100	17,62	➡	0,1762
Caps.			2 mg	**PPB**		
02471884	*Auro-Trandolapril*	Aurobindo	100	20,25	➡	0,2025
02231460	*Mavik*	BGP Pharma	100	77,00		0,7700
02357771	*pms-Trandolapril*	Phmscience	100	20,25	➡	0,2025
02325756	*Sandoz Trandolapril*	Sandoz	100	20,25	➡	0,2025
02415445	*Teva-Trandolapril*	Teva Can	100	20,25	➡	0,2025
02488701	*Trandolapril*	Pro Doc	100	20,25	➡	0,2025

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps. 4 mg **PPB**

02471892	*Auro-Trandolapril*	Aurobindo	100	24,98	➡ 0,2498
02239267	*Mavik*	BGP Pharma	100	95,00	0,9500
02357798	*pms-Trandolapril*	Phmscience	100	24,98	➡ 0,2498
02325764	*Sandoz Trandolapril*	Sandoz	100	24,98	➡ 0,2498
02415453	*Teva-Trandolapril*	Teva Can	100	24,98	➡ 0,2498
02488728	*Trandolapril*	Pro Doc	100	24,98	➡ 0,2498

24:32.08
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II
CANDÉSARTAN CILEXÉTIL P

Co. 8 mg **PPB**

02484773	*AG-Candesartan*	Angita	100	22,58	➡ 0,2258
02500795	*AG-Candesartan*	Angita	100	22,58	➡ 0,2258
02365359	*Apo-Candesartan*	Apotex	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02239091	*Atacand*	AZC	30	35,52	1,1840
02445794	*Auro-Candesartan*	Aurobindo	90	20,32	➡ 0,2258
			500	112,90	➡ 0,2258
02377934	*Candesartan*	Pro Doc	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02388928	*Candesartan*	Sanis	100	22,58	➡ 0,2258
			500	112,90	➡ 0,2258
02388707	*Candesartan*	Sivem	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02379279	*Candésartan cilexétil*	Accord	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02386518	*Jamp-Candesartan*	Jamp	100	22,58	➡ 0,2258
02476916	*Mint-Candesartan*	Mint	100	22,58	➡ 0,2258
02391198	*pms-Candesartan*	Phmscience	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02380692	*Ran-Candesartan*	Ranbaxy	100	22,58	➡ 0,2258
02326965	*Sandoz Candesartan*	Sandoz	30	6,77	➡ 0,2258
			500	112,90	➡ 0,2258
02366312	*Teva Candesartan*	Teva Can	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				16 mg **PPB**	
02484781	*AG-Candesartan*	Angita	100	22,58	➡ 0,2258
02500809	*AG-Candesartan*	Angita	100	22,58	➡ 0,2258
02365367	*Apo-Candesartan*	Apotex	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02239092	*Atacand*	AZC	30	35,52	1,1840
02445808	*Auro-Candesartan*	Aurobindo	90	20,32	➡ 0,2258
			500	112,90	➡ 0,2258
02377942	*Candesartan*	Pro Doc	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02388936	*Candesartan*	Sanis	100	22,58	➡ 0,2258
			500	112,90	➡ 0,2258
02388715	*Candesartan*	Sivem	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02379287	*Candésartan cilexétil*	Accord	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02386526	*Jamp-Candesartan*	Jamp	100	22,58	➡ 0,2258
02476924	*Mint-Candesartan*	Mint	100	22,58	➡ 0,2258
02391201	*pms-Candesartan*	Phmscience	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02380706	*Ran-Candesartan*	Ranbaxy	100	22,58	➡ 0,2258
02326973	*Sandoz Candesartan*	Sandoz	30	6,77	➡ 0,2258
			500	112,90	➡ 0,2258
02366320	*Teva Candesartan*	Teva Can	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258

Co.				32 mg **PPB**	
02500817	*AG-Candesartan*	Angita	100	22,58	➡ 0,2258
02399105	*Apo-Candesartan*	Apotex	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02311658	*Atacand*	AZC	30	35,52	1,1840
02445816	*Auro-Candesartan*	Aurobindo	90	20,32	➡ 0,2258
			500	112,90	➡ 0,2258
02422069	*Candesartan*	Pro Doc	100	22,58	➡ 0,2258
02435845	*Candesartan*	Sanis	100	22,58	➡ 0,2258
02379295	*Candésartan cilexétil*	Accord	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02386534	*Jamp-Candesartan*	Jamp	100	22,58	➡ 0,2258
02391228	*pms-Candesartan*	Phmscience	30	6,77	➡ 0,2258
02380714	*Ran-Candesartan*	Ranbaxy	30	6,77	➡ 0,2258
02417340	*Sandoz Candesartan*	Sandoz	100	22,58	➡ 0,2258
02366339	*Teva Candesartan*	Teva Can	30	6,77	➡ 0,2258

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CANDÉSARTAN CILEXÉTIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 🅿

Co. 16 mg -12,5 mg **PPB**

02244021	*Atacand Plus*	AZC	30	35,10		1,1700
02421038	*Auro-Candesartan HCT*	Aurobindo	100	21,56	➡	0,2156
02392275	*Candesartan - HCTZ*	Pro Doc	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02394812	*Candesartan HCT*	Sivem	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02394804	*Candesartan/ HCTZ*	Sanis	100	21,56	➡	0,2156
02473240	*Jamp-Candesartan HCT*	Jamp	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02391295	*pms-Candesartan-HCTZ*	Phmscience	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02327902	*Sandoz Candesartan Plus*	Sandoz	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02395541	*Teva Candesartan/ HCTZ*	Teva Can	30	6,47	➡	0,2156

Co. 32 mg - 12,5 mg **PPB**

02332922	*Atacand Plus*	AZC	30	35,10		1,1700
02421046	*Auro-Candesartan HCT*	Aurobindo	100	21,56	➡	0,2156
02473259	*Jamp-Candesartan HCT*	Jamp	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02420732	*Sandoz Candesartan Plus*	Sandoz	100	21,56	➡	0,2156
02395568	*Teva Candesartan/ HCTZ*	Teva Can	30	6,47	➡	0,2156

Co. 32 mg - 25 mg **PPB**

02332957	*Atacand Plus*	AZC	30	35,10		1,1700
02421054	*Auro-Candesartan HCT*	Aurobindo	100	24,43	➡	0,2443
02473267	*Jamp-Candesartan HCT*	Jamp	30	7,33	➡	0,2443
			100	24,43	➡	0,2443
02420740	*Sandoz Candesartan Plus*	Sandoz	100	24,43	➡	0,2443

ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D') 🅿

Co. 400 mg

02240432	*Teveten*	BGP Pharma	28	19,81	0,7075

Co. 600 mg

02243942	*Teveten*	BGP Pharma	28	30,34	1,0836

ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 🅿

Co. 600 mg - 12.5 mg

02253631	*Teveten Plus*	BGP Pharma	28	30,34	1,0836

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

IRBESARTAN 🅿

Co. 75 mg **PPB**

02237923	*Avapro*	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02365197	*Irbesartan*	Pro Doc	100	22,81	➡ 0,2281
02372347	*Irbesartan*	Sanis	100	22,81	➡ 0,2281
02385287	*Irbesartan*	Sivem	100	22,81	➡ 0,2281
02418193	*Jamp-Irbesartan*	Jamp	28	6,39	➡ 0,2281
			100	22,81	➡ 0,2281
02422980	*Mint-Irbesartan*	Mint	100	22,81	➡ 0,2281
02317060	*pms-Irbesartan*	Phmscience	100	22,81	➡ 0,2281
02406810	*Ran-Irbesartan*	Ranbaxy	100	22,81	➡ 0,2281
02328461	*Sandoz Irbesartan*	Sandoz	100	22,81	➡ 0,2281
02316390	*Teva-Irbesartan*	Teva Can	100	22,81	➡ 0,2281

Co. 150 mg **PPB**

02237924	*Avapro*	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02365200	*Irbesartan*	Pro Doc	100	22,81	➡ 0,2281
02372371	*Irbesartan*	Sanis	100	22,81	➡ 0,2281
02385295	*Irbesartan*	Sivem	100	22,81	➡ 0,2281
02418207	*Jamp-Irbesartan*	Jamp	28	6,39	➡ 0,2281
			100	22,81	➡ 0,2281
02422999	*Mint-Irbesartan*	Mint	100	22,81	➡ 0,2281
02317079	*pms-Irbesartan*	Phmscience	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02406829	*Ran-Irbesartan*	Ranbaxy	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02328488	*Sandoz Irbesartan*	Sandoz	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02316404	*Teva-Irbesartan*	Teva Can	100	22,81	➡ 0,2281

Co. 300 mg **PPB**

02237925	*Avapro*	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02365219	*Irbesartan*	Pro Doc	100	22,81	➡ 0,2281
02372398	*Irbesartan*	Sanis	100	22,81	➡ 0,2281
02385309	*Irbesartan*	Sivem	100	22,81	➡ 0,2281
02418215	*Jamp-Irbesartan*	Jamp	28	6,39	➡ 0,2281
			100	22,81	➡ 0,2281
02423006	*Mint-Irbesartan*	Mint	100	22,81	➡ 0,2281
02317087	*pms-Irbesartan*	Phmscience	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02406837	*Ran-Irbesartan*	Ranbaxy	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02328496	*Sandoz Irbesartan*	Sandoz	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02316412	*Teva-Irbesartan*	Teva Can	100	22,81	➡ 0,2281

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE

IRBESARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE Ⓟ

Co. 150 mg- 12,5 mg **PPB**

02241818	*Avalide*	SanofiAven	90	107,33		1,1926
02385317	*Irbesartan HCT*	Sivem	100	22,81	➡	0,2281
02372886	*Irbesartan HCTZ*	Sanis	100	22,81	➡	0,2281
02365162	*Irbesartan-HCTZ*	Pro Doc	100	22,81	➡	0,2281
02418223	*Jamp-Irbesartan & HCTZ*	Jamp	28	6,39	➡	0,2281
			100	22,81	➡	0,2281
02392992	*Mint-Irbesartan/ HCTZ*	Mint	100	22,81	➡	0,2281
02328518	*pms-Irbesartan-HCTZ*	Phmscience	100	22,81	➡	0,2281
02337428	*Sandoz Irbesartan HCT*	Sandoz	100	22,81	➡	0,2281
			500	114,05	➡	0,2281
02330512	*Teva-Irbesartan HCTZ*	Teva Can	100	22,81	➡	0,2281

Co. 300 mg- 12,5 mg **PPB**

02241819	*Avalide*	SanofiAven	90	107,33		1,1926
02385325	*Irbesartan HCT*	Sivem	100	22,81	➡	0,2281
02372894	*Irbesartan HCTZ*	Sanis	100	22,81	➡	0,2281
02365170	*Irbesartan-HCTZ*	Pro Doc	100	22,81	➡	0,2281
02418231	*Jamp-Irbesartan & HCTZ*	Jamp	28	6,39	➡	0,2281
			100	22,81	➡	0,2281
02328526	*pms-Irbesartan-HCTZ*	Phmscience	100	22,81	➡	0,2281
02337436	*Sandoz Irbesartan HCT*	Sandoz	100	22,81	➡	0,2281
			500	114,05	➡	0,2281
02330520	*Teva-Irbesartan HCTZ*	Teva Can	100	22,81	➡	0,2281

Co. 300 mg - 25 mg **PPB**

02385333	*Irbesartan HCT*	Sivem	100	21,84	➡	0,2184
02372908	*Irbesartan HCTZ*	Sanis	100	21,84	➡	0,2184
02365189	*Irbesartan-HCTZ*	Pro Doc	100	21,84	➡	0,2184
02418258	*Jamp-Irbesartan & HCTZ*	Jamp	28	6,12	➡	0,2184
			100	21,84	➡	0,2184
02393026	*Mint-Irbesartan/ HCTZ*	Mint	100	21,84	➡	0,2184
02328534	*pms-Irbesartan-HCTZ*	Phmscience	100	21,84	➡	0,2184
02337444	*Sandoz Irbesartan HCT*	Sandoz	100	21,84	➡	0,2184
			500	109,20	➡	0,2184
02330539	*Teva-Irbesartan HCTZ*	Teva Can	100	21,84	➡	0,2184

LOSARTAN POTASSIQUE Ⓟ

Co. 25 mg **PPB**

02403323	*Auro-Losartan*	Aurobindo	100	16,16	➡	0,1616
02182815	*Cozaar*	Organon	100	117,07		1,1707
02398834	*Jamp-Losartan*	Jamp	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02388863	*Losartan*	Sanis	100	16,16	➡	0,1616
02388790	*Losartan*	Sivem	100	16,16	➡	0,1616
02309750	*pms-Losartan*	Phmscience	100	16,16	➡	0,1616
02313332	*Sandoz Losartan*	Sandoz	100	16,16	➡	0,1616
02380838	*Teva Losartan*	Teva Can	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg **PPB**	
02403331	*Auro-Losartan*	Aurobindo	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616
02182874	*Cozaar*	Organon	30	35,12	1,1707
02398842	*Jamp-Losartan*	Jamp	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616
02388871	*Losartan*	Sanis	100	16,16	➡ 0,1616
02388804	*Losartan*	Sivem	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616
02309769	*pms-Losartan*	Phmscience	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616
02313340	*Sandoz Losartan*	Sandoz	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616
02357968	*Teva Losartan*	Teva Can	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616

Co.				100 mg **PPB**	
02403358	*Auro-Losartan*	Aurobindo	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616
02182882	*Cozaar*	Organon	30	35,12	1,1707
02398850	*Jamp-Losartan*	Jamp	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616
02388898	*Losartan*	Sanis	100	16,16	➡ 0,1616
02388812	*Losartan*	Sivem	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616
02309777	*pms-Losartan*	Phmscience	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616
02313359	*Sandoz Losartan*	Sandoz	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616
02357976	*Teva Losartan*	Teva Can	30	4,85	➡ 0,1616
			100	16,16	➡ 0,1616

LOSARTAN POTASSIQUE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE Ⓟ

Co.				50 mg -12,5 mg **PPB**	
02371235	*Apo-Losartan/HCTZ*	Apotex	30	8,16	➡ 0,2719
			100	27,19	➡ 0,2719
02423642	*Auro-Losartan HCT*	Aurobindo	30	8,16	➡ 0,2719
			100	27,19	➡ 0,2719
02230047	*Hyzaar*	Organon	30	35,12	1,1707
02408244	*Jamp-Losartan HCTZ*	Jamp	30	8,16	➡ 0,2719
			100	27,19	➡ 0,2719
02388960	*Losartan/HCT*	Sivem	30	8,16	➡ 0,2719
			100	27,19	➡ 0,2719
02427648	*Losartan/HCTZ*	Sanis	30	8,16	➡ 0,2719
			100	27,19	➡ 0,2719
02389657	*Mint-Losartan / HCTZ*	Mint	30	8,16	➡ 0,2719
			100	27,19	➡ 0,2719
02392224	*pms-Losartan-HCTZ*	Phmscience	30	8,16	➡ 0,2719
			100	27,19	➡ 0,2719
02313375	*Sandoz Losartan HCT*	Sandoz	30	8,16	➡ 0,2719
			100	27,19	➡ 0,2719

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.			100 mg - 12,5 mg	**PPB**		
02423650	*Auro-Losartan HCT*	Aurobindo	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02297841	*Hyzaar*	Organon	30	35,02		1,1673
02388979	*Losartan/HCT*	Sivem	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02427656	*Losartan/HCTZ*	Sanis	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02389665	*Mint-Losartan / HCTZ*	Mint	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02392232	*pms-Losartan-HCTZ*	Phmscience	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02362449	*Sandoz Losartan HCT*	Sandoz	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
Co.			100 mg -25 mg	**PPB**		
02371251	*Apo-Losartan/HCTZ*	Apotex	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02423669	*Auro-Losartan HCT*	Aurobindo	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02241007	*Hyzaar DS*	Organon	30	35,12		1,1707
02408252	*Jamp-Losartan HCTZ*	Jamp	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02388987	*Losartan/HCT*	Sivem	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02427664	*Losartan/HCTZ*	Sanis	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02389673	*Mint-Losartan / HCTZ DS*	Mint	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02392240	*pms-Losartan-HCTZ*	Phmscience	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02313383	*Sandoz Losartan HCT DS*	Sandoz	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL 🅿

Co. 20 mg **PPB**

02456311	*ACH-Olmesartan*	Accord	30	8,29	➡	0,2763
			90	24,87	➡	0,2763
02442191	*Act Olmesartan*	ActavisPhm	30	8,29	➡	0,2763
02453452	*Apo-Olmesartan*	Apotex	90	24,87	➡	0,2763
02443864	*Auro-Olmesartan*	Aurobindo	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02469812	*GLN-Olmesartan*	Glenmark	30	8,29	➡	0,2763
02461641	*Jamp-Olmesartan*	Jamp	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02499258	*NRA-Olmesartan*	Nora	90	24,87	➡	0,2763
02488744	*Olmesartan*	Pro Doc	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02481057	*Olmesartan*	Sanis	100	27,63	➡	0,2763
02318660	*Olmetec*	Organon	30	30,49		1,0163
02461307	*pms-Olmesartan*	Phmscience	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02443414	*Sandoz Olmesartan*	Sandoz	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763

Co. 40 mg **PPB**

02456338	*ACH-Olmesartan*	Accord	30	8,29	➡	0,2763
			90	24,87	➡	0,2763
02442205	*Act Olmesartan*	ActavisPhm	30	8,29	➡	0,2763
02453460	*Apo-Olmesartan*	Apotex	90	24,87	➡	0,2763
02443872	*Auro-Olmesartan*	Aurobindo	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02469820	*GLN-Olmesartan*	Glenmark	30	8,29	➡	0,2763
02461668	*Jamp-Olmesartan*	Jamp	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02499266	*NRA-Olmesartan*	Nora	90	24,87	➡	0,2763
02488752	*Olmesartan*	Pro Doc	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02481065	*Olmesartan*	Sanis	100	27,63	➡	0,2763
02318679	*Olmetec*	Organon	30	30,49		1,0163
02461315	*pms-Olmesartan*	Phmscience	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02443422	*Sandoz Olmesartan*	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	*ACH-Olmesartan HCTZ*	Accord	30	9,06	0,3019
			90	27,17	0,3019
02443112	*Act Olmesartan HCT*	Teva Can	30	9,06	0,3019
02453606	*Apo-Olmesartan/HCTZ*	Apotex	90	27,17	0,3019
02476487	*Auro-Olmesartan HCTZ*	Aurobindo	30	9,06	0,3019
			100	30,19	0,3019
02475707	*GLN-Olmesartan HCTZ*	Glenmark	30	9,06	0,3019
02508273	*NRA-Olmesartan HCTZ*	Nora	30	9,06	0,3019
			90	27,17	0,3019
02509601	*Olmesartan HCTZ*	Sanis	90	27,17	0,3019
02319616	*Olmetec Plus*	Organon	30	30,49	1,0163

Co. 40 mg - 12,5 mg **PPB**

02468956	*ACH-Olmesartan HCTZ*	Accord	30	9,06	0,3019
			90	27,17	0,3019
02443120	*Act Olmesartan HCT*	Teva Can	30	9,06	0,3019
02453614	*Apo-Olmesartan/HCTZ*	Apotex	90	27,17	0,3019
02476495	*Auro-Olmesartan HCTZ*	Aurobindo	30	9,06	0,3019
			100	30,19	0,3019
02475715	*GLN-Olmesartan HCTZ*	Glenmark	30	9,06	0,3019
02508281	*NRA-Olmesartan HCTZ*	Nora	30	9,06	0,3019
			90	27,17	0,3019
02509636	*Olmesartan HCTZ*	Sanis	90	27,17	0,3019
02319624	*Olmetec Plus*	Organon	30	30,49	1,0163

Co. 40 mg - 25 mg **PPB**

02468964	*ACH-Olmesartan HCTZ*	Accord	30	9,06	0,3019
			90	27,17	0,3019
02443139	*Act Olmesartan HCT*	Teva Can	30	9,06	0,3019
02453622	*Apo-Olmesartan/HCTZ*	Apotex	90	27,17	0,3019
02476509	*Auro-Olmesartan HCTZ*	Aurobindo	30	9,06	0,3019
			100	30,19	0,3019
02475723	*GLN-Olmesartan HCTZ*	Glenmark	30	9,06	0,3019
02508303	*NRA-Olmesartan HCTZ*	Nora	30	9,06	0,3019
			90	27,17	0,3019
02509628	*Olmesartan HCTZ*	Sanis	90	27,17	0,3019
02319632	*Olmetec Plus*	Organon	30	30,49	1,0163

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TELMISARTAN Pr

Co. 40 mg **PPB**

02484536	*AG-Telmisartan*	Angita	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02453568	*Auro-Telmisartan*	Aurobindo	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02522918	*Bio-Telmisartan*	Biomed	100	21,61	➡ 0,2161
02386755	*Jamp Telmisartan*	Jamp	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02240769	*Micardis*	Bo. Ing.	28	31,63	1,1296
02486369	*Mint-Telmisartan*	Mint	100	21,61	➡ 0,2161
02503794	*NRA-Telmisartan*	Nora	100	21,61	➡ 0,2161
02499622	*pms-Telmisartan*	Phmscience	100	21,61	➡ 0,2161
02375958	*Sandoz Telmisartan*	Sandoz	30	6,48	➡ 0,2161
			500	108,05	➡ 0,2161
02407485	*Telmisartan*	Accord	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02395223	*Telmisartan*	Pro Doc	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02388944	*Telmisartan*	Sanis	100	21,61	➡ 0,2161
			500	108,05	➡ 0,2161
02390345	*Telmisartan*	Sivem	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02320177	*Teva Telmisartan*	Teva Can	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161

Co. 80 mg **PPB**

02484544	*AG-Telmisartan*	Angita	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02453576	*Auro-Telmisartan*	Aurobindo	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02522926	*Bio-Telmisartan*	Biomed	100	21,61	➡ 0,2161
02386763	*Jamp Telmisartan*	Jamp	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02240770	*Micardis*	Bo. Ing.	28	31,63	1,1296
02486377	*Mint-Telmisartan*	Mint	100	21,61	➡ 0,2161
02503808	*NRA-Telmisartan*	Nora	100	21,61	➡ 0,2161
02499630	*pms-Telmisartan*	Phmscience	100	21,61	➡ 0,2161
02375966	*Sandoz Telmisartan*	Sandoz	30	6,48	➡ 0,2161
			500	108,05	➡ 0,2161
02407493	*Telmisartan*	Accord	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02395231	*Telmisartan*	Pro Doc	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02388952	*Telmisartan*	Sanis	100	21,61	➡ 0,2161
			500	108,05	➡ 0,2161
02390353	*Telmisartan*	Sivem	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161
02320185	*Teva Telmisartan*	Teva Can	30	6,48	➡ 0,2161
			100	21,61	➡ 0,2161

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TELMISARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 🅿

Co. 80 mg - 12,5 mg **PPB**

02484560	*AG-Telmisartan-HCT*	Angita	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02456389	*Auro-Telmisartan HCTZ*	Aurobindo	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02389940	*Jamp Telmisartan-HCT*	Jamp	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02244344	*Micardis Plus*	Bo. Ing.	28	31,63	1,1296
02504146	*NRA-Telmisartan HCTZ*	Nora	100	20,98	➡ 0,2098
02401665	*pms-Telmisartan-HCTZ*	Phmscience	100	20,98	➡ 0,2098
02393557	*Sandoz Telmisartan HCT*	Sandoz	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02433214	*Telmisartan - HCTZ*	Phmscience	100	20,98	➡ 0,2098
02395525	*Telmisartan - HCTZ*	Pro Doc	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02390302	*Telmisartan HCTZ*	Sivem	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02395355	*Telmisartan/ HCTZ*	Sanis	100	20,98	➡ 0,2098
02419114	*Telmisartan/ Hydrochlorothiazide*	Accord	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02330288	*Teva Telmisartan HCTZ*	Teva Can	30	6,29	➡ 0,2098
			500	104,90	➡ 0,2098

Co. 80 mg - 25 mg **PPB**

02484579	*AG-Telmisartan-HCT*	Angita	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02456397	*Auro-Telmisartan HCTZ*	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg - 10 mg		
02371030	*Twynsta*	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818
Co.			80 mg -5 mg	**PPB**	
02473488	*AA-Telmisartan-Amlodipine*	AA Pharma	100	54,72 ➡	0,5472
02371049	*Twynsta*	Bo. Ing.	28	15,32 ➡	0,5472
Co.			80 mg - 10 mg	**PPB**	
02473496	*AA-Telmisartan-Amlodipine*	AA Pharma	100	54,72 ➡	0,5472
02371057	*Twynsta*	Bo. Ing.	28	15,32 ➡	0,5472

VALSARTAN 🅿

Co.			40 mg	**PPB**	
02414201	*Auro-Valsartan*	Aurobindo	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211
02270528	*Diovan*	Novartis	28	31,27	1,1168
02356740	*Sandoz Valsartan*	Sandoz	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211
02363062	*Taro-Valsartan*	Sun Pharma	100	22,11 ➡	0,2211
02356643	*Teva Valsartan*	Teva Can	30	6,63 ➡	0,2211
02367726	*Valsartan*	Pro Doc	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211
02366940	*Valsartan*	Sanis	100	22,11 ➡	0,2211
02384523	*Valsartan*	Sivem	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211
Co.			80 mg	**PPB**	
02414228	*Auro-Valsartan*	Aurobindo	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02244781	*Diovan*	Novartis	28	31,47	1,1239
02356759	*Sandoz Valsartan*	Sandoz	30	6,48 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02363100	*Taro-Valsartan*	Sun Pharma	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02356651	*Teva Valsartan*	Teva Can	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159
02367734	*Valsartan*	Pro Doc	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159
02366959	*Valsartan*	Sanis	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02384531	*Valsartan*	Sivem	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				160 mg **PPB**	
02414236	*Auro-Valsartan*	Aurobindo	100	21,59	➡ 0,2159
			500	107,95	➡ 0,2159
02244782	*Diovan*	Novartis	28	31,47	1,1239
02356767	*Sandoz Valsartan*	Sandoz	30	6,48	➡ 0,2159
			500	107,95	➡ 0,2159
02363119	*Taro-Valsartan*	Sun Pharma	100	21,59	➡ 0,2159
			500	107,95	➡ 0,2159
02356678	*Teva Valsartan*	Teva Can	30	6,48	➡ 0,2159
			100	21,59	➡ 0,2159
02367742	*Valsartan*	Pro Doc	30	6,48	➡ 0,2159
			100	21,59	➡ 0,2159
02366967	*Valsartan*	Sanis	100	21,59	➡ 0,2159
			500	107,95	➡ 0,2159
02384558	*Valsartan*	Sivem	30	6,48	➡ 0,2159
			100	21,59	➡ 0,2159

Co.				320 mg **PPB**	
02414244	*Auro-Valsartan*	Aurobindo	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02289504	*Diovan*	Novartis	28	31,47	1,1239
02356775	*Sandoz Valsartan*	Sandoz	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02356686	*Teva Valsartan*	Teva Can	30	6,29	➡ 0,2098
02367750	*Valsartan*	Pro Doc	100	20,98	➡ 0,2098
02366975	*Valsartan*	Sanis	100	20,98	➡ 0,2098
02384566	*Valsartan*	Sivem	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098

VALSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE Ⓟ

Co.				80 mg - 12,5 mg **PPB**	
02408112	*Auro-Valsartan HCT*	Aurobindo	30	6,64	➡ 0,2213
			100	22,13	➡ 0,2213
02241900	*Diovan-HCT*	Novartis	28	32,16	1,1486
02356694	*Sandoz Valsartan HCT*	Sandoz	30	6,64	➡ 0,2213
			500	110,65	➡ 0,2213
02356996	*Teva Valsartan/HCTZ*	Teva Can	30	6,64	➡ 0,2213
			50	11,07	➡ 0,2213
02367009	*Valsartan HCT*	Sanis	100	22,13	➡ 0,2213
02384736	*Valsartan HCT*	Sivem	30	6,64	➡ 0,2213
			100	22,13	➡ 0,2213
02367769	*Valsartan-HCTZ*	Pro Doc	30	6,64	➡ 0,2213
			100	22,13	➡ 0,2213

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			160 mg -12,5 mg	**PPB**	
02408120	*Auro-Valsartan HCT*	Aurobindo	30	6,72	➡ 0,2240
			100	22,40	➡ 0,2240
02241901	*Diovan-HCT*	Novartis	28	32,10	1,1464
02356708	*Sandoz Valsartan HCT*	Sandoz	30	6,72	➡ 0,2240
			500	112,00	➡ 0,2240
02357003	*Teva Valsartan/HCTZ*	Teva Can	30	6,72	➡ 0,2240
			50	11,20	➡ 0,2240
02367017	*Valsartan HCT*	Sanis	100	22,40	➡ 0,2240
			500	112,00	➡ 0,2240
02384744	*Valsartan HCT*	Sivem	30	6,72	➡ 0,2240
			100	22,40	➡ 0,2240
02367777	*Valsartan-HCTZ*	Pro Doc	30	6,72	➡ 0,2240
			100	22,40	➡ 0,2240
Co.			160 mg - 25 mg	**PPB**	
02408139	*Auro-Valsartan HCT*	Aurobindo	30	6,71	➡ 0,2238
			100	22,38	➡ 0,2238
02246955	*Diovan-HCT*	Novartis	28	31,99	1,1425
02356716	*Sandoz Valsartan HCT*	Sandoz	30	6,71	➡ 0,2238
			500	111,90	➡ 0,2238
02357011	*Teva Valsartan/HCTZ*	Teva Can	30	6,71	➡ 0,2238
			50	11,19	➡ 0,2238
02367025	*Valsartan HCT*	Sanis	100	22,38	➡ 0,2238
			500	111,90	➡ 0,2238
02384752	*Valsartan HCT*	Sivem	30	6,71	➡ 0,2238
			100	22,38	➡ 0,2238
02367785	*Valsartan-HCTZ*	Pro Doc	30	6,71	➡ 0,2238
			100	22,38	➡ 0,2238
Co.			320 mg - 12,5 mg	**PPB**	
02408147	*Auro-Valsartan HCT*	Aurobindo	30	6,71	➡ 0,2235
			100	22,35	➡ 0,2235
02308908	*Diovan-HCT*	Novartis	28	31,49	1,1246
02356724	*Sandoz Valsartan HCT*	Sandoz	30	6,71	➡ 0,2235
			100	22,35	➡ 0,2235
02357038	*Teva Valsartan/HCTZ*	Teva Can	30	6,71	➡ 0,2235
02367033	*Valsartan HCT*	Sanis	30	6,71	➡ 0,2235
02384760	*Valsartan HCT*	Sivem	30	6,71	➡ 0,2235
Co.			320 mg - 25 mg	**PPB**	
02408155	*Auro-Valsartan HCT*	Aurobindo	30	6,69	➡ 0,2231
			100	22,31	➡ 0,2231
02308916	*Diovan-HCT*	Novartis	28	31,49	1,1246
02356732	*Sandoz Valsartan HCT*	Sandoz	30	6,69	➡ 0,2231
			100	22,31	➡ 0,2231
02357046	*Teva Valsartan/HCTZ*	Teva Can	30	6,69	➡ 0,2231
02367041	*Valsartan HCT*	Sanis	100	22,31	➡ 0,2231

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:32.20
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ALDOSTERONE
SPIRONOLACTONE Ⓟ

Co. 25 mg **PPB**

02488140	*Mint-Spironolactone*	Mint	500	34,60	➡ 0,0692
00613215	*Teva-Spironolactone*	Teva Can	500	34,60	➡ 0,0692

Co. 100 mg **PPB**

02488159	*Mint-Spironolactone*	Mint	100	19,10	➡ 0,1910
00613223	*Teva-Spironolactone*	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	*Jamp-AAS EC*	Jamp	500	13,98	➡	0,0280
02284529	*pms-ASA EC*	Phmscience	1000	27,96		**R**

Co. ou Co.Ent ou Co.Croq 80 mg ou 81 mg **PPB**

02497115	*ASA 80 mg croquable*	Altamed	500	26,50	➡	0,0530
02427176	*ASA EC (80 mg)*	Sanis	500	26,50	➡	0,0530
02009013	*Asaphen*	Phmscience	100	5,30	➡	0,0530
			500	26,50	➡	0,0530
02238545	*Asaphen E.C.*	Phmscience	500	26,50	➡	0,0530
			1000	53,00	➡	0,0530
02280167	*Asatab*	Odan	100	5,30	➡	0,0530
			500	26,50	➡	0,0530
02515687	*Bio-ASA*	Biomed	500	26,50	➡	0,0530
02283905	*Jamp-A.A.S. (Co. Ent.)*	Jamp	1000	53,00	➡	0,0530
02269139	*Jamp-A.A.S. (Co.Croq.)*	Jamp	500	26,50	➡	0,0530
02427206	*Jamp-ASA 81 mg EC*	Jamp	300	15,90	➡	0,0530
			1000	53,00	➡	0,0530
02429950	*M-ASA 80 mg croquable*	Mantra Ph.	500	26,50	➡	0,0530
02311496	*Pro-AAS EC-80*	Pro Doc	1000	53,00	➡	0,0530
02311518	*Pro-AAS-80 (croquable)*	Pro Doc	500	26,50	➡	0,0530
02202352	*Rivasa (Co. Croq.)*	Riva	100	5,30	➡	0,0530
			500	26,50	➡	0,0530
02485222	*Rivasa 80 mg EC*	Riva	1000	53,00	➡	0,0530
02420279	*Rivasa 81 mg EC*	Riva	1000	53,00	➡	0,0530
02202360	*Rivasa FC (Co.)*	Riva	100	5,30	➡	0,0530
			1000	53,00	➡	0,0530

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CÉLÉCOXIB Ⓟ

Caps. 100 mg **PPB**

02420155	*ACT Celecoxib*	ActavisPhm	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02437570	*AG-Celecoxib*	Angita	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02418932	*Apo-Celecoxib*	Apotex	100	12,79	➡ 0,1279
02445670	*Auro-Celecoxib*	Aurobindo	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02426382	*Bio-Celecoxib*	Biomed	100	12,79	➡ 0,1279
02239941	*Celebrex*	Upjohn	100	67,58	0,6758
02477661	*Celecoxib*	Altamed	100	12,79	➡ 0,1279
02424371	*Celecoxib*	Pro Doc	500	63,95	➡ 0,1279
02436299	*Celecoxib*	Sanis	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02429675	*Celecoxib*	Sivem	100	12,79	➡ 0,1279
02424533	*Jamp-Celecoxib*	Jamp	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02420058	*Mar-Celecoxib*	Marcan	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02495465	*M-Celecoxib*	Mantra Ph.	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02412497	*Mint-Celecoxib*	Mint	100	12,79	➡ 0,1279
02479737	*NRA-Celecoxib*	Nora	100	12,79	➡ 0,1279
02517116	*pmsc-Celecoxib*	Phmscience	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02355442	*pms-Celecoxib*	Phmscience	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02426366	*Priva-Celecoxib*	Pharmapar	100	12,79	➡ 0,1279
02412373	*Ran-Celecoxib*	Ranbaxy	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02425386	*Riva-Celecox*	Riva	100	12,79	➡ 0,1279
			500	63,95	➡ 0,1279
02442639	*SDZ Celecoxib*	Sandoz	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	*ACT Celecoxib*	ActavisPhm	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02437589	*AG-Celecoxib*	Angita	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02418940	*Apo-Celecoxib*	Apotex	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02445689	*Auro-Celecoxib*	Aurobindo	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02426390	*Bio-Celecoxib*	Biomed	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02239942	*Celebrex*	Upjohn	100	135,15	1,3515
02477688	*Celecoxib*	Altamed	500	127,90	➡ 0,2558
02424398	*Celecoxib*	Pro Doc	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02436302	*Celecoxib*	Sanis	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02429683	*Celecoxib*	Sivem	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02424541	*Jamp-Celecoxib*	Jamp	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02420066	*Mar-Celecoxib*	Marcan	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02495473	*M-Celecoxib*	Mantra Ph.	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02412500	*Mint-Celecoxib*	Mint	100	25,58	➡ 0,2558
02479745	*NRA-Celecoxib*	Nora	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02517124	*pmsc-Celecoxib*	Phmscience	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02355450	*pms-Celecoxib*	Phmscience	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02426374	*Priva-Celecoxib*	Pharmapar	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02412381	*Ran-Celecoxib*	Ranbaxy	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02425394	*Riva-Celecox*	Riva	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558
02442647	*SDZ Celecoxib*	Sandoz	100	25,58	➡ 0,2558
			500	127,90	➡ 0,2558

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DICLOFÉNAC (POTASSIQUE OU SODIQUE) 🅿

Co - Co Ent ou Co LA — 50 mg /50 mg L.A. /100 mg L.A. **PPB**

00839183	*Apo-Diclo 50 mg*	Apotex	100	20,24	➡ 0,2024
			500	101,20	➡ 0,2024
02091194	*Apo-Diclo SR 100 mg*	Apotex	100	40,48	➡ 0,4048
00870978	*Diclofénac-50*	Pro Doc	100	20,24	➡ 0,2024
02224127	*Diclofénac-SR 100 mg*	Pro Doc	100	40,48	➡ 0,4048
00808547	*Novo-Difenac 50 mg*	Novopharm	100	20,24	➡ 0,2024
			500	101,20	➡ 0,2024
02048698	*Novo-Difenac SR 100 mg*	Novopharm	100	40,48	➡ 0,4048
02302624	*pms-Diclofenac 50 mg*	Phmscience	100	20,24	➡ 0,2024
			500	101,20	➡ 0,2024
02239753	*pms-Diclofenac-K 50 mg*	Phmscience	100	20,24	➡ 0,2024
			500	101,20	➡ 0,2024
02231505	*pms-Diclofenac-SR 100 mg*	Phmscience	100	40,48	➡ 0,4048
			250	101,20	➡ 0,4048
02261960	*Sandoz Diclofenac 50 mg*	Sandoz	100	20,24	➡ 0,2024
02261774	*Sandoz Diclofenac Rapide 50 mg*	Sandoz	100	20,24	➡ 0,2024
02261944	*Sandoz Diclofenac SR 100 mg*	Sandoz	100	40,48	➡ 0,4048
02239355	*Teva-Diclofenac K*	Teva Can	100	20,24	➡ 0,2024
00514012	*Voltaren 50 mg*	Novartis	100	72,81	0,7281
00881635	*Voltaren Rapide 50 mg*	Novartis	100	68,46	0,6846
00590827	*Voltaren S.R. 100 mg*	Novartis	100	143,33	1,4333

DICLOFÉNAC SODIQUE 🅿

Co. Ent. ou Co. L.A. — 25 mg / 75 mg L.A. **PPB**

00839175	*Apo-Diclo 25 mg*	Apotex	100	7,73	➡ 0,0773
02162814	*Apo-Diclo S.R. 75 mg*	Apotex	100	23,19	➡ 0,2319
00808539	*Novo-Difenac 25 mg*	Novopharm	100	7,73	➡ 0,0773
02158582	*Novo-Difenac SR 75 mg*	Novopharm	100	23,19	➡ 0,2319
02302616	*pms-Diclofenac 25 mg*	Phmscience	100	7,73	➡ 0,0773
02231504	*pms-Diclofenac- SR 75 mg*	Phmscience	100	23,19	➡ 0,2319
			500	115,95	➡ 0,2319
02261901	*Sandoz Diclofenac SR 75 mg*	Sandoz	100	23,19	➡ 0,2319
00782459	*Voltaren S.R. 75 mg*	Novartis	100	100,56	1,0056

Supp. — 50 mg **PPB**

02231506	*pms-Diclofenac*	Phmscience	30	13,02	➡ 0,4339
02261928	*Sandoz Diclofenac*	Sandoz	30	13,02	➡ 0,4339
00632724	*Voltaren*	Novartis	30	32,79	1,0930

Supp. — 100 mg **PPB**

02231508	*pms-Diclofenac*	Phmscience	30	17,52	➡ 0,5840
02261936	*Sandoz Diclofenac*	Sandoz	30	17,52	➡ 0,5840

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE

DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL P

Co. 50 mg - 200 mcg **PPB**

01917056	*Arthrotec*	Pfizer	250	149,75		0,5990
02413469	*pms-Diclofenac-Misoprostol*	Phmscience	250	78,73	➡	0,3149

Co. 75 mg - 200 mcg **PPB**

02229837	*Arthrotec 75*	Pfizer	250	203,81		0,8152
02413477	*pms-Diclofenac-Misoprostol*	Phmscience	250	107,15	➡	0,4286

FLURBIPROFÈNE P

Co. 50 mg

01912046	*Flurbiprofen*	AA Pharma	100	22,21		0,2221

Co. 100 mg **PPB**

01912038	*Flurbiprofen*	AA Pharma	100	30,39	➡	0,3039
02100517	*Novo-Flurprofen*	Novopharm	100	30,39	➡	0,3039

IBUPROFÈNE

Co. 200 mg **PPB**

00441643	*Apo-Ibuprofen*	Apotex	1000	51,00	➡	0,0510
02368072	*Comprimés d'ibuprofène*	Jamp	100	5,10	➡	0,0510
02272849	*Jamp-Ibuprofène*	Jamp	100	5,10	➡	0,0510

Co. 400 mg

02401290	*Jamp-Ibuprofène*	Jamp	300	11,16		0,0372

Susp. Orale 100 mg/5 mL

02354799	*Europrofen*	Pendopharm	120 ml	6,49		0,0541

INDOMÉTHACINE P

Caps. 25 mg **PPB**

02461811	*Mint-Indomethacin*	Mint	100	15,19	➡	0,1519
00337420	*Teva-Indomethacin*	Teva Can	100	15,19	➡	0,1519
			1000	151,90	➡	0,1519

Caps. 50 mg **PPB**

02499223	*Auro-Indomethacin*	Aurobindo	100	12,34	➡	0,1234
			1000	123,40	➡	0,1234
02461536	*Mint-Indomethacin*	Mint	100	12,34	➡	0,1234
00337439	*Teva-Indomethacin*	Teva Can	100	12,34	➡	0,1234
			500	61,70	➡	0,1234

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Supp.				50 mg	
02231799	*Sandoz Indométhacine*	Sandoz	30	24,60	0,8200
Supp.				100 mg	
02231800	*Sandoz Indométhacine*	Sandoz	30	26,73	0,8910

KÉTOPROFÈNE Pr

Co. Ent.				100 mg	
00842664	*Ketoprofen-E 100 mg*	AA Pharma	100	68,23	0,6823
Co. L.A.				200 mg	
02172577	*Ketoprofen SR 200 mg*	AA Pharma	100	138,90	1,3890

MÉLOXICAM Pr

Co.				7,5 mg **PPB**	
02250012	*ACT Meloxicam*	ActavisPhm	30	6,01 ➡	0,2003
			100	20,03 ➡	0,2003
02248973	*Apo-Méloxicam*	Apotex	100	20,03 ➡	0,2003
02390884	*Auro-Meloxicam*	Aurobindo	30	6,01 ➡	0,2003
			100	20,03 ➡	0,2003
02353148	*Meloxicam*	Sanis	100	20,03 ➡	0,2003
02258315	*Novo-Méloxicam*	Novopharm	30	6,01 ➡	0,2003
			100	20,03 ➡	0,2003
02248267	*pms-Méloxicam*	Phmscience	100	20,03 ➡	0,2003
Co.				15 mg **PPB**	
02250020	*ACT Meloxicam*	ActavisPhm	100	23,10 ➡	0,2310
02248974	*Apo-Méloxicam*	Apotex	100	23,10 ➡	0,2310
02390892	*Auro-Meloxicam*	Aurobindo	30	6,93 ➡	0,2310
			100	23,10 ➡	0,2310
02353156	*Meloxicam*	Sanis	100	23,10 ➡	0,2310
02248268	*pms-Méloxicam*	Phmscience	100	23,10 ➡	0,2310
02258323	*Teva-Meloxicam*	Teva Can	30	6,93 ➡	0,2310
			100	23,10 ➡	0,2310

NAPROXÈNE Pr

Co. Ent. ou Co.				250 mg **PPB**	
00522651	*Apo-Naproxen 250 mg*	Apotex	100	10,68 ➡	0,1068
02246699	*Apo-Naproxen EC*	Apotex	100	10,68 ➡	0,1068
02350750	*Naproxen*	Sanis	100	10,68 ➡	0,1068
			500	53,40 ➡	0,1068
02350785	*Naproxen EC*	Sanis	100	10,68 ➡	0,1068
00590762	*Naproxen-250*	Pro Doc	100	10,68 ➡	0,1068
02243312	*Novo-Naprox EC*	Novopharm	100	10,68 ➡	0,1068
00565350	*Teva-Naproxen*	Teva Can	100	10,68 ➡	0,1068
			500	53,40 ➡	0,1068

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Ent. ou Co.				500 mg **PPB**	
00592277	*Apo-Naproxen*	Apotex	100	21,10 ➡	0,2110
			500	105,50 ➡	0,2110
02246701	*Apo-Naproxen EC*	Apotex	100	21,10 ➡	0,2110
02162423	*Naprosyn E*	Atnahs	100	98,82	0,9882
02350777	*Naproxen*	Sanis	100	21,10 ➡	0,2110
			500	105,50 ➡	0,2110
02350807	*Naproxen EC*	Sanis	100	21,10 ➡	0,2110
00618721	*Naproxen-500*	Pro Doc	500	105,50 ➡	0,2110
00589861	*Novo-Naprox*	Novopharm	100	21,10 ➡	0,2110
			500	105,50 ➡	0,2110
02243314	*Novo-Naprox EC*	Novopharm	100	21,10 ➡	0,2110
02294710	*pms-Naproxen EC*	Phmscience	100	21,10 ➡	0,2110
02310953	*Pro-Naproxen EC*	Pro Doc	100	21,10 ➡	0,2110
Co. ou Co. Ent.				375 mg **PPB**	
00600806	*Apo-Naproxen 375 mg*	Apotex	100	14,58 ➡	0,1458
			500	72,90 ➡	0,1458
02246700	*Apo-Naproxen EC 375 mg*	Apotex	100	14,58 ➡	0,1458
02162415	*Naprosyn E 375 mg*	Atnahs	100	54,79	0,5479
02350769	*Naproxen*	Sanis	100	14,58 ➡	0,1458
			500	72,90 ➡	0,1458
02350793	*Naproxen EC*	Sanis	100	14,58 ➡	0,1458
00655686	*Naproxen-375*	Pro Doc	100	14,58 ➡	0,1458
02294702	*pms-Naproxen EC*	Phmscience	100	14,58 ➡	0,1458
00627097	*Teva-Naproxen*	Teva Can	100	14,58 ➡	0,1458
			500	72,90 ➡	0,1458
02243313	*Teva-Naproxen-EC*	Teva Can	100	14,58 ➡	0,1458
Susp. Orale				25 mg/mL	
* 02162431	*Pediapharm Naproxen Suspension*	Medexus	474 ml	45,00	0,0949

PIROXICAM 🅿

Caps.				10 mg	
00695718	*Novo-Pirocam*	Novopharm	100	22,13	0,2213
Caps.				20 mg	
00695696	*Novo-Pirocam*	Novopharm	100	37,11	0,3711

SULINDAC 🅿

Co.				150 mg	
00745588	*Novo-Sundac*	Novopharm	100	38,24	0,3824
Co.				200 mg	
00745596	*Novo-Sundac*	Novopharm	100	39,20	0,3920

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TIAPROFÉNIQUE (ACIDE) Ⓟ

Co. 200 mg

02179679	*Teva-Tiaprofenic*	Teva Can	100	34,37	0,3437

Co. 300 mg

02179687	*Teva-Tiaprofenic*	Teva Can	100	32,57	0,3257

28:08.08
AGONISTES DES OPIACÉS

CODÉINE (BASE ET SULFATE) Ⓝ

Co. L.A. 50 mg

02230302	*Codéine Contin*	Purdue	60	18,60	0,3100

Co. L.A. 100 mg

02163748	*Codéine Contin*	Purdue	60	37,20	0,6200

Co. L.A. 150 mg

02163780	*Codéine Contin*	Purdue	60	56,28	0,9380

Co. L.A. 200 mg

02163799	*Codéine Contin*	Purdue	60	74,46	1,2410

CODÉINE (PHOSPHATE DE) Ⓝ

Co. 30 mg **PPB**

02009757	*Codéine*	Riva	100	7,73	➡	0,0773
			500	38,65	➡	0,0773
00593451	*Teva-Codeine*	Teva Can	100	7,73	➡	0,0773
			500	38,65	➡	0,0773

FENTANYL Ⓝ

Timbre cut. 12 mcg/h **PPB**

02341379	*pms-Fentanyl MTX*	Phmscience	5	11,14	➡	2,2280
02327112	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	11,14	➡	2,2280
02311925	*Teva-Fentanyl*	Teva Can	5	11,14	➡	2,2280

Timbre cut. 25 mcg/h **PPB**

02341387	*pms-Fentanyl MTX*	Phmscience	5	18,28	➡	3,6560
02327120	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	18,28	➡	3,6560
02282941	*Teva-Fentanyl*	Teva Can	5	18,28	➡	3,6560

Timbre cut. 37 mcg/h

02327139	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	32,99	6,5980

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.				50 mcg/h	**PPB**
02341395	*pms-Fentanyl MTX*	Phmscience	5	34,41	➡ 6,8820
02327147	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	34,41	➡ 6,8820
02282968	*Teva-Fentanyl*	Teva Can	5	34,41	➡ 6,8820
Timbre cut.				75 mcg/h	**PPB**
02341409	*pms-Fentanyl MTX*	Phmscience	5	48,40	➡ 9,6800
02327155	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	48,40	➡ 9,6800
02282976	*Teva-Fentanyl*	Teva Can	5	48,40	➡ 9,6800
Timbre cut.				100 mcg/h	**PPB**
02341417	*pms-Fentanyl MTX*	Phmscience	5	60,25	➡ 12,0500
02327163	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	60,25	➡ 12,0500
02282984	*Teva-Fentanyl*	Teva Can	5	60,25	➡ 12,0500

HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D') Ⓝ

Caps. L.A. (12 h)				3 mg	
02125323	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	36,14	0,6023
Caps. L.A. (12 h)				4,5 mg	
02359502	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	43,65	0,7275
Caps. L.A. (12 h)				6 mg	
02125331	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	54,18	0,9030
Caps. L.A. (12 h)				9 mg	
02359510	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	71,55	1,1925
Caps. L.A. (12 h)				12 mg	
02125366	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	93,92	1,5653
Caps. L.A. (12 h)				18 mg	
02243562	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	135,54	2,2590
Caps. L.A. (12 h)				24 mg	
02125382	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	156,83	2,6138
Caps. L.A. (12 h)				30 mg	
02125390	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	187,85	3,1308

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				1 mg **PPB**	
02364115	*Apo-Hydromorphone*	Apotex	100	9,50	0,0950
00705438	*Dilaudid*	Purdue	100	9,50	0,0950
00885444	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	100	9,50	0,0950
02319403	*Teva Hydromorphone*	Teva Can	100	9,50	0,0950
Co.				2 mg **PPB**	
02364123	*Apo-Hydromorphone*	Apotex	100	14,16	0,1416
00125083	*Dilaudid*	Purdue	100	14,16	0,1416
00885436	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	100	14,16	0,1416
02319411	*Teva Hydromorphone*	Teva Can	100	14,16	0,1416
Co.				4 mg **PPB**	
02364131	*Apo-Hydromorphone*	Apotex	100	22,40	0,2240
00125121	*Dilaudid*	Purdue	100	22,40	0,2240
00885401	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	100	22,40	0,2240
02319438	*Teva Hydromorphone*	Teva Can	100	22,40	0,2240
Co.				8 mg **PPB**	
02364158	*Apo-Hydromorphone*	Apotex	100	35,28	0,3528
00786543	*Dilaudid*	Purdue	100	35,28	0,3528
00885428	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	100	35,28	0,3528
02319446	*Teva Hydromorphone*	Teva Can	100	35,28	0,3528
Sir.				1 mg/mL	
01916386	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	500 ml	32,60	0,0652
Sol. Inj.			2 mg/mL (1 mL) **PPB**		
02460602	*Chlorhydrate d'hydromorphone*	Sterimax	10	16,47	1,6470
02491699	*Chlorhydrate d'hydromorphone injectable*	Fresenius	25	41,18	1,6470
02145901	*Hydromorphone*	Sandoz	10	16,47	1,6470
Sol. Inj.				10 mg/mL **PPB**	
02460610	*Chlorhydrate d'hydromorphone HP 10*	Sterimax	1 ml	3,65	
			5 ml	18,23	
			50 ml	182,25	
02491680	*Chlorhydrate d'hydromorphone injectable*	Fresenius	1 ml	3,65	
			5 ml	18,23	
			50 ml	182,25	
02145928	*Hydromorphone HP 10*	Sandoz	1 ml	3,65	
			5 ml	18,23	
			50 ml	182,25	
Sol. Inj.				20 mg/mL	
02145936	*Hydromorphone HP 20*	Sandoz	50 ml	468,77	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			50 mg/mL **PPB**		
02469413	*Chlorhydrate d'hydromorphone HP 50*	Sterimax	1 ml	➡ 6,95	
			50 ml	➡ 347,63	
02146126	*Hydromorphone HP 50*	Sandoz	50 ml	➡ 347,63	
99003163	*Hydromorphone HP 50*	Sandoz	1 ml	21,13	

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) Ⓝ

Co.				1 mg	
02247698	*Metadol*	Paladin	100	16,73	0,1673
Co.				5 mg	
02247699	*Metadol*	Paladin	100	55,75	0,5575
Co.				10 mg	
02247700	*Metadol*	Paladin	100	89,21	0,8921
Co.				25 mg	
02247701	*Metadol*	Paladin	100	167,26	1,6726
Sol. Orale				1 mg/mL	
02247694	*Metadol*	Paladin	250 ml	25,18	0,1007
Sol. Orale			10 mg/mL **PPB**		
02495783	*Jamp Methadone Oral Concentrate*	Jamp	1000 ml	52,50	➡ 0,0525
02241377	*Metadol*	Paladin	100 ml	36,42	0,3642
02244290	*Metadol-D*	Paladin	100 ml	11,15	➡ 0,1115
			1000 ml	52,50	➡ 0,0525
02394596	*Methadose*	Mallinckro	1000 ml	52,50	➡ 0,0525
02394618	*Methadose (sans sucre)*	Mallinckro	1000 ml	52,50	➡ 0,0525
02495872	*Odan-Methadone*	Odan	1000 ml	52,50	➡ 0,0525
02495880	*Odan-Methadone (sans sucre)*	Odan	1000 ml	52,50	➡ 0,0525
02481979	*Sandoz Methadone*	Sandoz	1000 ml	52,50	➡ 0,0525

MORPHINE (CHLORHYDRATE OU SULFATE DE) Ⓝ

Caps. L.A.				10 mg	
02019930	*M-Eslon*	Ethypharm	20	6,50	0,3250
			50	16,25	0,3250
Caps. L.A.				15 mg	
02177749	*M-Eslon*	Ethypharm	20	3,88	0,1938
			50	9,69	0,1938

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.				30 mg	
02019949	*M-Eslon*	Ethypharm	20	5,86	0,2928
			50	14,64	0,2928
Caps. L.A.				60 mg	
02019957	*M-Eslon*	Ethypharm	20	10,32	0,5160
			50	25,80	0,5160
Caps. L.A.				100 mg	
02019965	*M-Eslon*	Ethypharm	20	15,89	0,7944
			50	39,72	0,7944
Caps. L.A.				200 mg	
02177757	*M-Eslon*	Ethypharm	50	73,12	1,4624
Caps. L.A. (24 h)				10 mg	
02242163	*Kadian*	BGP Pharma	100	36,38	0,3638
Caps. L.A. (24 h)				20 mg	
02184435	*Kadian*	BGP Pharma	100	61,32	0,6132
Caps. L.A. (24 h)				50 mg	
02184443	*Kadian*	BGP Pharma	100	128,75	1,2875
Caps. L.A. (24 h)				100 mg	
02184451	*Kadian*	BGP Pharma	50	112,27	2,2454
Caps. ou Co.				5 mg **PPB**	
02014203	*MS-IR*	Purdue	60	6,27	➡ 0,1045
00594652	*Statex*	Paladin	100	10,45	➡ 0,1045
Caps. ou Co.				10 mg **PPB**	
02014211	*MS-IR*	Purdue	60	9,69	➡ 0,1615
00594644	*Statex*	Paladin	100	16,15	➡ 0,1615
Co.				20 mg	
02014238	*MS-IR*	Purdue	60	18,92	0,3154
Co.				25 mg	
00594636	*Statex*	Paladin	100	22,50	0,2250

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				30 mg	
02014254	*MS-IR*	Purdue	60	24,35	0,4058
Co.				50 mg	
00675962	*Statex*	Paladin	100	34,50	0,3450
Co. L.A.				15 mg **PPB**	
02015439	*MS Contin*	Purdue	60	39,42	0,6570
02302764	*Novo-Morphine SR*	Novopharm	50	11,59 ➡	0,2317
02244790	*Sandoz Morphine SR*	Sandoz	100	23,17 ➡	0,2317
Co. L.A.				30 mg **PPB**	
02014297	*MS Contin*	Purdue	60	59,46	0,9910
02302772	*Novo-Morphine SR*	Novopharm	50	17,50 ➡	0,3500
			100	35,00 ➡	0,3500
02244791	*Sandoz Morphine SR*	Sandoz	100	35,00 ➡	0,3500
Co. L.A.				60 mg **PPB**	
02014300	*MS Contin*	Purdue	60	104,94	1,7490
02302780	*Novo-Morphine SR*	Novopharm	50	30,84 ➡	0,6167
			100	61,67 ➡	0,6167
02244792	*Sandoz Morphine SR*	Sandoz	100	61,67 ➡	0,6167
Co. L.A.				100 mg **PPB**	
02014319	*MS Contin*	Purdue	60	160,02	2,6670
02302799	*Novo-Morphine SR*	Novopharm	50	47,01 ➡	0,9402
02478889	*Sandoz Morphine SR*	Sandoz	50	47,01 ➡	0,9402
Co. L.A.				200 mg **PPB**	
02014327	*MS Contin*	Purdue	60	297,54	4,9590
02302802	*Novo-Morphine SR*	Novopharm	50	87,40 ➡	1,7480
02478897	*Sandoz Morphine SR*	Sandoz	50	87,40 ➡	1,7480
Sir.				1 mg/mL	
00614491	*Doloral 1*	Atlas	225 ml	3,40	0,0151
			500 ml	7,56	0,0151
Sir.				5 mg/mL	
00614505	*Doloral 5*	Atlas	225 ml	8,67	0,0385
			500 ml	19,26	0,0385

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.				2 mg/mL **PPB**	
02242484	*Morphine (sulfate de)*	Sandoz	1 ml	➡ 2,25	
02482681	*Sulfate de morphine injectable*	Fresenius	1 ml	➡ 2,25	
02500701	*Sulfate de morphine pour injection*	Jamp	10	22,50	➡ 2,2500
Sol. Inj.				10 mg/mL **PPB**	
00392588	*Morphine (sulfate de)*	Sandoz	1 ml	➡ 2,22	
02482746	*Sulfate de morphine injectable*	Fresenius	1 ml	➡ 2,22	
02474980	*Sulfate de morphine injection*	Sterimax	10	22,17	➡ 2,2172
02500728	*Sulfate de morphine pour injection*	Jamp	10	22,17	➡ 2,2172
Sol. Inj.				50 mg/mL	
00617288	*Morphine H.P. 50*	Sandoz	1 ml 10 ml 50 ml	6,82 68,20 340,98	

OXYCODONE (CHLORHYDRATE D') Ⓝ

Co.				5 mg **PPB**	
02319977	*pms-Oxycodone*	Phmscience	100	12,87	➡ 0,1287
00789739	*Supeudol*	Sandoz	100	12,87	➡ 0,1287
Co.				10 mg **PPB**	
02240131	*Oxy IR*	Purdue	60	22,92	0,3820
02319985	*pms-Oxycodone*	Phmscience	100	18,96	➡ 0,1896
00443948	*Supeudol*	Sandoz	100	18,96	➡ 0,1896
Co.				20 mg **PPB**	
02240132	*Oxy IR*	Purdue	60	39,96	0,6660
02319993	*pms-Oxycodone*	Phmscience	50	14,82	➡ 0,2964
02262983	*Supeudol 20*	Sandoz	50	14,82	➡ 0,2964
Supp.				10 mg	
00392480	*Supeudol*	Sandoz	12	27,12	2,2600
Supp.				20 mg	
00392472	*Supeudol*	Sandoz	12	34,44	2,8700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:08.12
AGONISTES PARTIELS DES OPIACÉS
BUPRÉNORPHINE/NALOXONE Ⓝ

Film — 2 mg - 0,5 mg

02502313	*Suboxone*	Indivior	30	80,10	2,6700

Film — 4 mg - 1 mg

02502321	*Suboxone*	Indivior	30	110,67	3,6889

Film — 8 mg - 2 mg

02502348	*Suboxone*	Indivior	30	141,90	4,7300

Film — 12 mg - 3 mg

02502356	*Suboxone*	Indivior	30	212,85	7,0950

BUTORPHANOL (TARTRATE DE) ⊕

Vap. nasal — 10 mg/mL

02242504	*Butorphanol*	AA Pharma	2,5 ml	56,53	

PENTAZOCINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓝ

Co. — 50 mg

02137984	*Talwin*	SanofiAven	100	37,74	0,3774

28:08.92
DIVERS ANALGÉSIQUES 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
00389218	*Novo-Gesic*	Novopharm	1000	11,40	➡	0,0114

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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
00482323	*Novo-Gesic Forte*	Novopharm	1000	14,90	➡ 0,0149
Co. Croq.				80 mg	
02017458	*Acétaminophène*	Riva	24	2,40	0,1000
Co. Croq.				160 mg	
02017431	*Acétaminophène*	Riva	20	2,95	0,1475
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
Sol. Orale Péd.				80 mg/mL **PPB**	
01935275	*Jamp-Acétaminophène*	Jamp	24 ml	➡ 2,87	
02027801	*Pédiatrix*	Teva Can	500 ml	59,79	➡ 0,1196
Supp.				120 mg	
02230434	*Acet 120*	Pendopharm	12	6,44	0,5367
Supp.				160 mg	
02230435	*Acet 160*	Pendopharm	12	7,73	0,6442
Supp.				325 mg	
02230436	*Acet 325*	Pendopharm	12	7,95	0,6625
Supp.				650 mg	
02230437	*Acet 650*	Pendopharm	12	9,13	0,7608

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ACÉTAMINOPHÈNE/ CODÉINE (PHOSPHATE DE) Ⓝ

Co. 300 mg - 30 mg **PPB**

00608882	*Teva-Emtec-30*	Teva Can	500	65,00 ➡	0,1300
00789828	*Triatec-30*	Riva	100	13,00 ➡	0,1300
			500	65,00 ➡	0,1300

Co. 300 mg - 60 mg

00621463	*Teva-Lenoltec No.4*	Teva Can	100	13,84	0,1384

Elix. 160 mg -8 mg/5 mL

00816027	*pms-Acétaminophène avec codéine*	Phmscience	500 ml	38,45	0,0769

28:10
ANTIDOTES NARCOTIQUES

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Vap. nasal 4 mg/0,1 mL

99113725	*Vaporisateur nasal Narcan*	Emergent	2	92,00	46,0000

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) (POUR UTILISATEUR)

Sol. inj. 0,4 mg/mL **PPB**

02455935	*Chlorhydrate de naloxone Injectable*	Oméga	1 ml	➡ 13,75	
02453258	*S.O.S Naloxone Hydrochloride Injection*	Sandoz	1 ml	➡ 13,75	

NALTREXONE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. 50 mg **PPB**

02444275	*Apo-Naltrexone*	Apotex	30	84,23 ➡	2,8075
02451883	*Comprimés de chlorhydrate de naltrexone*	Jamp	28	78,61 ➡	2,8075
02213826	*Revia*	Teva Can	50	140,38 ➡	2,8075

28:10.92
ANTIDOTES, DIVERS

BUPRÉNORPHINE/NALOXONE Ⓝ

Co. S-Ling. 2 mg - 0,5 mg **PPB**

02453908	*ACT Buprenorphine/ Naloxone*	ActavisPhm	30	20,03 ➡	0,6675
02424851	*pms-Buprenorphine/ Naloxone*	Phmscience	30	20,03 ➡	0,6675
02295695	*Suboxone*	Indivior	28	74,76	2,6700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. S-Ling.				8 mg - 2 mg **PPB**	
02453916	*ACT Buprenorphine/ Naloxone*	ActavisPhm	30	35,48	➡ 1,1825
02424878	*pms-Buprenorphine/ Naloxone*	Phmscience	30	35,48	➡ 1,1825
02295709	*Suboxone*	Indivior	28	132,44	4,7300

28:12.04
BARBITURIQUES
PHÉNOBARBITAL ⊕

Co.				15 mg	
00178799	*Phenobarb*	Pendopharm	500	69,95	0,1399
Co.				30 mg	
00178802	*Phenobarb*	Pendopharm	500	79,00	0,1580
Co.				60 mg	
00178810	*Phenobarb*	Pendopharm	500	112,85	0,2257
Co.				100 mg	
00178829	*Phenobarb*	Pendopharm	500	154,40	0,3088
Elix.				25 mg/5 mL	
00645575	*Phenobarb élixir*	Pendopharm	100 ml	14,24	0,1424

PRIMIDONE P

Co.				125 mg	
00399310	*Primidone*	AA Pharma	100	5,64	0,0564
Co.				250 mg	
00396761	*Primidone*	AA Pharma	100	8,87	0,0887

28:12.08
BENZODIAZÉPINES
CLOBAZAM ⊠

Co.				10 mg **PPB**	
02244638	*Apo-Clobazam*	Apotex	30	6,59	➡ 0,2197
02238334	*Teva-Clobazam*	Teva Can	30	6,59	➡ 0,2197

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CLONAZÉPAM

Co. 0,25 mg

02179660	*pms-Clonazépam*	Phmscience	100	6,90	0,0690

Co. 0,5 mg **PPB**

02177889	*Apo-Clonazepam*	Apotex	500	20,90	➡ 0,0418
02239024	*Novo-Clonazepam*	Novopharm	100	4,18	➡ 0,0418
			500	20,90	➡ 0,0418
02207818	*pms-Clonazépam-R*	Phmscience	100	4,18	➡ 0,0418
			500	20,90	➡ 0,0418
02311593	*Pro-Clonazepam*	Pro Doc	500	20,90	➡ 0,0418
02242077	*Riva-Clonazepam*	Riva	100	4,18	➡ 0,0418
			500	20,90	➡ 0,0418
* 00382825	*Rivotril*	Cheplaphar	100	19,82	0,1982

Co. 1 mg **PPB**

02048728	*pms-Clonazépam*	Phmscience	100	14,87	➡ 0,1487
			500	74,35	➡ 0,1487
02311607	*Pro-Clonazepam*	Pro Doc	500	74,35	➡ 0,1487

Co. 2 mg **PPB**

02177897	*Apo-Clonazepam*	Apotex	100	7,21	➡ 0,0721
			500	36,05	➡ 0,0721
02048736	*pms-Clonazépam*	Phmscience	100	7,21	➡ 0,0721
			500	36,05	➡ 0,0721
02311615	*Pro-Clonazepam*	Pro Doc	500	36,05	➡ 0,0721
02242078	*Riva-Clonazepam*	Riva	100	7,21	➡ 0,0721
			500	36,05	➡ 0,0721
* 00382841	*Rivotril*	Cheplaphar	100	34,17	0,3417
02239025	*Teva-Clonazepam*	Novopharm	100	7,21	➡ 0,0721

28:12.12
HYDANTOÏNES
PHÉNYTOÏNE

Co. 50 mg

00023698	*Dilantin Infatabs*	Upjohn	100	7,35	0,0735

Susp. Orale 30 mg/5 mL

00023442	*Dilantin-30*	Upjohn	250 ml	10,10	0,0404

Susp. Orale 125 mg/5 mL **PPB**

00023450	*Dilantin-125*	Upjohn	250 ml	11,93	0,0477
02250896	*Taro-Phenytoin*	Taro	237 ml	7,37	➡ 0,0311

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PHÉNYTOÏNE SODIQUE ℞

Caps. 30 mg

00022772	*Dilantin*	Upjohn	100	12,86	0,1286

Caps. 100 mg **PPB**

00022780	*Dilantin*	Upjohn	100	6,71	0,0671
			1000	67,14	0,0671
* 02460912	*Phenytoin*	AA Pharma	1000	66,50	➡ 0,0665

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

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	31,26	0,3126
			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**

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	*Apo-Divalproex*	Apotex	100	7,24	➡	0,0724
00596418	*Epival 125*	BGP Pharma	100	24,14		0,2414
02458926	*Mylan-Divalproex*	Mylan	100	7,24	➡	0,0724

Co. Ent. 250 mg **PPB**

02239699	*Apo-Divalproex*	Apotex	100	13,01	➡	0,1301
00596426	*Epival 250*	BGP Pharma	100	43,37		0,4337
			500	216,87		0,4337
02458934	*Mylan-Divalproex*	Mylan	100	13,01	➡	0,1301
			500	65,05	➡	0,1301

Co. Ent. 500 mg **PPB**

02239700	*Apo-Divalproex*	Apotex	100	26,04	➡	0,2604
00596434	*Epival 500*	BGP Pharma	100	86,80		0,8680
			500	434,01		0,8680
02459019	*Mylan-Divalproex*	Mylan	100	26,04	➡	0,2604
			500	130,20	➡	0,2604

GABAPENTINE 🅿

Caps. 100 mg **PPB**

02477912	*AG-Gabapentin*	Angita	100	4,16	➡	0,0416
02244304	*Apo-Gabapentin*	Apotex	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,80	➡	0,0416
02321203	*Auro-Gabapentin*	Aurobindo	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,80	➡	0,0416
02450143	*Bio-Gabapentin*	Biomed	100	4,16	➡	0,0416
02416840	*Gabapentin*	Accord	100	4,16	➡	0,0416
02353245	*Gabapentin*	Sanis	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,80	➡	0,0416
02246314	*Gabapentin*	Sivem	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,80	➡	0,0416
02361469	*Jamp-Gabapentin*	Jamp	100	4,16	➡	0,0416
02391473	*Mar-Gabapentin*	Marcan	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,80	➡	0,0416
02084260	*Neurontin*	Upjohn	100	41,51		0,4151
02243446	*pms-Gabapentin*	Phmscience	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,80	➡	0,0416
02450097	*Priva-Gabapentin*	Pharmapar	100	4,16	➡	0,0416
02310449	*Pro-Gabapentin*	Pro Doc	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,80	➡	0,0416
02251167	*Riva-Gabapentin*	Riva	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,80	➡	0,0416
02244513	*Teva-Gabapentin*	Teva Can	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,80	➡	0,0416

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				300 mg **PPB**	
02477920	*AG-Gabapentin*	Angita	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02244305	*Apo-Gabapentin*	Apotex	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02321211	*Auro-Gabapentin*	Aurobindo	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02450151	*Bio-Gabapentin*	Biomed	100	10,12	0,1012
02416859	*Gabapentin*	Accord	100	10,12	0,1012
02353253	*Gabapentin*	Sanis	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02246315	*Gabapentin*	Sivem	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02361485	*Jamp-Gabapentin*	Jamp	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02391481	*Mar-Gabapentin*	Marcan	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02084279	*Neurontin*	Upjohn	100	101,00	1,0100
02243447	*pms-Gabapentin*	Phmscience	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02450100	*Priva-Gabapentin*	Pharmapar	100	10,12	0,1012
02310457	*Pro-Gabapentin*	Pro Doc	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02319063	*Ran-Gabapentin*	Ranbaxy	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02251175	*Riva-Gabapentin*	Riva	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012
02244514	*Teva-Gabapentin*	Teva Can	100	10,12	0,1012
			500	50,60	0,1012

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				400 mg	**PPB**
02477939	*AG-Gabapentin*	Angita	100	12,06	0,1206
02244306	*Apo-Gabapentin*	Apotex	100	12,06	0,1206
			500	60,30	0,1206
02321238	*Auro-Gabapentin*	Aurobindo	100	12,06	0,1206
			500	60,30	0,1206
02450178	*Bio-Gabapentin*	Biomed	100	12,06	0,1206
02416867	*Gabapentin*	Accord	100	12,06	0,1206
02353261	*Gabapentin*	Sanis	100	12,06	0,1206
			500	60,30	0,1206
02246316	*Gabapentin*	Sivem	100	12,06	0,1206
			500	60,30	0,1206
02361493	*Jamp-Gabapentin*	Jamp	100	12,06	0,1206
			500	60,30	0,1206
02391503	*Mar-Gabapentin*	Marcan	100	12,06	0,1206
			500	60,30	0,1206
02084287	*Neurontin*	Upjohn	100	120,35	1,2035
02243448	*pms-Gabapentin*	Phmscience	100	12,06	0,1206
			500	60,30	0,1206
02450119	*Priva-Gabapentin*	Pharmapar	100	12,06	0,1206
02310465	*Pro-Gabapentin*	Pro Doc	100	12,06	0,1206
02251183	*Riva-Gabapentin*	Riva	100	12,06	0,1206
			500	60,30	0,1206
02244515	*Teva-Gabapentin*	Teva Can	100	12,06	0,1206
			500	60,30	0,1206
Co.				600 mg	**PPB**
02293358	*Apo-Gabapentin*	Apotex	100	18,09	0,1809
02428334	*Auro-Gabapentin*	Aurobindo	100	18,09	0,1809
02450186	*Bio-Gabapentin*	Biomed	100	18,09	0,1809
02410990	*Comprimés de gabapentine*	Glenmark	100	18,09	0,1809
02392526	*Gabapentin*	Accord	100	18,09	0,1809
02431289	*Gabapentin*	Sanis	100	18,09	0,1809
02388200	*Gabapentin*	Sivem	100	18,09	0,1809
02402289	*Jamp-Gabapentin*	Jamp	100	18,09	0,1809
02239717	*Neurontin*	Upjohn	100	181,65	1,8165
02255898	*pms-Gabapentin*	Phmscience	100	18,09	0,1809
02310473	*Pro-Gabapentin*	Pro Doc	100	18,09	0,1809
02248457	*Teva-Gabapentin*	Teva Can	100	18,09	0,1809
Co.				800 mg	**PPB**
02293366	*Apo-Gabapentin*	Apotex	100	24,12	0,2412
02428342	*Auro-Gabapentin*	Aurobindo	100	24,12	0,2412
02450194	*Bio-Gabapentin*	Biomed	100	24,12	0,2412
02411008	*Comprimés de gabapentine*	Glenmark	100	24,12	0,2412
02392534	*Gabapentin*	Accord	100	24,12	0,2412
02431297	*Gabapentin*	Sanis	100	24,12	0,2412
02388219	*Gabapentin*	Sivem	100	24,12	0,2412
02402297	*Jamp-Gabapentin*	Jamp	100	24,12	0,2412
02239718	*Neurontin*	Upjohn	100	242,19	2,4219
02255901	*pms-Gabapentin*	Phmscience	100	24,12	0,2412
02310481	*Pro-Gabapentin*	Pro Doc	100	24,12	0,2412
02247346	*Teva-Gabapentin*	Teva Can	100	24,12	0,2412

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LAMOTRIGINE P

Co. 25 mg **PPB**

02245208	*Apo-Lamotrigine*	Apotex	100	6,98	➡ 0,0698
02381354	*Auro-Lamotrigine*	Aurobindo	100	6,98	➡ 0,0698
			1000	69,80	➡ 0,0698
02142082	*Lamictal*	GSK	100	35,78	0,3578
02343010	*Lamotrigine*	Sanis	100	6,98	➡ 0,0698
02428202	*Lamotrigine*	Sivem	100	6,98	➡ 0,0698
02302969	*Lamotrigine-25*	Pro Doc	100	6,98	➡ 0,0698
02265494	*Mylan-Lamotrigine*	Mylan	100	6,98	➡ 0,0698
02248232	*Novo-Lamotrigine*	Novopharm	100	6,98	➡ 0,0698
02246897	*pms-Lamotrigine*	Phmscience	100	6,98	➡ 0,0698

Co. 100 mg **PPB**

02245209	*Apo-Lamotrigine*	Apotex	100	27,87	➡ 0,2787
02381362	*Auro-Lamotrigine*	Aurobindo	100	27,87	➡ 0,2787
			1000	278,70	➡ 0,2787
02142104	*Lamictal*	GSK	100	143,10	1,4310
02343029	*Lamotrigine*	Sanis	100	27,87	➡ 0,2787
02428210	*Lamotrigine*	Sivem	100	27,87	➡ 0,2787
02302985	*Lamotrigine-100*	Pro Doc	100	27,87	➡ 0,2787
02265508	*Mylan-Lamotrigine*	Mylan	100	27,87	➡ 0,2787
			500	139,35	➡ 0,2787
02248233	*Novo-Lamotrigine*	Novopharm	100	27,87	➡ 0,2787
02246898	*pms-Lamotrigine*	Phmscience	100	27,87	➡ 0,2787

Co. 150 mg **PPB**

02245210	*Apo-Lamotrigine*	Apotex	100	41,07	➡ 0,4107
02381370	*Auro-Lamotrigine*	Aurobindo	60	24,64	➡ 0,4107
			100	41,07	➡ 0,4107
02142112	*Lamictal*	GSK	60	125,83	2,0972
02343037	*Lamotrigine*	Sanis	100	41,07	➡ 0,4107
02428229	*Lamotrigine*	Sivem	100	41,07	➡ 0,4107
02302993	*Lamotrigine-150*	Pro Doc	100	41,07	➡ 0,4107
02265516	*Mylan-Lamotrigine*	Mylan	100	41,07	➡ 0,4107
02248234	*Novo-Lamotrigine*	Novopharm	100	41,07	➡ 0,4107
02246899	*pms-Lamotrigine*	Phmscience	100	41,07	➡ 0,4107

Co. Croq. 2 mg

02243803	*Lamictal*	GSK	30	4,61	0,1537

Co. Croq. 5 mg

02240115	*Lamictal*	GSK	30	4,63	0,1543

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LÉVÉTIRACÉTAM P

Co. 250 mg **PPB**

02274183	*ACT Levetiracetam*	ActavisPhm	100	32,10	➡	0,3210
02485192	*AG-Levetiracetam*	Angita	120	38,52	➡	0,3210
02285924	*Apo-Levetiracetam*	Apotex	100	32,10	➡	0,3210
02375249	*Auro-Levetiracetam*	Aurobindo	100	32,10	➡	0,3210
			500	160,50	➡	0,3210
+ 02504553	*Jamp Levetiracetam Tablets*	Jamp	100	32,10	➡	0,3210
02403005	*Jamp-Levetiracetam*	Jamp	120	38,52	➡	0,3210
02247027	*Keppra*	U.C.B.	120	96,00		0,8000
02399776	*Levetiracetam*	Accord	120	38,52	➡	0,3210
02454653	*Levetiracetam*	Phmscience	120	38,52	➡	0,3210
02353342	*Levetiracetam*	Sanis	100	32,10	➡	0,3210
02442531	*Levetiracetam*	Sivem	100	32,10	➡	0,3210
02442388	*Mint-Levetiracetam*	Mint	100	32,10	➡	0,3210
02440202	*NAT-Levetiracetam*	Natco	120	38,52	➡	0,3210
02499193	*NRA-Levetiracetam*	Nora	120	38,52	➡	0,3210
02296101	*pms-Levetiracetam*	Phmscience	100	32,10	➡	0,3210
02311372	*Pro-Levetiracetam-250*	Pro Doc	100	32,10	➡	0,3210
02482274	*Riva-Levetiracetam*	Riva	100	32,10	➡	0,3210
02461986	*Sandoz Levetiracetam*	Sandoz	100	32,10	➡	0,3210

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	195,54	➡	0,3911
+ 02504561	*Jamp Levetiracetam Tablets*	Jamp	100	39,11	➡	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
02442396	*Mint-Levetiracetam*	Mint	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
02482282	*Riva-Levetiracetam*	Riva	100	39,11	➡	0,3911
02461994	*Sandoz Levetiracetam*	Sandoz	100	39,11	➡	0,3911

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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	270,79	➡ 0,5416
+ 02504588	*Jamp Levetiracetam Tablets*	Jamp	100	54,16	➡ 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
02442418	*Mint-Levetiracetam*	Mint	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
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**

02449838	*ACH-Pregabalin*	Accord	100	14,81	➡	0,1481
02480727	*AG-Pregabalin*	Angita	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02394235	*Apo-Pregabalin*	Apotex	100	14,81	➡	0,1481
02433869	*Auro-Pregabalin*	Aurobindo	100	14,81	➡	0,1481
02435977	*Jamp-Pregabalin*	Jamp	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02268418	*Lyrica*	Upjohn	60	46,45		0,7742
02417529	*Mar-Pregabalin*	Marcan	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02423804	*Mint-Pregabalin*	Mint	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02467291	*M-Pregabalin*	Mantra Ph.	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02494841	*NAT-Pregabalin*	Natco	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02479117	*NRA-Pregabalin*	Nora	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02359596	*pms-Pregabalin*	Phmscience	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02474352	*Pregabalin*	Altamed	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02396483	*Pregabalin*	Pro Doc	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02405539	*Pregabalin*	Sanis	60	8,89	➡	0,1481
			100	14,81	➡	0,1481
02403692	*Pregabalin*	Sivem	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02392801	*Ran-Pregabalin*	Ranbaxy	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02377039	*Riva-Pregabalin*	Riva	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02390817	*Sandoz Pregabalin*	Sandoz	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
* 02361159	*Teva Pregabalin*	Teva Can	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				50 mg **PPB**	
02449846	*ACH-Pregabalin*	Accord	100	23,24	0,2324
02480735	*AG-Pregabalin*	Angita	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02394243	*Apo-Pregabalin*	Apotex	100	23,24	0,2324
02433877	*Auro-Pregabalin*	Aurobindo	100	23,24	0,2324
02435985	*Jamp-Pregabalin*	Jamp	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02268426	*Lyrica*	Upjohn	60	72,87	1,2145
02417537	*Mar-Pregabalin*	Marcan	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02423812	*Mint-Pregabalin*	Mint	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02467305	*M-Pregabalin*	Mantra Ph.	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02494868	*NAT-Pregabalin*	Natco	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02479125	*NRA-Pregabalin*	Nora	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02359618	*pms-Pregabalin*	Phmscience	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02474360	*Pregabalin*	Altamed	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02396505	*Pregabalin*	Pro Doc	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02405547	*Pregabalin*	Sanis	60	13,94	0,2324
			500	116,20	0,2324
02403706	*Pregabalin*	Sivem	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02392828	*Ran-Pregabalin*	Ranbaxy	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02377047	*Riva-Pregabalin*	Riva	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
02390825	*Sandoz Pregabalin*	Sandoz	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324
* 02361175	*Teva Pregabalin*	Teva Can	100	23,24	0,2324
			500	116,20	0,2324

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				75 mg **PPB**	
02449854	*ACH-Pregabalin*	Accord	100	30,07	0,3007
02480743	*AG-Pregabalin*	Angita	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02394251	*Apo-Pregabalin*	Apotex	100	30,07	0,3007
02433885	*Auro-Pregabalin*	Aurobindo	100	30,07	0,3007
02435993	*Jamp-Pregabalin*	Jamp	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02268434	*Lyrica*	Upjohn	60	94,29	1,5715
02417545	*Mar-Pregabalin*	Marcan	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02424185	*Mint-Pregabalin*	Mint	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02467313	*M-Pregabalin*	Mantra Ph.	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02494876	*NAT-Pregabalin*	Natco	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02479133	*NRA-Pregabalin*	Nora	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02359626	*pms-Pregabalin*	Phmscience	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02474379	*Pregabalin*	Altamed	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02396513	*Pregabalin*	Pro Doc	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02405555	*Pregabalin*	Sanis	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02403714	*Pregabalin*	Sivem	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02392836	*Ran-Pregabalin*	Ranbaxy	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02377055	*Riva-Pregabalin*	Riva	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02390833	*Sandoz Pregabalin*	Sandoz	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
* 02361183	*Teva Pregabalin*	Teva Can	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				150 mg **PPB**	
02449870	*ACH-Pregabalin*	Accord	100	41,45	0,4145
02480751	*AG-Pregabalin*	Angita	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02394278	*Apo-Pregabalin*	Apotex	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02433907	*Auro-Pregabalin*	Aurobindo	100	41,45	0,4145
02436000	*Jamp-Pregabalin*	Jamp	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02268450	*Lyrica*	Upjohn	60	129,98	2,1663
02417561	*Mar-Pregabalin*	Marcan	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02424207	*Mint-Pregabalin*	Mint	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02467321	*M-Pregabalin*	Mantra Ph.	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02494884	*NAT-Pregabalin*	Natco	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02479168	*NRA-Pregabalin*	Nora	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02359634	*pms-Pregabalin*	Phmscience	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02474387	*Pregabalin*	Altamed	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02396521	*Pregabalin*	Pro Doc	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02405563	*Pregabalin*	Sanis	100	41,45	0,4145
02403722	*Pregabalin*	Sivem	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02392844	*Ran-Pregabalin*	Ranbaxy	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02377063	*Riva-Pregabalin*	Riva	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
02390841	*Sandoz Pregabalin*	Sandoz	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145
* 02361205	*Teva Pregabalin*	Teva Can	100	41,45	0,4145
			500	207,25	0,4145

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				300 mg **PPB**	
02449900	*ACH-Pregabalin*	Accord	100	41,45	➡ 0,4145
02480778	*AG-Pregabalin*	Angita	100	41,45	➡ 0,4145
02394294	*Apo-Pregabalin*	Apotex	100	41,45	➡ 0,4145
02436019	*Jamp-Pregabalin*	Jamp	100	41,45	➡ 0,4145
02268485	*Lyrica*	Upjohn	60	129,98	2,1663
02417618	*Mar-Pregabalin*	Marcan	100	41,45	➡ 0,4145
02494906	*NAT-Pregabalin*	Natco	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02479192	*NRA-Pregabalin*	Nora	100	41,45	➡ 0,4145
02359642	*pms-Pregabalin*	Phmscience	100	41,45	➡ 0,4145
02396548	*Pregabalin*	Pro Doc	100	41,45	➡ 0,4145
02405598	*Pregabalin*	Sanis	60	24,87	➡ 0,4145
			100	41,45	➡ 0,4145
02403730	*Pregabalin*	Sivem	100	41,45	➡ 0,4145
02392860	*Ran-Pregabalin*	Ranbaxy	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02377071	*Riva-Pregabalin*	Riva	100	41,45	➡ 0,4145
02390868	*Sandoz Pregabalin*	Sandoz	100	41,45	➡ 0,4145
02361248	*Teva Pregabalin*	Teva Can	60	24,87	➡ 0,4145
			100	41,45	➡ 0,4145

TOPIRAMATE Pr

Caps. à saupoudrer				15 mg	
02239907	*Topamax*	Janss. Inc	60	65,11	1,0852

Caps. à saupoudrer				25 mg	
02239908	*Topamax*	Janss. Inc	60	68,34	1,1390

Co.				25 mg **PPB**	
02475936	*AG-Topiramate*	Angita	100	24,33	➡ 0,2433
02279614	*Apo-Topiramate*	Apotex	100	24,33	➡ 0,2433
02345803	*Auro-Topiramate*	Aurobindo	60	14,60	➡ 0,2433
			100	24,33	➡ 0,2433
02287765	*GLN-Topiramate*	Glenmark	100	24,33	➡ 0,2433
02435608	*Jamp-Topiramate*	Jamp	100	24,33	➡ 0,2433
02432099	*Mar-Topiramate*	Marcan	100	24,33	➡ 0,2433
02315645	*Mint-Topiramate*	Mint	100	24,33	➡ 0,2433
02263351	*Mylan-Topiramate*	Mylan	100	24,33	➡ 0,2433
02248860	*Novo-Topiramate*	Novopharm	100	24,33	➡ 0,2433
02262991	*pms-Topiramate*	Phmscience	100	24,33	➡ 0,2433
			500	121,65	➡ 0,2433
02313650	*Pro-Topiramate*	Pro Doc	100	24,33	➡ 0,2433
02431807	*Sandoz Topiramate Tablets*	Sandoz	100	24,33	➡ 0,2433
02230893	*Topamax*	Janss. Inc	100	113,93	1,1393
02395738	*Topiramate*	Accord	100	24,33	➡ 0,2433
02356856	*Topiramate*	Sanis	100	24,33	➡ 0,2433
02389460	*Topiramate*	Sivem	100	24,33	➡ 0,2433

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg		
02312085	*pms-Topiramate*	Phmscience	100	75,95		0,7595
Co.				100 mg	**PPB**	
02475944	*AG-Topiramate*	Angita	100	45,83	➡	0,4583
02279630	*Apo-Topiramate*	Apotex	100	45,83	➡	0,4583
02345838	*Auro-Topiramate*	Aurobindo	60	27,50	➡	0,4583
			100	45,83	➡	0,4583
02287773	*GLN-Topiramate*	Glenmark	100	45,83	➡	0,4583
02435616	*Jamp-Topiramate*	Jamp	100	45,83	➡	0,4583
02432102	*Mar-Topiramate*	Marcan	100	45,83	➡	0,4583
02315653	*Mint-Topiramate*	Mint	100	45,83	➡	0,4583
02263378	*Mylan-Topiramate*	Mylan	100	45,83	➡	0,4583
02248861	*Novo-Topiramate*	Novopharm	60	27,50	➡	0,4583
02263009	*pms-Topiramate*	Phmscience	100	45,83	➡	0,4583
02313669	*Pro-Topiramate*	Pro Doc	100	45,83	➡	0,4583
02431815	*Sandoz Topiramate Tablets*	Sandoz	100	45,83	➡	0,4583
02230894	*Topamax*	Janss. Inc	60	129,54		2,1590
02395746	*Topiramate*	Accord	100	45,83	➡	0,4583
02356864	*Topiramate*	Sanis	100	45,83	➡	0,4583
02389487	*Topiramate*	Sivem	100	45,83	➡	0,4583
Co.				200 mg	**PPB**	
02279649	*Apo-Topiramate*	Apotex	100	67,48	➡	0,6748
02345846	*Auro-Topiramate*	Aurobindo	60	40,49	➡	0,6748
			100	67,48	➡	0,6748
02287781	*GLN-Topiramate*	Glenmark	100	67,48	➡	0,6748
02435624	*Jamp-Topiramate*	Jamp	100	67,48	➡	0,6748
02432110	*Mar-Topiramate*	Marcan	100	67,48	➡	0,6748
02315661	*Mint-Topiramate*	Mint	100	67,48	➡	0,6748
02263386	*Mylan-Topiramate*	Mylan	100	67,48	➡	0,6748
02248862	*Novo-Topiramate*	Novopharm	60	40,49	➡	0,6748
02263017	*pms-Topiramate*	Phmscience	100	67,48	➡	0,6748
02313677	*Pro-Topiramate*	Pro Doc	100	67,48	➡	0,6748
02431823	*Sandoz Topiramate Tablets*	Sandoz	100	67,48	➡	0,6748
02230896	*Topamax*	Janss. Inc	60	205,08		3,4180
02395754	*Topiramate*	Accord	100	67,48	➡	0,6748
02356872	*Topiramate*	Sanis	100	67,48	➡	0,6748

VALPROATE SODIQUE 🅿

Sir.				250 mg/5 mL	**PPB**	
00443832	*Depakene*	BGP Pharma	240 ml	22,78		0,0949
02236807	*pms-Valproic acid*	Phmscience	450 ml	17,05	➡	0,0379

VALPROIQUE (ACIDE) 🅿

Caps.				250 mg	**PPB**	
02238048	*Apo-Valproic*	Apotex	100	29,05	➡	0,2905
02230768	*pms-Valproic acid*	Phmscience	100	29,05	➡	0,2905

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. Ent.				500 mg	
02229628	*pms-Valproic Acid E.C.*	Phmscience	100	63,56	0,6356

VIGABATRIN P

Co.				500 mg	
02065819	*Sabril*	Lundb Inc	100	88,70	0,8870
Pd. Orale				500 mg/sac.	
02068036	*Sabril*	Lundb Inc	50	44,35	0,8870

28:16.04
ANTIDÉPRESSEURS
AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D') P

Co.				10 mg **PPB**		
00370991	*Amitriptyline-10*	Pro Doc	1000	43,50	➡	0,0435
02403137	*Apo-Amitriptyline*	Apotex	100	4,35	➡	0,0435
			1000	43,50	➡	0,0435
00335053	*Elavil*	AA Pharma	100	6,64		0,0664
			1000	66,40		0,0664
02435527	*Jamp-Amitriptyline Tablets*	Jamp	100	4,35	➡	0,0435
			1000	43,50	➡	0,0435
02429861	*Mar-Amitriptyline*	Marcan	100	4,35	➡	0,0435
			1000	43,50	➡	0,0435
00654523	*pms-Amitriptyline*	Phmscience	100	4,35	➡	0,0435
			1000	43,50	➡	0,0435
02490110	*Priva-Amitriptyline*	Pharmapar	100	4,35	➡	0,0435
02326043	*Teva-Amitriptyline*	Teva Can	100	4,35	➡	0,0435
			1000	43,50	➡	0,0435

Co.				25 mg **PPB**		
00371009	*Amitriptyline-25*	Pro Doc	1000	82,90	➡	0,0829
02403145	*Apo-Amitriptyline*	Apotex	100	8,29	➡	0,0829
			1000	82,90	➡	0,0829
00335061	*Elavil*	AA Pharma	100	12,11		0,1211
			1000	121,10		0,1211
02435535	*Jamp-Amitriptyline Tablets*	Jamp	100	8,29	➡	0,0829
			1000	82,90	➡	0,0829
02429888	*Mar-Amitriptyline*	Marcan	100	8,29	➡	0,0829
			1000	82,90	➡	0,0829
00654515	*pms-Amitriptyline*	Phmscience	100	8,29	➡	0,0829
			1000	82,90	➡	0,0829
02490129	*Priva-Amitriptyline*	Pharmapar	100	8,29	➡	0,0829
02326051	*Teva-Amitriptyline*	Teva Can	100	8,29	➡	0,0829
			1000	82,90	➡	0,0829

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg **PPB**	
00456349	*Amitriptyline-50*	Pro Doc	100	15,40	➡ 0,1540
			1000	154,00	➡ 0,1540
02403153	*Apo-Amitriptyline*	Apotex	100	15,40	➡ 0,1540
			1000	154,00	➡ 0,1540
00335088	*Elavil*	AA Pharma	100	23,47	0,2347
			1000	234,70	0,2347
02435543	*Jamp-Amitriptyline Tablets*	Jamp	100	15,40	➡ 0,1540
			1000	154,00	➡ 0,1540
02429896	*Mar-Amitriptyline*	Marcan	100	15,40	➡ 0,1540
			1000	154,00	➡ 0,1540
00654507	*pms-Amitriptyline*	Phmscience	100	15,40	➡ 0,1540
			1000	154,00	➡ 0,1540
02490137	*Priva-Amitriptyline*	Pharmapar	100	15,40	➡ 0,1540
02326078	*Teva-Amitriptyline*	Teva Can	100	15,40	➡ 0,1540
			1000	154,00	➡ 0,1540

Co.				100 mg	
02468409	*pms-Amitriptyline*	Phmscience	100	27,72	0,2772

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co. L.A.				100 mg **PPB**	
02275074	*Odan Bupropion SR*	Odan	30	4,64	➡ 0,1547
			60	9,28	➡ 0,1547
02325373	*pms-Bupropion SR*	Phmscience	60	9,28	➡ 0,1547

Co. L.A.				150 mg **PPB**	
02275082	*Odan Bupropion SR*	Odan	30	6,89	➡ 0,2297
			60	13,78	➡ 0,2297
02313421	*pms-Bupropion SR*	Phmscience	100	22,97	➡ 0,2297
02237825	*Wellbutrin SR*	Valeant	60	51,02	0,8503

Co. L.A. (24 h)				150 mg **PPB**	
02439654	*Act Bupropion XL*	ActavisPhm	90	13,17	➡ 0,1463
			500	73,15	➡ 0,1463
02382075	*Mylan-Bupropion XL*	Mylan	90	13,17	➡ 0,1463
			500	73,15	➡ 0,1463
02475804	*Taro-Bupropion XL*	Sun Pharma	90	13,17	➡ 0,1463
			500	73,15	➡ 0,1463
02275090	*Wellbutrin XL*	Valeant	90	47,45	0,5272

Co. L.A. (24 h)				300 mg **PPB**	
02439662	*Act Bupropion XL*	ActavisPhm	90	26,34	➡ 0,2927
			500	146,33	➡ 0,2927
02382083	*Mylan-Bupropion XL*	Mylan	90	26,34	➡ 0,2927
			500	146,33	➡ 0,2927
02475812	*Taro-Bupropion XL*	Sun Pharma	90	26,34	➡ 0,2927
			500	146,35	➡ 0,2927
02275104	*Wellbutrin XL*	Valeant	90	94,91	1,0546

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CITALOPRAM (BROMHYDRATE DE) 🅿

Co. 10 mg **PPB**

02374617	*AG-Citalopram*	Angita	100	7,15	➡ 0,0715
02448475	*Bio-Citalopram*	Biomed	100	7,15	➡ 0,0715
02430517	*Citalopram*	Jamp	100	7,15	➡ 0,0715
02445719	*Citalopram*	Sanis	100	7,15	➡ 0,0715
02387948	*Citalopram*	Sivem	100	7,15	➡ 0,0715
02325047	*Citalopram-10*	Pro Doc	100	7,15	➡ 0,0715
02371871	*Mar-Citalopram*	Marcan	100	7,15	➡ 0,0715
02370077	*Mint-Citalopram*	Mint	100	7,15	➡ 0,0715
02429691	*Mint-Citalopram*	Mint	100	7,15	➡ 0,0715
02409003	*NAT-Citalopram*	Natco	100	7,15	➡ 0,0715
			500	35,75	➡ 0,0715
02312336	*Novo-Citalopram*	Novopharm	100	7,15	➡ 0,0715
02477637	*NRA-Citalopram*	Nora	100	7,15	➡ 0,0715
02270609	*pms-Citalopram*	Phmscience	100	7,15	➡ 0,0715
02440237	*Priva-Citalopram*	Pharmapar	100	7,15	➡ 0,0715
02303256	*Riva-Citalopram*	Riva	100	7,15	➡ 0,0715

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
02339390	*AG-Citalopram*	Angita	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02246056	*Apo-Citalopram*	Apotex	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02275562	*Auro-Citalopram*	Aurobindo	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02448491	*Bio-Citalopram*	Biomed	30	3,60	0,1200
			100	12,00	0,1200
02459914	*CCP-Citalopram*	Cellchem	100	12,00	0,1200
02239607	*Celexa*	Lundbeck	30	39,95	1,3317
			100	133,17	1,3317
02430541	*Citalopram*	Jamp	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02353660	*Citalopram*	Sanis	100	12,00	0,1200
			500	60,00	0,1200
02387956	*Citalopram*	Sivem	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02257513	*Citalopram-20*	Pro Doc	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02371898	*Mar-Citalopram*	Marcan	100	12,00	0,1200
			500	60,00	0,1200
02304686	*Mint-Citalopram*	Mint	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02429705	*Mint-Citalopram*	Mint	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02409011	*NAT-Citalopram*	Natco	30	3,60	0,1200
			100	12,00	0,1200
02293218	*Novo-Citalopram*	Novopharm	30	3,60	0,1200
			100	12,00	0,1200
02477645	*NRA-Citalopram*	Nora	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02248010	*pms-Citalopram*	Phmscience	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02285622	*Ran-Citalo*	Ranbaxy	100	12,00	0,1200
			500	60,00	0,1200
02303264	*Riva-Citalopram*	Riva	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
02248170	*Sandoz Citalopram*	Sandoz	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
Co.				30 mg	
02296152	*CTP 30*	Sunovion	100	62,80	0,6280

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				40 mg **PPB**	
02339404	*AG-Citalopram*	Angita	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02246057	*Apo-Citalopram*	Apotex	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02275570	*Auro-Citalopram*	Aurobindo	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02448513	*Bio-Citalopram*	Biomed	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02459922	*CCP-Citalopram*	Cellchem	100	12,00	➡ 0,1200
02239608	*Celexa*	Lundbeck	30	39,95	1,3317
02430568	*Citalopram*	Jamp	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02353679	*Citalopram*	Sanis	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02387964	*Citalopram*	Sivem	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02257521	*Citalopram-40*	Pro Doc	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02371901	*Mar-Citalopram*	Marcan	100	12,00	➡ 0,1200
02304694	*Mint-Citalopram*	Mint	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02429713	*Mint-Citalopram*	Mint	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02409038	*NAT-Citalopram*	Natco	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02293226	*Novo-Citalopram*	Novopharm	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02477653	*NRA-Citalopram*	Nora	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
02248011	*pms-Citalopram*	Phmscience	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02440253	*Priva-Citalopram*	Pharmapar	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02303272	*Riva-Citalopram*	Riva	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200
02248171	*Sandoz Citalopram*	Sandoz	30	3,60	➡ 0,1200
			100	12,00	➡ 0,1200

CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) 🅱

Co.				10 mg	
00330566	*Anafranil*	Apotex	100	29,49	0,2949

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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	*AG-Duloxetine*	Angita	100	48,13	➡	0,4813
02440423	*Apo-Duloxetine*	Apotex	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02436647	*Auro-Duloxetine*	Aurobindo	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02301482	*Cymbalta*	Lilly	28	51,17		1,8275
02452650	*Duloxetine*	Pro Doc	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02495082	*Duloxetine*	Riva	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02490889	*Duloxetine*	Sanis	100	48,13	➡	0,4813
02453630	*Duloxetine*	Sivem	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02437082	*Duloxetine DR*	Teva Can	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02496496	*Jamp Duloxetine*	Jamp	100	48,13	➡	0,4813
			500	240,65	➡	0,4813
02451913	*Jamp-Duloxetine*	Jamp	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02446081	*Mar-Duloxetine*	Marcan	100	48,13	➡	0,4813
02473208	*M-Duloxetine*	Mantra Ph.	100	48,13	➡	0,4813
02438984	*Mint-Duloxetine*	Mint	100	48,13	➡	0,4813
02482126	*NRA-Duloxetine*	Nora	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02429446	*pms-Duloxetine*	Phmscience	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02490412	*Priva-Duloxetine*	Pharmapar	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02438259	*Ran-Duloxetine*	Ranbaxy	100	48,13	➡	0,4813
02451077	*Riva-Duloxetine*	Riva	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02439948	*Sandoz Duloxetine*	Sandoz	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02456753	*Teva-Duloxetine*	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	*AG-Duloxetine*	Angita	100	97,69	➡ 0,9769
02440431	*Apo-Duloxetine*	Apotex	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02436655	*Auro-Duloxetine*	Aurobindo	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02301490	*Cymbalta*	Lilly	28	102,33	3,6546
02452669	*Duloxetine*	Pro Doc	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02495090	*Duloxetine*	Riva	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02490897	*Duloxetine*	Sanis	100	97,69	➡ 0,9769
02453649	*Duloxetine*	Sivem	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02437090	*Duloxetine DR*	Teva Can	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02496518	*Jamp Duloxetine*	Jamp	100	97,69	➡ 0,9769
02451921	*Jamp-Duloxetine*	Jamp	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02446103	*Mar-Duloxetine*	Marcan	100	97,69	➡ 0,9769
			500	488,44	➡ 0,9769
02473216	*M-Duloxetine*	Mantra Ph.	500	488,44	➡ 0,9769
02438992	*Mint-Duloxetine*	Mint	100	97,69	➡ 0,9769
02482134	*NRA-Duloxetine*	Nora	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02429454	*pms-Duloxetine*	Phmscience	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02490420	*Priva-Duloxetine*	Pharmapar	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02438267	*Ran-Duloxetine*	Ranbaxy	100	97,69	➡ 0,9769
			500	488,44	➡ 0,9769
02451085	*Riva-Duloxetine*	Riva	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02439956	*Sandoz Duloxetine*	Sandoz	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02456761	*Teva-Duloxetine*	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	*AG-Fluoxetine*	Angita	100	34,04	➡	0,3404
02216353	*Apo-Fluoxétine*	Apotex	100	34,04	➡	0,3404
02385627	*Auro-Fluoxetine*	Aurobindo	100	34,04	➡	0,3404
02448424	*Bio-Fluoxetine*	Biomed	100	34,04	➡	0,3404
02393441	*Fluoxetine*	Accord	100	34,04	➡	0,3404
02490595	*Fluoxetine*	Altamed	100	34,04	➡	0,3404
02286068	*Fluoxetine*	Sanis	100	34,04	➡	0,3404
02374447	*Fluoxetine*	Sivem	100	34,04	➡	0,3404
02401894	*Jamp-Fluoxetine*	Jamp	100	34,04	➡	0,3404
02380560	*Mint-Fluoxetine*	Mint	100	34,04	➡	0,3404
02503875	*NRA-Fluoxétine*	Nora	100	34,04	➡	0,3404
02177579	*pms-Fluoxetine*	Phmscience	100	34,04	➡	0,3404
02448416	*Priva-Fluoxetine*	Pharmapar	100	34,04	➡	0,3404
02314991	*Pro-Fluoxetine*	Pro Doc	100	34,04	➡	0,3404
02018985	*Prozac*	Lilly	100	165,96		1,6596
02305461	*Riva-Fluoxétine*	Riva	100	34,04	➡	0,3404
02479486	*Sandoz Fluoxetine*	Sandoz	100	34,04	➡	0,3404
02216582	*Teva-Fluoxetine*	Teva Can	100	34,04	➡	0,3404

Caps. 20 mg **PPB**

02485060	*AG-Fluoxetine*	Angita	100	33,11	➡	0,3311
02216361	*Apo-Fluoxétine*	Apotex	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02385635	*Auro-Fluoxetine*	Aurobindo	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02448432	*Bio-Fluoxetine*	Biomed	100	33,11	➡	0,3311
02490609	*Fluoxetine*	Altamed	100	33,11	➡	0,3311
02286076	*Fluoxetine*	Sanis	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02374455	*Fluoxetine*	Sivem	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02383241	*Fluoxétine BP*	Accord	100	33,11	➡	0,3311
02386402	*Jamp-Fluoxetine*	Jamp	100	33,11	➡	0,3311
02380579	*Mint-Fluoxetine*	Mint	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02503883	*NRA-Fluoxétine*	Nora	100	33,11	➡	0,3311
02177587	*pms-Fluoxetine*	Phmscience	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02448408	*Priva-Fluoxetine*	Pharmapar	100	33,11	➡	0,3311
02315009	*Pro-Fluoxetine*	Pro Doc	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
00636622	*Prozac*	Lilly	100	169,65		1,6965
02305488	*Riva-Fluoxétine*	Riva	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02479494	*Sandoz Fluoxetine*	Sandoz	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02216590	*Teva-Fluoxetine*	Teva Can	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Caps.				40 mg		
02464640	*pms-Fluoxetine*	Phmscience	100	66,22		0,6622
Caps.				60 mg		
02464659	*pms-Fluoxetine*	Phmscience	100	99,33		0,9933
Sol. Orale				20 mg/5 mL	**PPB**	
02231328	*Fluoxetine*	Apotex	120 ml	37,01	➡	0,3084
02459361	*Odan-Fluoxetine*	Odan	120 ml	37,01	➡	0,3084

FLUVOXAMINE (MALÉATE DE) 🅿

Co.				50 mg	**PPB**	
02255529	*ACT Fluvoxamine*	ActavisPhm	100	21,05	➡	0,2105
02231329	*Apo-Fluvoxamine*	Apotex	100	21,05	➡	0,2105
02236753	*Fluvoxamine-50*	Pro Doc	100	21,05	➡	0,2105
01919342	*Luvox*	BGP Pharma	30	25,90		0,8633
Co.				100 mg	**PPB**	
02255537	*ACT Fluvoxamine*	ActavisPhm	100	37,83	➡	0,3783
02231330	*Apo-Fluvoxamine*	Apotex	100	37,83	➡	0,3783
02236754	*Fluvoxamine-100*	Pro Doc	100	37,83	➡	0,3783
01919369	*Luvox*	BGP Pharma	30	46,58		1,5527

IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D') 🅿

Co.				10 mg		
00360201	*Imipramine*	AA Pharma	100	13,97		0,1397
Co.				25 mg		
00312797	*Imipramine*	AA Pharma	100	25,20		0,2520
Co.				50 mg		
00326852	*Imipramine*	AA Pharma	100	49,18		0,4918
Co.				75 mg		
00644579	*Imipramine*	AA Pharma	100	64,34		0,6434

L-TRYPTOPHANE 🅿

Co.				1 g	**PPB**	
02248539	*Apo-Tryptophan (Co.)*	Apotex	100	71,26	➡	0,7126
02237250	*ratio-Tryptophan*	Ratiopharm	100	71,26	➡	0,7126
			250	178,15	➡	0,7126
00654531	*Tryptan (Co.)*	Valeant	100	135,72		1,3572

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.				250 mg		
02239326	*Tryptan (Co.)*	Valeant	100	33,93		0,3393
Co.				750 mg	**PPB**	
02458721	*Apo-Tryptophan*	Apotex	100	98,89	➡	0,9889
02239327	*Tryptan (Co.)*	Valeant	100	101,79		1,0179
Co. ou Caps.				500 mg	**PPB**	
02248540	*Apo-Tryptophan (Caps.)*	Apotex	100	35,63	➡	0,3563
02248538	*Apo-Tryptophan (Co.)*	Apotex	100	35,63	➡	0,3563
02240334	*ratio-Tryptophan*	Ratiopharm	100	35,63	➡	0,3563
02240333	*Teva-Tryptophan*	Teva Can	100	35,63	➡	0,3563
00718149	*Tryptan (Caps)*	Valeant	100	67,86		0,6786
02029456	*Tryptan (Co.)*	Valeant	100	67,86		0,6786

MIRTAZAPINE Ⓡ

Co. Diss. Orale ou Co.				15 mg	**PPB**	
02286610	*Apo-Mirtazapine*	Apotex	30	2,92	➡	0,0974
02411695	*Auro-Mirtazapine*	Aurobindo	30	2,92	➡	0,0974
			100	9,74	➡	0,0974
02299801	*Auro-Mirtazapine OD*	Aurobindo	30	2,92	➡	0,0974
02496666	*Mirtazapine*	Sivem	30	2,92	➡	0,0974
			100	9,74	➡	0,0974
02256096	*Mylan-Mirtazapine*	Mylan	100	9,74	➡	0,0974
02273942	*pms-Mirtazapine*	Phmscience	100	9,74	➡	0,0974
02312778	*Pro-Mirtazapine*	Pro Doc	100	9,74	➡	0,0974
02248542	*Remeron RD*	Organon	30	12,22		0,4073
02250594	*Sandoz Mirtazapine*	Sandoz	50	4,87	➡	0,0974
Co. Diss. Orale ou Co.				30 mg	**PPB**	
02286629	*Apo-Mirtazapine*	Apotex	100	19,50	➡	0,1950
02411709	*Auro-Mirtazapine*	Aurobindo	30	5,85	➡	0,1950
			100	19,50	➡	0,1950
02299828	*Auro-Mirtazapine OD*	Aurobindo	30	5,85	➡	0,1950
02368579	*Jamp-Mirtazapine*	Jamp	100	19,50	➡	0,1950
02370689	*Mirtazapine*	Sanis	100	19,50	➡	0,1950
02496674	*Mirtazapine*	Sivem	30	5,85	➡	0,1950
			100	19,50	➡	0,1950
02256118	*Mylan-Mirtazapine*	Mylan	100	19,50	➡	0,1950
02259354	*Novo-Mirtazapine*	Novopharm	30	5,85	➡	0,1950
			100	19,50	➡	0,1950
02248762	*pms-Mirtazapine*	Phmscience	30	5,85	➡	0,1950
			100	19,50	➡	0,1950
02312786	*Pro-Mirtazapine*	Pro Doc	100	19,50	➡	0,1950
02243910	*Remeron*	Organon	30	38,86		1,2953
02248543	*Remeron RD*	Organon	30	24,43		0,8143
02250608	*Sandoz Mirtazapine*	Sandoz	100	19,50	➡	0,1950

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. Diss. Orale ou Co. 45 mg **PPB**

02286637	*Apo-Mirtazapine*	Apotex	30	8,78	➡ 0,2925
02411717	*Auro-Mirtazapine*	Aurobindo	30	8,78	➡ 0,2925
			100	29,25	➡ 0,2925
02299836	*Auro-Mirtazapine OD*	Aurobindo	30	8,78	➡ 0,2925
02496682	*Mirtazapine*	Sivem	30	8,78	➡ 0,2925
02256126	*Mylan-Mirtazapine*	Mylan	100	29,25	➡ 0,2925
02248544	*Remeron RD*	Organon	30	36,66	1,2220

MOCLOBÉMIDE Ⓟ

Co. 100 mg

02232148	*Moclobemide*	AA Pharma	100	34,00	0,3400

Co. 150 mg

00899356	*Manerix*	Valeant	60	13,25	0,2208

Co. 300 mg

02166747	*Manerix*	Valeant	60	26,01	0,4335

NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Caps. 10 mg

00015229	*Aventyl*	AA Pharma	100	25,70	0,2570

Caps. 25 mg

00015237	*Aventyl*	AA Pharma	100	51,93	0,5193

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. 10 mg **PPB**

02475537	*AG-Paroxetine*	Angita	100	30,46	➡ 0,3046
02510480	*AG-Paroxetine*	Angita	100	30,46	➡ 0,3046
02240907	*Apo-Paroxétine*	Apotex	100	30,46	➡ 0,3046
02383276	*Auro-Paroxetine*	Aurobindo	100	30,46	➡ 0,3046
02444909	*Bio-Paroxetine*	Biomed	100	30,46	➡ 0,3046
02507773	*JAMP Paroxetine*	Jamp	100	30,46	➡ 0,3046
02368862	*Jamp-Paroxetine*	Jamp	30	9,14	➡ 0,3046
			100	30,46	➡ 0,3046
02411946	*Mar-Paroxetine*	Marcan	30	9,14	➡ 0,3046
			100	30,46	➡ 0,3046
02421372	*Mint-Paroxetine*	Mint	100	30,46	➡ 0,3046
02467402	*M-Paroxetine*	Mantra Ph.	100	30,46	➡ 0,3046
02479753	*NRA-Paroxetine*	Nora	100	30,46	➡ 0,3046
02477823	*Paroxetine*	Altamed	100	30,46	➡ 0,3046
02282844	*Paroxetine*	Sanis	100	30,46	➡ 0,3046
02388227	*Paroxetine*	Sivem	100	30,46	➡ 0,3046
02248913	*Paroxétine-10*	Pro Doc	100	30,46	➡ 0,3046
02027887	*Paxil*	GSK	30	47,25	1,5750
02247750	*pms-Paroxetine*	Phmscience	30	9,14	➡ 0,3046
			100	30,46	➡ 0,3046
02444313	*Priva-Paroxetine*	Pharmapar	100	30,46	➡ 0,3046
02248559	*Riva-Paroxétine*	Riva	100	30,46	➡ 0,3046
			250	76,15	➡ 0,3046
02248556	*Teva-Paroxetine*	Teva Can	30	9,14	➡ 0,3046
			100	30,46	➡ 0,3046

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
02475545	*AG-Paroxetine*	Angita	100	32,50	0,3250
02510499	*AG-Paroxetine*	Angita	100	32,50	0,3250
02240908	*Apo-Paroxétine*	Apotex	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02383284	*Auro-Paroxetine*	Aurobindo	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02444917	*Bio-Paroxetine*	Biomed	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02507781	*JAMP Paroxetine*	Jamp	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02368870	*Jamp-Paroxetine*	Jamp	30	9,75	0,3250
			500	162,50	0,3250
02411954	*Mar-Paroxetine*	Marcan	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02421380	*Mint-Paroxetine*	Mint	100	32,50	0,3250
02467410	*M-Paroxetine*	Mantra Ph.	100	32,50	0,3250
02479761	*NRA-Paroxetine*	Nora	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02477831	*Paroxetine*	Altamed	500	162,50	0,3250
02282852	*Paroxetine*	Sanis	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02388235	*Paroxetine*	Sivem	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02248914	*Paroxétine-20*	Pro Doc	30	9,75	0,3250
			500	162,50	0,3250
01940481	*Paxil*	GSK	100	168,07	1,6807
02247751	*pms-Paroxetine*	Phmscience	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02444321	*Priva-Paroxetine*	Pharmapar	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02248560	*Riva-Paroxétine*	Riva	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02248557	*Teva-Paroxetine*	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**	
02475553	*AG-Paroxetine*	Angita	100	34,53	0,3453
02510510	*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
02507803	*JAMP Paroxetine*	Jamp	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
02248561	*Riva-Paroxétine*	Riva	100	34,53	0,3453
			250	86,33	0,3453
02248558	*Teva-Paroxetine*	Teva Can	30	10,36	0,3453
			100	34,53	0,3453

PHÉNELZINE (SULFATE DE) R

Co.				15 mg	
00476552	*Nardil*	Erfa	60	22,22	0,3703

SERTRALINE (CHLORHYDRATE DE) R

Caps.				25 mg **PPB**	
02477882	*AG-Sertraline*	Angita	100	15,16	0,1516
02238280	*Apo-Sertraline*	Apotex	100	15,16	0,1516
02390906	*Auro-Sertraline*	Aurobindo	100	15,16	0,1516
02445042	*Bio-Sertraline*	Biomed	100	15,16	0,1516
02357143	*Jamp-Sertraline*	Jamp	100	15,16	0,1516
02399415	*Mar-Sertraline*	Marcan	100	15,16	0,1516
02402378	*Mint-Sertraline*	Mint	100	15,16	0,1516
02240485	*Novo-Sertraline*	Novopharm	100	15,16	0,1516
02488434	*NRA-Sertraline*	Nora	100	15,16	0,1516
02244838	*pms-Sertraline*	Phmscience	100	15,16	0,1516
02445352	*Priva-Sertraline*	Pharmapar	100	15,16	0,1516
02248496	*Riva-Sertraline*	Riva	100	15,16	0,1516
			250	37,90	0,1516
02245159	*Sandoz Sertraline*	Sandoz	100	15,16	0,1516
02469626	*Sertraline*	Jamp	100	15,16	0,1516
02353520	*Sertraline*	Sanis	100	15,16	0,1516
02386070	*Sertraline*	Sivem	100	15,16	0,1516
02241302	*Sertraline-25*	Pro Doc	100	15,16	0,1516
02132702	*Zoloft*	Upjohn	100	83,18	0,8318

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				50 mg **PPB**	
02477890	*AG-Sertraline*	Angita	100	30,32	➡ 0,3032
02238281	*Apo-Sertraline*	Apotex	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02390914	*Auro-Sertraline*	Aurobindo	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02445050	*Bio-Sertraline*	Biomed	100	30,32	➡ 0,3032
02357151	*Jamp-Sertraline*	Jamp	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02399423	*Mar-Sertraline*	Marcan	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02402394	*Mint-Sertraline*	Mint	100	30,32	➡ 0,3032
02240484	*Novo-Sertraline*	Novopharm	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02488442	*NRA-Sertraline*	Nora	100	30,32	➡ 0,3032
02244839	*pms-Sertraline*	Phmscience	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02445360	*Priva-Sertraline*	Pharmapar	100	30,32	➡ 0,3032
02248497	*Riva-Sertraline*	Riva	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02245160	*Sandoz Sertraline*	Sandoz	100	30,32	➡ 0,3032
02469634	*Sertraline*	Jamp	100	30,32	➡ 0,3032
02353539	*Sertraline*	Sanis	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02386089	*Sertraline*	Sivem	100	30,32	➡ 0,3032
02241303	*Sertraline-50*	Pro Doc	250	75,80	➡ 0,3032
01962817	*Zoloft*	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**	
02477904	*AG-Sertraline*	Angita	100	33,03	0,3303
02238282	*Apo-Sertraline*	Apotex	100	33,03	0,3303
			250	82,58	0,3303
02390922	*Auro-Sertraline*	Aurobindo	100	33,03	0,3303
			250	82,58	0,3303
02445069	*Bio-Sertraline*	Biomed	100	33,03	0,3303
02357178	*Jamp-Sertraline*	Jamp	100	33,03	0,3303
			250	82,58	0,3303
02399431	*Mar-Sertraline*	Marcan	100	33,03	0,3303
			250	82,58	0,3303
02402408	*Mint-Sertraline*	Mint	100	33,03	0,3303
02488450	*NRA-Sertraline*	Nora	100	33,03	0,3303
02244840	*pms-Sertraline*	Phmscience	100	33,03	0,3303
			250	82,58	0,3303
02445387	*Priva-Sertraline*	Pharmapar	100	33,03	0,3303
02248498	*Riva-Sertraline*	Riva	100	33,03	0,3303
			250	82,58	0,3303
02245161	*Sandoz Sertraline*	Sandoz	100	33,03	0,3303
02469642	*Sertraline*	Jamp	100	33,03	0,3303
02353547	*Sertraline*	Sanis	100	33,03	0,3303
			250	82,58	0,3303
02386097	*Sertraline*	Sivem	100	33,03	0,3303
02241304	*Sertraline-100*	Pro Doc	100	33,03	0,3303
			250	82,58	0,3303
02240481	*Teva-Sertraline*	Teva Can	100	33,03	0,3303
01962779	*Zoloft*	Upjohn	100	174,66	1,7466

TRANYLCYPROMINE (SULFATE DE) Ⓟ

Co.				10 mg	
01919598	*Parnate*	GSK	100	36,05	0,3605

TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co.				50 mg **PPB**	
02147637	*Apo-Trazodone*	Apotex	100	5,54	0,0554
02442809	*Jamp Trazodone*	Jamp	100	5,54	0,0554
			500	27,68	0,0554
01937227	*pms-Trazodone*	Phmscience	100	5,54	0,0554
			500	27,68	0,0554
02144263	*Teva-Trazodone*	Teva Can	100	5,54	0,0554
			500	27,68	0,0554
02348772	*Trazodone*	Sanis	100	5,54	0,0554
			500	27,68	0,0554
02164353	*Trazodone-50*	Pro Doc	100	5,54	0,0554
			250	13,84	0,0554

Co.				75 mg	
02237339	*pms-Trazodone*	Phmscience	100	33,66	0,3366

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg **PPB**	
02147645	*Apo-Trazodone*	Apotex	100	9,89	0,0989
02442817	*Jamp Trazodone*	Jamp	100	9,89	0,0989
			500	49,45	0,0989
01937235	*pms-Trazodone*	Phmscience	100	9,89	0,0989
			500	49,45	0,0989
02144271	*Teva-Trazodone*	Teva Can	100	9,89	0,0989
			500	49,45	0,0989
02348780	*Trazodone*	Sanis	100	9,89	0,0989
02164361	*Trazodone-100*	Pro Doc	100	9,89	0,0989
Co.				150 mg **PPB**	
02147653	*Apo-Trazodone D*	Apotex	100	14,53	0,1453
02442825	*Jamp Trazodone*	Jamp	100	14,53	0,1453
02144298	*Teva-Trazodone*	Teva Can	100	14,53	0,1453
02348799	*Trazodone*	Sanis	100	14,53	0,1453
02164388	*Trazodone-150 D*	Pro Doc	100	14,53	0,1453

TRIMIPRAMINE Ⓟ

Caps.				75 mg	
02070987	*Trimipramine*	AA Pharma	100	74,60	0,7460
Co.				12,5 mg	
00740799	*Trimip*	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	*ACT Venlafaxine XR*	Teva Can	100	9,13	➡ 0,0913
			500	45,65	➡ 0,0913
02331683	*Apo-Venlafaxine XR*	Apotex	100	9,13	➡ 0,0913
			500	45,65	➡ 0,0913
02452839	*Auro-Venlafaxine XR*	Aurobindo	100	9,13	➡ 0,0913
			500	45,65	➡ 0,0913
02237279	*Effexor XR*	Upjohn	90	75,51	0,8390
02471280	*M-Venlafaxine XR*	Mantra Ph.	100	9,13	➡ 0,0913
			500	45,65	➡ 0,0913
02278545	*pms-Venlafaxine XR*	Phmscience	100	9,13	➡ 0,0913
			500	45,65	➡ 0,0913
02273969	*ratio-Venlafaxine XR*	Ratiopharm	100	9,13	➡ 0,0913
			500	45,65	➡ 0,0913
02310317	*Sandoz Venlafaxine XR*	Sandoz	100	9,13	➡ 0,0913
02380072	*Taro-Venlafaxine XR*	Sun Pharma	100	9,13	➡ 0,0913
			500	45,65	➡ 0,0913
02275023	*Teva-Venlafaxine XR*	Teva Can	100	9,13	➡ 0,0913
02516535	*Venlafaxine XR*	Jamp	100	9,13	➡ 0,0913
			500	45,65	➡ 0,0913
02339242	*Venlafaxine XR*	Pro Doc	100	9,13	➡ 0,0913
			500	45,65	➡ 0,0913
02489678	*Venlafaxine XR*	Riva	100	9,13	➡ 0,0913
			500	45,65	➡ 0,0913
02354713	*Venlafaxine XR*	Sanis	100	9,13	➡ 0,0913
02385929	*Venlafaxine XR*	Sivem	100	9,13	➡ 0,0913

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.				75 mg **PPB**	
02304325	*ACT Venlafaxine XR*	Teva Can	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02331691	*Apo-Venlafaxine XR*	Apotex	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02452847	*Auro-Venlafaxine XR*	Aurobindo	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02237280	*Effexor XR*	Upjohn	90	151,01	1,6779
02471299	*M-Venlafaxine XR*	Mantra Ph.	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02278553	*pms-Venlafaxine XR*	Phmscience	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02273977	*ratio-Venlafaxine XR*	Ratiopharm	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02310325	*Sandoz Venlafaxine XR*	Sandoz	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02380080	*Taro-Venlafaxine XR*	Sun Pharma	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02275031	*Teva-Venlafaxine XR*	Teva Can	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02516543	*Venlafaxine XR*	Jamp	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02339250	*Venlafaxine XR*	Pro Doc	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02489686	*Venlafaxine XR*	Riva	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02354721	*Venlafaxine XR*	Sanis	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02385937	*Venlafaxine XR*	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	*ACT Venlafaxine XR*	Teva Can	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02331705	*Apo-Venlafaxine XR*	Apotex	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02452855	*Auro-Venlafaxine XR*	Aurobindo	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02237282	*Effexor XR*	Upjohn	90	159,72	1,7747
02471302	*M-Venlafaxine XR*	Mantra Ph.	500	96,35	➡ 0,1927
02278561	*pms-Venlafaxine XR*	Phmscience	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02273985	*ratio-Venlafaxine XR*	Ratiopharm	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02310333	*Sandoz Venlafaxine XR*	Sandoz	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02380099	*Taro-Venlafaxine XR*	Sun Pharma	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02275058	*Teva-Venlafaxine XR*	Teva Can	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02516551	*Venlafaxine XR*	Jamp	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02339269	*Venlafaxine XR*	Pro Doc	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02489694	*Venlafaxine XR*	Riva	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02354748	*Venlafaxine XR*	Sanis	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02385945	*Venlafaxine XR*	Sivem	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927

VORTIOXÉTINE (BROMHYDRATE DE) 🅿

Co.				5 mg	
02432919	*Trintellix*	Lundbeck	28	78,81	2,8148

Co.				10 mg	
02432927	*Trintellix*	Lundbeck	28	82,56	2,9484

Co.				20 mg	
02432943	*Trintellix*	Lundbeck	28	89,63	3,2011

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:16.08
ANTIPSYCHOTIQUES
ARIPIPRAZOLE

Co. 2 mg **PPB**

02322374	*Abilify*	Otsuka Can	30	87,42	2,9140
02471086	*Apo-Aripiprazole*	Apotex	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02488000	*Aripiprazole*	Pro Doc	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02506688	*Aripiprazole*	Sanis	100	80,92	➡ 0,8092
02460025	*Auro-Aripiprazole*	Aurobindo	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02483556	*Mint-Aripiprazole*	Mint	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02466635	*pms-Aripiprazole*	Phmscience	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02479346	*Riva-Aripiprazole*	Riva	30	24,28	➡ 0,8092
02473658	*Sandoz Aripiprazole*	Sandoz	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02464144	*Teva-Aripiprazole*	Teva Can	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092

Co. 5 mg **PPB**

02322382	*Abilify*	Otsuka Can	30	98,40	3,2800
02471094	*Apo-Aripiprazole*	Apotex	30	27,14	➡ 0,9046
			100	90,46	➡ 0,9046
02488019	*Aripiprazole*	Pro Doc	30	27,14	➡ 0,9046
			100	90,46	➡ 0,9046
02506718	*Aripiprazole*	Sanis	100	90,46	➡ 0,9046
02460033	*Auro-Aripiprazole*	Aurobindo	30	27,14	➡ 0,9046
			100	90,46	➡ 0,9046
02483564	*Mint-Aripiprazole*	Mint	30	27,14	➡ 0,9046
			100	90,46	➡ 0,9046
02466643	*pms-Aripiprazole*	Phmscience	30	27,14	➡ 0,9046
			100	90,46	➡ 0,9046
02479354	*Riva-Aripiprazole*	Riva	30	27,14	➡ 0,9046
02473666	*Sandoz Aripiprazole*	Sandoz	30	27,14	➡ 0,9046
			100	90,46	➡ 0,9046
02464152	*Teva-Aripiprazole*	Teva Can	30	27,14	➡ 0,9046
			100	90,46	➡ 0,9046

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg	**PPB**
02322390	*Abilify*	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02471108	*Apo-Aripiprazole*	Apotex	30	32,26	➡ 1,0754
			100	107,54	➡ 1,0754
02488027	*Aripiprazole*	Pro Doc	30	32,26	➡ 1,0754
02506726	*Aripiprazole*	Sanis	100	107,54	➡ 1,0754
02460041	*Auro-Aripiprazole*	Aurobindo	30	32,26	➡ 1,0754
			100	107,54	➡ 1,0754
02483572	*Mint-Aripiprazole*	Mint	30	32,26	➡ 1,0754
			100	107,54	➡ 1,0754
02466651	*pms-Aripiprazole*	Phmscience	30	32,26	➡ 1,0754
			100	107,54	➡ 1,0754
02479362	*Riva-Aripiprazole*	Riva	30	32,26	➡ 1,0754
02473674	*Sandoz Aripiprazole*	Sandoz	30	32,26	➡ 1,0754
			100	107,54	➡ 1,0754
02464160	*Teva-Aripiprazole*	Teva Can	30	32,26	➡ 1,0754
			100	107,54	➡ 1,0754

Co.				15 mg	**PPB**
02322404	*Abilify*	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02471116	*Apo-Aripiprazole*	Apotex	30	38,08	➡ 1,2692
			100	126,92	➡ 1,2692
02488035	*Aripiprazole*	Pro Doc	30	38,08	➡ 1,2692
02506734	*Aripiprazole*	Sanis	100	126,92	➡ 1,2692
02460068	*Auro-Aripiprazole*	Aurobindo	30	38,08	➡ 1,2692
			100	126,92	➡ 1,2692
02483580	*Mint-Aripiprazole*	Mint	30	38,08	➡ 1,2692
			100	126,92	➡ 1,2692
02466678	*pms-Aripiprazole*	Phmscience	30	38,08	➡ 1,2692
			100	126,92	➡ 1,2692
02479370	*Riva-Aripiprazole*	Riva	30	38,08	➡ 1,2692
02473682	*Sandoz Aripiprazole*	Sandoz	30	38,08	➡ 1,2692
			100	126,92	➡ 1,2692
02464179	*Teva-Aripiprazole*	Teva Can	30	38,08	➡ 1,2692
			100	126,92	➡ 1,2692

Co.				20 mg	**PPB**
02322412	*Abilify*	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02471124	*Apo-Aripiprazole*	Apotex	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
02488043	*Aripiprazole*	Pro Doc	30	30,05	➡ 1,0017
02506750	*Aripiprazole*	Sanis	100	100,17	➡ 1,0017
02460076	*Auro-Aripiprazole*	Aurobindo	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
02483599	*Mint-Aripiprazole*	Mint	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
02466686	*pms-Aripiprazole*	Phmscience	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
02479389	*Riva-Aripiprazole*	Riva	30	30,05	➡ 1,0017
02473690	*Sandoz Aripiprazole*	Sandoz	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
02464187	*Teva-Aripiprazole*	Teva Can	30	30,05	➡ 1,0017

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				30 mg **PPB**	
02322455	*Abilify*	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02471132	*Apo-Aripiprazole*	Apotex	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
02488051	*Aripiprazole*	Pro Doc	30	30,05	➡ 1,0017
02506785	*Aripiprazole*	Sanis	100	100,17	➡ 1,0017
02460084	*Auro-Aripiprazole*	Aurobindo	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
02483602	*Mint-Aripiprazole*	Mint	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
02466694	*pms-Aripiprazole*	Phmscience	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
02479397	*Riva-Aripiprazole*	Riva	30	30,05	➡ 1,0017
02473704	*Sandoz Aripiprazole*	Sandoz	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
02464195	*Teva-Aripiprazole*	Teva Can	30	30,05	➡ 1,0017
			100	100,17	➡ 1,0017
Pd. Inj. I.M.				300 mg	
02420864	*Abilify Maintena*	Otsuka Can	1	456,18	
Pd. Inj. I.M.				400 mg	
02420872	*Abilify Maintena*	Otsuka Can	1	456,18	

CHLORPROMAZINE (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co.				25 mg	
00232823	*Novo-Chlorpromazine*	Novopharm	100	13,65	0,1365
			500	68,25	0,1365
Co.				50 mg	
00232807	*Novo-Chlorpromazine*	Novopharm	100	15,65	0,1565
			500	78,25	0,1565
Co.				100 mg	
00232831	*Novo-Chlorpromazine*	Novopharm	100	32,00	0,3200
			500	160,00	0,3200

CLOZAPINE 🅿

Co.				25 mg **PPB**	
02248034	*AA-Clozapine*	AA Pharma	100	65,94	➡ 0,6594
00894737	*Clozaril*	HLS	100	94,20	0,9420
02247243	*Gen-Clozapine*	Mylan	100	65,94	➡ 0,6594

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg	**PPB**
02458748	*AA-Clozapine*	AA Pharma	100	131,88	➡ 1,3188
02305003	*Gen-Clozapine*	Mylan	100	131,88	➡ 1,3188
Co.				100 mg	**PPB**
02248035	*AA-Clozapine*	AA Pharma	100	264,46	➡ 2,6446
00894745	*Clozaril*	HLS	100	377,80	3,7780
02247244	*Gen-Clozapine*	Mylan	100	264,46	➡ 2,6446
Co.				200 mg	**PPB**
02458756	*AA-Clozapine*	AA Pharma	100	528,92	➡ 5,2892
02305011	*Gen-Clozapine*	Mylan	100	528,92	➡ 5,2892

FLUPENTIXOL (DÉCANOATE DE) 🅿

Sol. Inj. I.M.				20 mg/mL	
02156032	*Fluanxol Dépot 2%*	Lundbeck	1 ml	7,18	
Sol. Inj. I.M.				100 mg/mL	
02156040	*Fluanxol Dépot 10%*	Lundbeck	1 ml	35,93	

FLUPENTIXOL (DICHLORHYDRATE DE) 🅿

Co.				0,5 mg	
02156008	*Fluanxol*	Lundbeck	100	24,83	0,2483
Co.				3 mg	
02156016	*Fluanxol*	Lundbeck	100	53,62	0,5362

FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co.				1 mg	
00405345	*Fluphénazine*	AA Pharma	100	17,39	0,1739
Co.				2 mg	
00410632	*Fluphénazine*	AA Pharma	100	22,52	0,2252
Co.				5 mg	
00405361	*Fluphénazine*	AA Pharma	100	17,20	0,1720

HALOPÉRIDOL 🅿

Co.				0,5 mg	
00363685	*Teva-Haloperidol*	Teva Can	100	13,62	0,1362

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				1 mg	
00363677	*Teva-Haloperidol*	Teva Can	100	20,46	0,2046
Co.				2 mg	
00363669	*Teva-Haloperidol*	Teva Can	100	30,58	0,3058
Co.				5 mg	
00363650	*Teva-Haloperidol*	Teva Can	100	48,77	0,4877
Co.				10 mg	
00713449	*Teva-Haloperidol*	Teva Can	100	70,95	0,7095
Co.				20 mg	
00768820	*Teva-Haloperidol*	Teva Can	100	117,28	1,1728
Sol. Inj. I.M.				5 mg/mL **PPB**	
00808652	*Halopéridol*	Sandoz	1 ml	➡ 3,96	
02366010	*Halopéridol Injection*	Oméga	1 ml	➡ 3,96	
02406411	*Haloperidol Injection, USP*	Fresenius	1 ml	➡ 3,96	

HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D') Ⓟ

Sol. Inj. I.M.				100 mg/mL	
02130300	*Halopéridol LA*	Sandoz	5 ml	55,40	

LOXAPINE (SUCCINATE DE) Ⓟ

Co.				2,5 mg	
02242868	*Xylac*	Pendopharm	100	23,95	0,2395
Co.				10 mg	
02230838	*Xylac*	Pendopharm	100	29,99	0,2999
Co.				25 mg	
02230839	*Xylac*	Pendopharm	100	46,49	0,4649

MÉTHOTRIMÉPRAZINE Ⓟ

Co.				2 mg	
02238403	*Méthoprazine*	AA Pharma	100	6,85	0,0685

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj. 25 mg/mL

01927698	*Nozinan*	SanofiAven	1 ml	3,25	

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
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
02337126	*Riva-Olanzapine*	Riva	100	17,72	➡	0,1772
			500	88,60	➡	0,1772
02310341	*Sandoz Olanzapine*	Sandoz	100	17,72	➡	0,1772
02276712	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	17,72	➡	0,1772
02229250	*Zyprexa*	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
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
02337142	*Riva-Olanzapine*	Riva	100	53,16	➡	0,5316
			500	265,80	➡	0,5316
02310376	*Sandoz Olanzapine*	Sandoz	100	53,16	➡	0,5316
02276739	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	53,16	➡	0,5316
02229277	*Zyprexa*	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
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
02414090	*Ran-Olanzapine ODT*	Ranbaxy	28	9,92	➡ 0,3544
02337134	*Riva-Olanzapine*	Riva	100	35,44	➡ 0,3544
			500	177,20	➡ 0,3544
02310368	*Sandoz Olanzapine*	Sandoz	100	35,44	➡ 0,3544
02327775	*Sandoz Olanzapine ODT*	Sandoz	30	10,63	➡ 0,3544
02276720	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	35,44	➡ 0,3544
02229269	*Zyprexa*	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
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
02414104	*Ran-Olanzapine ODT*	Ranbaxy	28	19,85	➡ 0,7088
02337150	*Riva-Olanzapine*	Riva	100	70,88	➡ 0,7088
			500	354,40	➡ 0,7088
02310384	*Sandoz Olanzapine*	Sandoz	100	70,88	➡ 0,7088
02327783	*Sandoz Olanzapine ODT*	Sandoz	30	21,26	➡ 0,7088
02276747	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	70,88	➡ 0,7088
			500	354,40	➡ 0,7088
02229285	*Zyprexa*	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
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
02414112	*Ran-Olanzapine ODT*	Ranbaxy	28	29,77	➡ 1,0631
02337169	*Riva-Olanzapine*	Riva	100	106,31	➡ 1,0631
			500	531,55	➡ 1,0631
02310392	*Sandoz Olanzapine*	Sandoz	100	106,31	➡ 1,0631
02327791	*Sandoz Olanzapine ODT*	Sandoz	30	31,89	➡ 1,0631
02276755	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	106,31	➡ 1,0631
02238850	*Zyprexa*	Lilly	28	294,17	10,5061
02243088	*Zyprexa Zydis*	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
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
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 Zydis*	Lilly	28	395,84	14,1371

PALIPÉRIDONE (PALMITATE DE) 🅱

Susp. Inj. I.M. 1 mois 50 mg/0,5 mL

02354217	*Invega Sustenna*	Janss. Inc	1	304,10	

Susp. Inj. I.M. 1 mois 75 mg/0,75 mL

02354225	*Invega Sustenna*	Janss. Inc	1	456,18	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Inj. I.M. 1 mois				100 mg/1,0 mL	
02354233	*Invega Sustenna*	Janss. Inc	1	456,18	
Susp. Inj. I.M. 1 mois				150 mg/1,5 mL	
02354241	*Invega Sustenna*	Janss. Inc	1	608,22	
Susp. Inj. I.M. 3 mois				175 mg/0,875 mL	
02455943	*Invega Trinza*	Janss. Inc	1	912,30	
Susp. Inj. I.M. 3 mois				263 mg/1,315 mL	
02455986	*Invega Trinza*	Janss. Inc	1	1368,54	
Susp. Inj. I.M. 3 mois				350 mg/1,75 mL	
02455994	*Invega Trinza*	Janss. Inc	1	1368,54	
Susp. Inj. I.M. 3 mois				525 mg/2,625 mL	
02456001	*Invega Trinza*	Janss. Inc	1	1824,66	

PÉRICYAZINE Pr

Caps.				5 mg	
01926780	*Neuleptil*	Erfa	100	18,84	0,1884
Caps.				10 mg	
01926772	*Neuleptil*	Erfa	100	29,85	0,2985
Sol. Orale				10 mg/mL	
01926756	*Neuleptil*	Erfa	100 ml	32,84	0,3284

PERPHÉNAZINE Pr

Co.				2 mg	
00335134	*Perphénazine*	AA Pharma	100	6,39	0,0639
Co.				4 mg	
00335126	*Perphénazine*	AA Pharma	100	7,73	0,0773
Co.				8 mg	
00335118	*Perphénazine*	AA Pharma	100	8,49	0,0849

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				16 mg	
00335096	*Perphénazine*	AA Pharma	100	12,74	0,1274

PIMOZIDE Pr

Co.				4 mg	
02245433	*Pimozide*	AA Pharma	100	41,36	0,4136

PROCHLORPÉRAZINE Pr

Supp.				10 mg	
00789720	*Sandoz Prochlorpérazine*	Sandoz	10	19,10	1,9100

PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE) Pr

Co.				5 mg	
00886440	*Prochlorazine*	AA Pharma	100	16,59	0,1659
Co.				10 mg	
00886432	*Prochlorazine*	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	*ACT Quetiapine*	ActavisPhm	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02475979	*AG-Quetiapine*	Angita	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02313901	*Apo-Quetiapine*	Apotex	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02501635	*Apo-Quetiapine Fumarate*	Apotex	100	4,94	➡	0,0494
02390205	*Auro-Quetiapine*	Aurobindo	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02447193	*Bio-Quetiapine*	Biomed	100	4,94	➡	0,0494
02390140	*Jamp Quetiapine Fumarate*	Jamp	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02330415	*Jamp-Quetiapine*	Jamp	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02399822	*Mar-Quetiapine*	Marcan	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02438003	*Mint-Quetiapine*	Mint	100	4,94	➡	0,0494
02439158	*NAT-Quetiapine*	Natco	100	4,94	➡	0,0494
02486237	*NRA-Quetiapine*	Nora	500	24,70	➡	0,0494
02296551	*pms-Quetiapine*	Phmscience	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02447088	*Priva-Quetiapine*	Pharmapar	100	4,94	➡	0,0494
02317346	*Pro-Quetiapine*	Pro Doc	500	24,70	➡	0,0494
02387794	*Quetiapine*	Accord	100	4,94	➡	0,0494
02353164	*Quetiapine*	Sanis	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02317893	*Quetiapine*	Sivem	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02397099	*Ran-Quetiapine*	Ranbaxy	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02316692	*Riva-Quetiapine*	Riva	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02313995	*Sandoz Quetiapine*	Sandoz	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02236951	*Seroquel*	AZC	100	51,35		0,5135
02284235	*Teva-Quetiapine*	Teva Can	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg **PPB**	
02316099	*ACT Quetiapine*	ActavisPhm	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02475987	*AG-Quetiapine*	Angita	100	13,18	➡ 0,1318
02313928	*Apo-Quetiapine*	Apotex	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02501643	*Apo-Quetiapine Fumarate*	Apotex	100	13,18	➡ 0,1318
02390213	*Auro-Quetiapine*	Aurobindo	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02447207	*Bio-Quetiapine*	Biomed	100	13,18	➡ 0,1318
02390159	*Jamp Quetiapine Fumarate*	Jamp	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02330423	*Jamp-Quetiapine*	Jamp	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02399830	*Mar-Quetiapine*	Marcan	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02438011	*Mint-Quetiapine*	Mint	100	13,18	➡ 0,1318
02439166	*NAT-Quetiapine*	Natco	100	13,18	➡ 0,1318
02296578	*pms-Quetiapine*	Phmscience	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02317354	*Pro-Quetiapine*	Pro Doc	100	13,18	➡ 0,1318
02387808	*Quetiapine*	Accord	100	13,18	➡ 0,1318
02353172	*Quetiapine*	Sanis	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02317907	*Quetiapine*	Sivem	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02397102	*Ran-Quetiapine*	Ranbaxy	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02316706	*Riva-Quetiapine*	Riva	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02314002	*Sandoz Quetiapine*	Sandoz	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02236952	*Seroquel*	AZC	100	137,00	1,3700
02284243	*Teva-Quetiapine*	Teva Can	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318

Co.				150 mg **PPB**	
02387816	*Comprimés de quétiapine*	Accord	100	96,56	➡ 0,9656
02439174	*NAT-Quetiapine*	Natco	100	96,56	➡ 0,9656
02284251	*Teva-Quetiapine*	Teva Can	100	96,56	➡ 0,9656

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				200 mg **PPB**	
02316110	*ACT Quetiapine*	ActavisPhm	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02475995	*AG-Quetiapine*	Angita	100	26,47	➡ 0,2647
02313936	*Apo-Quetiapine*	Apotex	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02501651	*Apo-Quetiapine Fumarate*	Apotex	100	26,47	➡ 0,2647
02390248	*Auro-Quetiapine*	Aurobindo	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02447223	*Bio-Quetiapine*	Biomed	100	26,47	➡ 0,2647
02390167	*Jamp Quetiapine Fumarate*	Jamp	100	26,47	➡ 0,2647
02330458	*Jamp-Quetiapine*	Jamp	100	26,47	➡ 0,2647
02399849	*Mar-Quetiapine*	Marcan	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02438046	*Mint-Quetiapine*	Mint	100	26,47	➡ 0,2647
02439182	*NAT-Quetiapine*	Natco	100	26,47	➡ 0,2647
02296594	*pms-Quetiapine*	Phmscience	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02317362	*Pro-Quetiapine*	Pro Doc	100	26,47	➡ 0,2647
02387824	*Quetiapine*	Accord	100	26,47	➡ 0,2647
02353199	*Quetiapine*	Sanis	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02317923	*Quetiapine*	Sivem	100	26,47	➡ 0,2647
02397110	*Ran-Quetiapine*	Ranbaxy	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02316722	*Riva-Quetiapine*	Riva	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02314010	*Sandoz Quetiapine*	Sandoz	100	26,47	➡ 0,2647
02236953	*Seroquel*	AZC	100	275,20	2,7520
02284278	*Teva-Quetiapine*	Teva Can	30	7,94	➡ 0,2647
			100	26,47	➡ 0,2647

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				300 mg **PPB**	
02316129	*ACT Quetiapine*	ActavisPhm	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02476002	*AG-Quetiapine*	Angita	100	38,63	➡ 0,3863
02313944	*Apo-Quetiapine*	Apotex	100	38,63	➡ 0,3863
02501678	*Apo-Quetiapine Fumarate*	Apotex	100	38,63	➡ 0,3863
02390256	*Auro-Quetiapine*	Aurobindo	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02447258	*Bio-Quetiapine*	Biomed	100	38,63	➡ 0,3863
02390175	*Jamp Quetiapine Fumarate*	Jamp	100	38,63	➡ 0,3863
02330466	*Jamp-Quetiapine*	Jamp	100	38,63	➡ 0,3863
02399857	*Mar-Quetiapine*	Marcan	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02438054	*Mint-Quetiapine*	Mint	100	38,63	➡ 0,3863
02439190	*NAT-Quetiapine*	Natco	100	38,63	➡ 0,3863
02296608	*pms-Quetiapine*	Phmscience	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02317370	*Pro-Quetiapine*	Pro Doc	100	38,63	➡ 0,3863
02387832	*Quetiapine*	Accord	100	38,63	➡ 0,3863
02353202	*Quetiapine*	Sanis	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02317931	*Quetiapine*	Sivem	100	38,63	➡ 0,3863
02397129	*Ran-Quetiapine*	Ranbaxy	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02316730	*Riva-Quetiapine*	Riva	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02314029	*Sandoz Quetiapine*	Sandoz	100	38,63	➡ 0,3863
02244107	*Seroquel*	AZC	100	401,45	4,0145
02284286	*Teva-Quetiapine*	Teva Can	30	11,59	➡ 0,3863
			100	38,63	➡ 0,3863
Co. L.A.				50 mg **PPB**	
02450860	*ACH-Quetiapine Fumarate XR*	Accord	60	15,01	➡ 0,2501
02520532	*AG-Quetiapine XR*	Angita	100	25,01	➡ 0,2501
02457229	*Apo-Quetiapine XR*	Apotex	60	15,01	➡ 0,2501
02522187	*Mint-Quetiapine XR*	Mint	100	25,01	➡ 0,2501
02510677	*NRA-Quetiapine XR*	Nora	60	15,01	➡ 0,2501
02516616	*Quetiapine Fumarate XR*	Sanis	100	25,01	➡ 0,2501
02519607	*Quetiapine XR*	Jamp	100	25,01	➡ 0,2501
02417782	*Quetiapine XR*	Pro Doc	100	25,01	➡ 0,2501
02417359	*Quetiapine XR*	Sivem	60	15,01	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02407671	*Sandoz Quetiapine XRT*	Sandoz	60	15,01	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02300184	*Seroquel XR*	AZC	60	58,80	0,9800
02395444	*Teva-Quetiapine XR*	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	*ACH-Quetiapine Fumarate XR*	Accord	60	29,56	➡ 0,4926
02520540	*AG-Quetiapine XR*	Angita	100	49,26	➡ 0,4926
02457237	*Apo-Quetiapine XR*	Apotex	60	29,56	➡ 0,4926
02522195	*Mint-Quetiapine XR*	Mint	100	49,26	➡ 0,4926
02510685	*NRA-Quetiapine XR*	Nora	60	29,56	➡ 0,4926
02516624	*Quetiapine Fumarate XR*	Sanis	100	49,26	➡ 0,4926
02519615	*Quetiapine XR*	Jamp	100	49,26	➡ 0,4926
02417790	*Quetiapine XR*	Pro Doc	100	49,26	➡ 0,4926
02417367	*Quetiapine XR*	Sivem	60	29,56	➡ 0,4926
			100	49,26	➡ 0,4926
02407698	*Sandoz Quetiapine XRT*	Sandoz	60	29,56	➡ 0,4926
			100	49,26	➡ 0,4926
02321513	*Seroquel XR*	AZC	60	115,80	1,9300
02395452	*Teva-Quetiapine XR*	Teva Can	60	29,56	➡ 0,4926

Co. L.A. 200 mg **PPB**

02450887	*ACH-Quetiapine Fumarate XR*	Accord	60	39,97	➡ 0,6661
02520559	*AG-Quetiapine XR*	Angita	100	66,61	➡ 0,6661
02457245	*Apo-Quetiapine XR*	Apotex	60	39,97	➡ 0,6661
02522209	*Mint-Quetiapine XR*	Mint	100	66,61	➡ 0,6661
02510693	*NRA-Quetiapine XR*	Nora	60	39,97	➡ 0,6661
02516632	*Quetiapine Fumarate XR*	Sanis	100	66,61	➡ 0,6661
02519623	*Quetiapine XR*	Jamp	100	66,61	➡ 0,6661
02417804	*Quetiapine XR*	Pro Doc	100	66,61	➡ 0,6661
02417375	*Quetiapine XR*	Sivem	60	39,97	➡ 0,6661
			100	66,61	➡ 0,6661
02407701	*Sandoz Quetiapine XRT*	Sandoz	60	39,97	➡ 0,6661
			100	66,61	➡ 0,6661
02300192	*Seroquel XR*	AZC	60	157,20	2,6200
02395460	*Teva-Quetiapine XR*	Teva Can	60	39,97	➡ 0,6661

Co. L.A. 300 mg **PPB**

02450895	*ACH-Quetiapine Fumarate XR*	Accord	60	58,66	➡ 0,9776
02520567	*AG-Quetiapine XR*	Angita	100	97,76	➡ 0,9776
02457253	*Apo-Quetiapine XR*	Apotex	60	58,66	➡ 0,9776
02522217	*Mint-Quetiapine XR*	Mint	100	97,76	➡ 0,9776
02510707	*NRA-Quetiapine XR*	Nora	60	58,66	➡ 0,9776
02516640	*Quetiapine Fumarate XR*	Sanis	100	97,76	➡ 0,9776
02519747	*Quetiapine XR*	Jamp	100	97,76	➡ 0,9776
02417812	*Quetiapine XR*	Pro Doc	100	97,76	➡ 0,9776
02417383	*Quetiapine XR*	Sivem	60	58,66	➡ 0,9776
			100	97,76	➡ 0,9776
02407728	*Sandoz Quetiapine XRT*	Sandoz	60	58,66	➡ 0,9776
			100	97,76	➡ 0,9776
02300206	*Seroquel XR*	AZC	60	231,60	3,8600
02395479	*Teva-Quetiapine XR*	Teva Can	60	58,66	➡ 0,9776

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. L.A. 400 mg **PPB**

02450909	*ACH-Quetiapine Fumarate XR*	Accord	60	79,62	➡ 1,3270
02520575	*AG-Quetiapine XR*	Angita	100	132,70	➡ 1,3270
02457261	*Apo-Quetiapine XR*	Apotex	60	79,62	➡ 1,3270
02510715	*NRA-Quetiapine XR*	Nora	60	79,62	➡ 1,3270
02516659	*Quetiapine Fumarate XR*	Sanis	100	132,70	➡ 1,3270
02519763	*Quetiapine XR*	Jamp	100	132,70	➡ 1,3270
02417820	*Quetiapine XR*	Pro Doc	100	132,70	➡ 1,3270
02417391	*Quetiapine XR*	Sivem	60	79,62	➡ 1,3270
			100	132,70	➡ 1,3270
02407736	*Sandoz Quetiapine XRT*	Sandoz	60	79,62	➡ 1,3270
			100	132,70	➡ 1,3270
02300214	*Seroquel XR*	AZC	60	314,40	5,2400
02395487	*Teva-Quetiapine XR*	Teva Can	60	79,62	➡ 1,3270

RISPÉRIDONE 🅿

Co. 0,25 mg **PPB**

02369079	*AG-Risperidone*	Angita	100	10,36	➡ 0,1036
02282119	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	10,36	➡ 0,1036
			500	51,80	➡ 0,1036
02359529	*Jamp-Risperidone*	Jamp	100	10,36	➡ 0,1036
			500	51,80	➡ 0,1036
02371766	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	10,36	➡ 0,1036
02359790	*Mint-Risperidon*	Mint	100	10,36	➡ 0,1036
02282690	*Novo-Risperidone*	Novopharm	60	6,22	➡ 0,1036
			100	10,36	➡ 0,1036
02252007	*pms-Risperidone*	Phmscience	100	10,36	➡ 0,1036
			500	51,80	➡ 0,1036
02312700	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	100	10,36	➡ 0,1036
02328305	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	10,36	➡ 0,1036
			500	51,80	➡ 0,1036
02356880	*Rispéridone*	Sanis	100	10,36	➡ 0,1036
			500	51,80	➡ 0,1036
02283565	*Riva-Risperidone*	Riva	100	10,36	➡ 0,1036
02303655	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	100	10,36	➡ 0,1036

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				0,5 mg **PPB**	
02369087	*AG-Risperidone*	Angita	100	17,35	➡ 0,1735
02282127	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	17,35	➡ 0,1735
			500	86,75	➡ 0,1735
02359537	*Jamp-Risperidone*	Jamp	100	17,35	➡ 0,1735
			500	86,75	➡ 0,1735
02371774	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	17,35	➡ 0,1735
02359804	*Mint-Risperidon*	Mint	100	17,35	➡ 0,1735
02264188	*Novo-Risperidone*	Novopharm	60	10,41	➡ 0,1735
			100	17,35	➡ 0,1735
02252015	*pms-Risperidone*	Phmscience	100	17,35	➡ 0,1735
			500	86,75	➡ 0,1735
02312719	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	100	17,35	➡ 0,1735
02328313	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	17,35	➡ 0,1735
			500	86,75	➡ 0,1735
02356899	*Rispéridone*	Sanis	100	17,35	➡ 0,1735
			500	86,75	➡ 0,1735
02283573	*Riva-Risperidone*	Riva	100	17,35	➡ 0,1735
02303663	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	100	17,35	➡ 0,1735
Co.				1 mg **PPB**	
02369095	*AG-Risperidone*	Angita	100	23,97	➡ 0,2397
02282135	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	23,97	➡ 0,2397
			500	119,85	➡ 0,2397
02359545	*Jamp-Risperidone*	Jamp	60	14,38	➡ 0,2397
			500	119,85	➡ 0,2397
02371782	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	23,97	➡ 0,2397
02359812	*Mint-Risperidon*	Mint	100	23,97	➡ 0,2397
02264196	*Novo-Risperidone*	Novopharm	60	14,38	➡ 0,2397
			100	23,97	➡ 0,2397
02252023	*pms-Risperidone*	Phmscience	100	23,97	➡ 0,2397
			500	119,85	➡ 0,2397
02312727	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	100	23,97	➡ 0,2397
02328321	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	23,97	➡ 0,2397
			500	119,85	➡ 0,2397
02356902	*Rispéridone*	Sanis	100	23,97	➡ 0,2397
			500	119,85	➡ 0,2397
02283581	*Riva-Risperidone*	Riva	100	23,97	➡ 0,2397
			500	119,85	➡ 0,2397
02279800	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	100	23,97	➡ 0,2397
			500	119,85	➡ 0,2397

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg **PPB**	
02369117	*AG-Risperidone*	Angita	100	47,95	0,4795
02282143	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	47,95	0,4795
			500	239,75	0,4795
02359553	*Jamp-Risperidone*	Jamp	60	28,77	0,4795
			500	239,75	0,4795
02371790	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	47,95	0,4795
02359820	*Mint-Risperidon*	Mint	100	47,95	0,4795
02252031	*pms-Risperidone*	Phmscience	100	47,95	0,4795
			500	239,75	0,4795
02312735	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	100	47,95	0,4795
02328348	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	47,95	0,4795
			500	239,75	0,4795
02356910	*Rispéridone*	Sanis	100	47,95	0,4795
			500	239,75	0,4795
02283603	*Riva-Risperidone*	Riva	100	47,95	0,4795
			500	239,75	0,4795
02279819	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	100	47,95	0,4795
			500	239,75	0,4795
02264218	*Teva-Risperidone*	Novopharm	60	28,77	0,4795
			100	47,95	0,4795

Co.				3 mg **PPB**	
02369125	*AG-Risperidone*	Angita	100	71,80	0,7180
02282151	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	71,80	0,7180
02359561	*Jamp-Risperidone*	Jamp	60	43,08	0,7180
			100	71,80	0,7180
02371804	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	71,80	0,7180
02359839	*Mint-Risperidon*	Mint	100	71,80	0,7180
02252058	*pms-Risperidone*	Phmscience	100	71,80	0,7180
			500	359,00	0,7180
02312743	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	100	71,80	0,7180
02328364	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	71,80	0,7180
02356929	*Rispéridone*	Sanis	100	71,80	0,7180
			250	179,50	0,7180
02283611	*Riva-Risperidone*	Riva	100	71,80	0,7180
			250	179,50	0,7180
02279827	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	100	71,80	0,7180
			250	179,50	0,7180
02264226	*Teva-Risperidone*	Novopharm	60	43,08	0,7180
			100	71,80	0,7180

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				4 mg **PPB**	
02369133	*AG-Risperidone*	Angita	100	95,74	➡ 0,9574
02282178	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	95,74	➡ 0,9574
02359588	*Jamp-Risperidone*	Jamp	60	57,44	➡ 0,9574
			100	95,74	➡ 0,9574
02371812	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	95,74	➡ 0,9574
02359847	*Mint-Risperidon*	Mint	100	95,74	➡ 0,9574
02252066	*pms-Risperidone*	Phmscience	100	95,74	➡ 0,9574
02312751	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	100	95,74	➡ 0,9574
02328372	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	95,74	➡ 0,9574
02356937	*Rispéridone*	Sanis	100	95,74	➡ 0,9574
02283638	*Riva-Risperidone*	Riva	60	57,44	➡ 0,9574
			100	95,74	➡ 0,9574
02279835	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	100	95,74	➡ 0,9574
02264234	*Teva-Risperidone*	Novopharm	100	95,74	➡ 0,9574
Pd. Inj. I.M.				12,5 mg	
02298465	*Risperdal Consta*	Janss. Inc	1	75,41	
Pd. Inj. I.M.				25 mg	
02255707	*Risperdal Consta*	Janss. Inc	1	156,09	
Pd. Inj. I.M.				37,5 mg	
02255723	*Risperdal Consta*	Janss. Inc	1	234,16	
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

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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	156,33 ➡	1,5633
02298600	*Zeldox*	Upjohn	60	93,80 ➡	1,5633
Caps.				60 mg **PPB**	
02449560	*Auro-Ziprasidone*	Aurobindo	60	93,80 ➡	1,5633
			100	156,33 ➡	1,5633
02298619	*Zeldox*	Upjohn	60	93,80 ➡	1,5633
Caps.				80 mg **PPB**	
02449579	*Auro-Ziprasidone*	Aurobindo	60	93,80 ➡	1,5633
			100	156,33 ➡	1,5633
02298627	*Zeldox*	Upjohn	60	93,80 ➡	1,5633

ZUCLOPENTHIXOL (ACÉTATE DE) ℞

Sol. Inj. I.M.				50 mg/mL	
02230405	*Clopixol-acuphase*	Lundbeck	1 ml	14,91	

ZUCLOPENTHIXOL (DÉCANOATE DE) ℞

Sol. Inj. I.M.				200 mg/mL	
02230406	*Clopixol dépôt*	Lundbeck	1 ml	14,91	

ZUCLOPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE) ℞

Co.				10 mg	
02230402	*Clopixol*	Lundbeck	100	38,35	0,3835
Co.				25 mg	
02230403	*Clopixol*	Lundbeck	100	95,88	0,9588

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:20.04
AMPHÉTAMINES
DEXAMPHÉTAMINE (SULFATE DE) ⊕

Caps. L.A. — 10 mg **PPB**

02448319	*ACT Dextroamphetamine SR*	ActavisPhm	100	80,96	➡ 0,8096
01924559	*Dexédrine*	Paladin	100	81,71	0,8171

Caps. L.A. — 15 mg **PPB**

02448327	*ACT Dextroamphetamine SR*	ActavisPhm	100	98,98	➡ 0,9898
01924567	*Dexédrine*	Paladin	100	100,05	1,0005

Co. — 5 mg **PPB**

01924516	*Dexédrine*	Paladin	100	56,89	0,5689
02443236	*Dextroamphetamine*	AA Pharma	100	50,81	➡ 0,5081

28:20.92
AUTRES STIMULANTS S.N.C.
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) ⊕

Co. — 5 mg **PPB**

02273950	*Apo-Methylphenidate*	Apotex	100	9,47	➡ 0,0947
02234749	*pms-Methylphénidate*	Phmscience	100	9,47	➡ 0,0947

Co. — 10 mg **PPB**

02249324	*Apo-Methylphenidate*	Apotex	100	22,16	➡ 0,2216
			500	110,80	➡ 0,2216
00584991	*pms-Methylphénidate*	Phmscience	100	22,16	➡ 0,2216
			500	110,80	➡ 0,2216

Co. — 20 mg **PPB**

02249332	*Apo-Methylphenidate*	Apotex	100	27,35	➡ 0,2735
00585009	*pms-Methylphénidate*	Phmscience	100	27,35	➡ 0,2735
00005614	*Ritalin*	Novartis	100	50,35	0,5035

Co. L.A. — 20 mg **PPB**

02266687	*Apo-Methylphenidate SR*	Apotex	100	28,20	➡ 0,2820
00632775	*Ritalin SR*	Novartis	100	53,06	0,5306
02320312	*Sandoz Methylphenidate SR*	Sandoz	100	28,20	➡ 0,2820

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:24.08
BENZODIAZÉPINES

ALPRAZOLAM ⊠

Co. 0,25 mg **PPB**

	01908189	*Alprazolam-0.25*	Pro Doc	100	6,09	➡ 0,0609
	00865397	*Apo-Alpraz*	Apotex	100	6,09	➡ 0,0609
				1000	60,90	➡ 0,0609
+	01913484	*Teva-Alprazolam*	Teva Can	100	6,09	➡ 0,0609
				1000	60,90	➡ 0,0609
	00548359	*Xanax*	Upjohn	100	18,97	0,1897

Co. 0,5 mg **PPB**

	01908170	*Alprazolam-0.5*	Pro Doc	1000	72,80	➡ 0,0728
	00865400	*Apo-Alpraz*	Apotex	100	7,28	➡ 0,0728
				1000	72,80	➡ 0,0728
+	01913492	*Teva-Alprazolam*	Teva Can	100	7,28	➡ 0,0728
				1000	72,80	➡ 0,0728
	00548367	*Xanax*	Upjohn	100	22,67	0,2267

Co. 1 mg **PPB**

	02248706	*Alprazolam-1*	Pro Doc	100	20,92	➡ 0,2092
	02243611	*Apo-Alpraz*	Apotex	100	20,92	➡ 0,2092
	00723770	*Xanax*	Upjohn	100	40,81	0,4081

Co. 2 mg **PPB**

	02243612	*Apo-Alpraz TS*	Apotex	100	37,18	➡ 0,3718
	00813958	*Xanax TS*	Upjohn	100	72,55	0,7255

BROMAZÉPAM ⊠

Co. 3 mg **PPB**

	02177161	*Apo-Bromazepam*	Apotex	100	7,76	➡ 0,0776
	02230584	*Teva-Bromazepam*	Teva Can	100	7,76	➡ 0,0776
				500	38,80	➡ 0,0776

Co. 6 mg **PPB**

	02177188	*Apo-Bromazepam*	Apotex	100	11,34	➡ 0,1134
	02230585	*Teva-Bromazepam*	Teva Can	100	11,34	➡ 0,1134
				500	56,70	➡ 0,1134

CHLORDIAZÉPOXIDE (CHLORHYDRATE DE) ⊠

Caps. 5 mg

00522724	*Chlordiazépoxide*	AA Pharma	100	6,79	0,0679

Caps. 10 mg

00522988	*Chlordiazépoxide*	AA Pharma	100	10,70	0,1070

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				25 mg	
00522996	*Chlordiazépoxide*	AA Pharma	100	16,58	0,1658

DIAZÉPAM ⊠

Co.				2 mg	
00405329	*Diazépam*	AA Pharma	100	5,08	0,0508
Co.				5 mg **PPB**	
00362158	*Diazépam*	AA Pharma	100	6,50 ➡	0,0650
00013285	*Valium*	Roche	100	15,63	0,1563
Co.				10 mg	
00405337	*Diazépam*	AA Pharma	100	8,67	0,0867
Gel Rectal				5 mg/mL	
02238162	*Diastat 1 mL (5 mg)*	Valeant	2	142,18	71,0900
99113825	*Diastat 2 mL (10 mg)*	Valeant	2	142,18	71,0900
99113826	*Diastat 3 mL (15 mg)*	Valeant	2	142,18	71,0900

FLURAZÉPAM (CHLORHYDRATE DE) ⊠

Caps.				15 mg	
00521698	*Flurazépam*	AA Pharma	100	11,66	0,1166
Caps.				30 mg	
00521701	*Flurazépam*	AA Pharma	100	13,64	0,1364

LORAZÉPAM ⊠

Co.				0,5 mg **PPB**	
00655740	*Apo-Lorazepam*	Apotex	500	17,95 ➡	0,0359
00711101	*Novo-Lorazem*	Novopharm	100	3,59 ➡	0,0359
			1000	35,90 ➡	0,0359
00728187	*pms-Lorazepam*	Phmscience	100	3,59 ➡	0,0359
			1000	35,90 ➡	0,0359
00655643	*Pro-Lorazepam*	Pro Doc	500	17,95 ➡	0,0359
Co.				1 mg **PPB**	
00655759	*Apo-Lorazepam*	Apotex	1000	44,70 ➡	0,0447
02041421	*Ativan*	Pfizer	1000	44,70 ➡	0,0447
00728195	*pms-Lorazepam*	Phmscience	100	4,47 ➡	0,0447
			1000	44,70 ➡	0,0447
00655651	*Pro-Lorazepam*	Pro Doc	1000	44,70 ➡	0,0447
00637742	*Teva-Lorazepam*	Novopharm	100	4,47 ➡	0,0447
			1000	44,70 ➡	0,0447

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg **PPB**	
00655767	*Apo-Lorazepam*	Apotex	100	6,99	0,0699
			1000	69,90	0,0699
02041448	*Ativan*	Pfizer	1000	69,90	0,0699
00728209	*pms-Lorazepam*	Phmscience	100	6,99	0,0699
			1000	69,90	0,0699
00655678	*Pro-Lorazepam*	Pro Doc	100	6,99	0,0699
00637750	*Teva-Lorazepam*	Novopharm	100	6,99	0,0699
			1000	69,90	0,0699
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	
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	

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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

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
02509911	*Jamp Buspirone*	Jamp	100	27,13	➡ 0,2713
02519054	*Mint-Buspirone*	Mint	100	27,13	➡ 0,2713
02231492	*Novo-Buspirone*	Novopharm	100	27,13	➡ 0,2713
02230942	*pms-Buspirone*	Phmscience	100	27,13	➡ 0,2713

HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D')

Caps. 10 mg **PPB**

*	00646059	*Hydroxyzine*	AA Pharma	100	12,37	0,1237
	00738824	*Novo-Hydroxyzin*	Novopharm	100	3,32	➡ 0,0332

Caps. 25 mg **PPB**

*	00646024	*Hydroxyzine*	AA Pharma	100	15,80	0,1580
	00738832	*Novo-Hydroxyzin*	Novopharm	100	5,38	➡ 0,0538

Caps. 50 mg **PPB**

*	00646016	*Hydroxyzine*	AA Pharma	100	22,94	0,2294
	00738840	*Teva-Hydroxyzin*	Teva Can	100	7,50	➡ 0,0750

Sir. 10 mg/5 mL

00024694	*Atarax*	Erfa	473 ml	19,04	0,0403

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PROMÉTHAZINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. 50 mg

00575186	*Histantil*	Phmscience	100	16,64	0,1664

28:28
AUTRES PSYCHOTROPES
LITHIUM (CARBONATE DE) P

Caps. 150 mg

02242837	*Apo-Lithium Carbonate*	Apotex	100	6,67	0,0667
00461733	*Carbolith*	Valeant	100	11,41	0,1141
02013231	*Lithane*	Erfa	100	10,58	0,1058
02216132	*pms-Lithium carbonate*	Phmscience	100	6,67	0,0667
			1000	66,70	0,0667

Caps. 300 mg

02242838	*Apo-Lithium Carbonate*	Apotex	100	6,57	0,0657
00236683	*Carbolith*	Valeant	100	8,86	0,0886
			1000	88,61	0,0886
00406775	*Lithane*	Erfa	1000	105,40	0,1054
02216140	*pms-Lithium carbonate*	Phmscience	100	6,57	0,0657
			1000	65,70	0,0657

Caps. 600 mg

02011239	*Carbolith*	Valeant	100	17,00	0,1700
02216159	*pms-Lithium carbonate*	Phmscience	100	16,23	0,1623

28:32.28
AGONISTES DES RÉCEPTEURS 5HT-1
ALMOTRIPTAN (MALATE D') P

Co. 6,25 mg

02398435	*Mylan-Almotriptan*	Mylan	6	42,26	7,0433

Co. 12,5 mg **PPB**

02424029	*Almotriptan*	Pro Doc	6	14,09	➡	2,3478
02466821	*Almotriptan*	Sanis	6	14,09	➡	2,3478
02398443	*Mylan-Almotriptan*	Mylan	6	14,09	➡	2,3478
02405334	*Sandoz Almotriptan*	Sandoz	6	14,09	➡	2,3478
02434849	*Teva-Almotriptan*	Teva Can	6	14,09	➡	2,3478

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉLÉTRIPTAN (BROMHYDRATE D') ℞

Co. 20 mg **PPB**

02386054	*Apo-Eletriptan*	Apotex	6	15,70	➡ 2,6167
02518015	*Apo-Eletriptan*	Apotex	6	15,70	➡ 2,6167
02479451	*Auro-Eletriptan*	Aurobindo	6	15,70	➡ 2,6167
02489961	*Eletriptan*	Pro Doc	6	15,70	➡ 2,6167
02511266	*Eletriptan*	Sanis	6	15,70	➡ 2,6167
02493683	*Jamp Eletriptan*	Jamp	6	15,70	➡ 2,6167
02256290	*Relpax*	Upjohn	6	79,18	13,1967
02382091	*Teva-Eletriptan*	Teva Can	6	15,70	➡ 2,6167

Co. 40 mg **PPB**

02386062	*Apo-Eletriptan*	Apotex	6	15,70	➡ 2,6167
02518023	*Apo-Eletriptan*	Apotex	6	15,70	➡ 2,6167
02479478	*Auro-Eletriptan*	Aurobindo	6	15,70	➡ 2,6167
02489988	*Eletriptan*	Pro Doc	6	15,70	➡ 2,6167
02511274	*Eletriptan*	Sanis	6	15,70	➡ 2,6167
02493691	*Jamp Eletriptan*	Jamp	6	15,70	➡ 2,6167
02256304	*Relpax*	Upjohn	6	79,18	13,1967
02382105	*Teva-Eletriptan*	Teva Can	6	15,70	➡ 2,6167

NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE) ℞

Co. 1 mg **PPB**

02237820	*Amerge*	GSK	2	26,53	13,2650
02365499	*Apo-Naratriptan*	Apotex	6	36,86	➡ 6,1433
02314290	*Teva-Naratriptan*	Teva Can	8	49,15	➡ 6,1433

Co. 2,5 mg **PPB**

02237821	*Amerge*	GSK	6	83,86	13,9767
02322323	*Sandoz Naratriptan*	Sandoz	9	55,29	➡ 6,1433
02314304	*Teva-Naratriptan*	Teva Can	8	49,15	➡ 6,1433

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RIZATRIPTAN (BENZOATE DE) 🅿

Co. Diss. Orale ou Co. — 5 mg **PPB**

02492482	*AG-Rizatriptan ODT*	Angita	6	22,23	➡	3,7050
02393468	*Apo-Rizatriptan*	Apotex	6	22,23	➡	3,7050
02458764	*CCP-Rizatriptan*	Cellchem	6	22,23	➡	3,7050
02380455	*Jamp-Rizatriptan*	Jamp	6	22,23	➡	3,7050
02429233	*Jamp-Rizatriptan IR*	Jamp	6	22,23	➡	3,7050
02465086	*Jamp-Rizatriptan ODT*	Jamp	6	22,23	➡	3,7050
02379651	*Mar-Rizatriptan*	Marcan	6	22,23	➡	3,7050
			30	111,15	➡	3,7050
02462788	*Mar-Rizatriptan ODT*	Marcan	6	22,23	➡	3,7050
02240518	*Maxalt RPD*	Organon	12	171,57		14,2975
02379198	*Mylan-Rizatriptan ODT*	Mylan	6	22,23	➡	3,7050
02436604	*NAT-Rizatriptan ODT*	Natco	6	22,23	➡	3,7050
02393360	*pms-Rizatriptan RDT*	Phmscience	6	22,23	➡	3,7050
02442906	*Rizatriptan ODT*	Sanis	6	22,23	➡	3,7050
02446111	*Rizatriptan ODT*	Sivem	6	22,23	➡	3,7050
02415798	*Rizatriptan RDT*	Pro Doc	6	22,23	➡	3,7050
02351870	*Sandoz Rizatriptan ODT*	Sandoz	6	22,23	➡	3,7050
02396661	*Teva-Rizatriptan ODT*	Teva Can	6	22,23	➡	3,7050

Co. Diss. Orale ou Co. — 10 mg **PPB**

02381702	*ACT Rizatriptan*	Teva Can	6	22,23	➡	3,7050
			12	44,46	➡	3,7050
02492490	*AG-Rizatriptan ODT*	Angita	6	22,23	➡	3,7050
02393476	*Apo-Rizatriptan*	Apotex	6	22,23	➡	3,7050
02458772	*CCP-Rizatriptan*	Cellchem	6	22,23	➡	3,7050
02380463	*Jamp-Rizatriptan*	Jamp	6	22,23	➡	3,7050
			30	111,15	➡	3,7050
02429241	*Jamp-Rizatriptan IR*	Jamp	6	22,23	➡	3,7050
			12	44,46	➡	3,7050
02465094	*Jamp-Rizatriptan ODT*	Jamp	6	22,23	➡	3,7050
02379678	*Mar-Rizatriptan*	Marcan	6	22,23	➡	3,7050
			12	44,46	➡	3,7050
02462796	*Mar-Rizatriptan ODT*	Marcan	6	22,23	➡	3,7050
02240521	*Maxalt*	Organon	12	171,57		14,2975
02240519	*Maxalt RPD*	Organon	12	171,57		14,2975
02379201	*Mylan-Rizatriptan ODT*	Mylan	6	22,23	➡	3,7050
02436612	*NAT-Rizatriptan ODT*	Natco	6	22,23	➡	3,7050
02489384	*NRA-Rizatriptan ODT*	Nora	6	22,23	➡	3,7050
02393379	*pms-Rizatriptan RDT*	Phmscience	6	22,23	➡	3,7050
02516756	*Rizatriptan*	Sanis	12	44,46	➡	3,7050
02442914	*Rizatriptan ODT*	Sanis	6	22,23	➡	3,7050
02446138	*Rizatriptan ODT*	Sivem	6	22,23	➡	3,7050
02415801	*Rizatriptan RDT*	Pro Doc	6	22,23	➡	3,7050
02351889	*Sandoz Rizatriptan ODT*	Sandoz	6	22,23	➡	3,7050
02396688	*Teva-Rizatriptan ODT*	Teva Can	6	22,23	➡	3,7050

SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE) 🅿

Vap. nasal — 20 mg

02230420	*Imitrex*	GSK	2	27,31	13,6550

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE) 🅿

Co. 50 mg **PPB**

02268388	*Apo-Sumatriptan*	Apotex	6	16,64	➡	2,7732
02212153	*Imitrex DF*	GSK	6	83,86		13,9767
02268914	*Mylan-Sumatriptan*	Mylan	6	16,64	➡	2,7732
02256436	*pms-Sumatriptan*	Phmscience	6	16,64	➡	2,7732
			30	83,20	➡	2,7732
02263025	*Sandoz Sumatriptan*	Sandoz	6	16,64	➡	2,7732
02324652	*Sumatriptan*	Pro Doc	6	16,64	➡	2,7732
02286521	*Sumatriptan*	Sanis	6	16,64	➡	2,7732
02385570	*Sumatriptan DF*	Sivem	6	16,64	➡	2,7732
02286823	*Teva-Sumatriptan DF*	Teva Can	6	16,64	➡	2,7732

Co. 100 mg **PPB**

02257904	*ACT Sumatriptan*	ActavisPhm	6	18,33	➡	3,0549
02268396	*Apo-Sumatriptan*	Apotex	6	18,33	➡	3,0549
02212161	*Imitrex DF*	GSK	6	92,38		15,3967
02268922	*Mylan-Sumatriptan*	Mylan	6	18,33	➡	3,0549
02239367	*Novo-Sumatriptan*	Novopharm	6	18,33	➡	3,0549
02286831	*Novo-Sumatriptan DF*	Novopharm	6	18,33	➡	3,0549
			50	152,75	➡	3,0549
02256444	*pms-Sumatriptan*	Phmscience	6	18,33	➡	3,0549
			30	91,65	➡	3,0549
02263033	*Sandoz Sumatriptan*	Sandoz	6	18,33	➡	3,0549
02324660	*Sumatriptan*	Pro Doc	6	18,33	➡	3,0549
02286548	*Sumatriptan*	Sanis	6	18,33	➡	3,0549
02385589	*Sumatriptan DF*	Sivem	6	18,33	➡	3,0549

Sol. Inj. S.C. 6 mg/0,5 mL **PPB**

99000598	*Imitrex Stat Dose*	GSK	2	73,24		36,6200
02361698	*Taro-Sumatriptan*	Taro	2	66,35	➡	33,1750

Trousse 6 mg/0,5 mL

02212188	*Imitrex Stat Dose*	GSK	1	81,32		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ZOLMITRIPTAN Ⓟ

Co. Diss. Orale ou Co. — 2,5 mg **PPB**

02481030	*Auro-Zolmitriptan*	Aurobindo	6	10,52	➡ 1,7532
			30	52,60	➡ 1,7532
02458780	*CCP-Zolmitriptan*	Cellchem	6	10,52	➡ 1,7532
02421623	*Jamp-Zolmitriptan*	Jamp	6	10,52	➡ 1,7532
02477106	*Jamp-Zolmitriptan*	Jamp	6	10,52	➡ 1,7532
02428237	*Jamp-Zolmitriptan ODT*	Jamp	6	10,52	➡ 1,7532
02399458	*Mar-Zolmitriptan*	Marcan	6	10,52	➡ 1,7532
02419521	*Mint-Zolmitriptan*	Mint	6	10,52	➡ 1,7532
02419513	*Mint-Zolmitriptan ODT*	Mint	6	10,52	➡ 1,7532
02421534	*NAT-Zolmitriptan*	Natco	6	10,52	➡ 1,7532
			100	175,32	➡ 1,7532
02489392	*NRA-Zolmitriptan*	Nora	6	10,52	➡ 1,7532
02324768	*pms-Zolmitriptan ODT*	Phmscience	6	10,52	➡ 1,7532
02362988	*Sandoz Zolmitriptan*	Sandoz	3	5,26	➡ 1,7532
			6	10,52	➡ 1,7532
02362996	*Sandoz Zolmitriptan ODT*	Sandoz	2	3,51	➡ 1,7532
			6	10,52	➡ 1,7532
02313960	*Teva Zolmitriptan*	Teva Can	6	10,52	➡ 1,7532
02342545	*Teva Zolmitriptan OD*	Teva Can	6	10,52	➡ 1,7532
02442655	*Zolmitriptan*	Sanis	6	10,52	➡ 1,7532
02442671	*Zolmitriptan ODT*	Sanis	6	10,52	➡ 1,7532
02238660	*Zomig*	AZC	6	83,10	13,8500
02243045	*Zomig Rapimelt*	AZC	6	83,10	13,8500

Vap. nasal — 5 mg

02248993	*Zomig*	AZC	6	83,10	13,8500

28:32.92
AUTRES ANTIMIGRAINEUX
PIZOTIFÈNE (MALATE DE) Ⓟ

Co. — 1 mg

00511552	*Sandomigran DS*	Paladin	100	62,83	0,6283

28:36.04
ADAMANTANES
AMANTADINE (CHLORHYDRATE D') Ⓟ

Caps. — 100 mg

01990403	*PDP-Amantadine*	Pendopharm	100	52,52	0,5252

Sir. — 50 mg/5 mL

02022826	*PDP-Amantadine*	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	*PDP-Benztropine*	Pendopharm	1000	52,20	0,0522

TRIHEXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE) ℞

Co. 2 mg

00545058	*Trihexyphenidyl*	AA Pharma	100	3,76	0,0376

Co. 5 mg

00545074	*Trihex*	AA Pharma	100	6,81	0,0681

28:36.12
INHIBITEURS DE LA CATÉCHOL-O-MÉTHYLTRANSFÉRASE
ENTACAPONE ℞

Co. 200 mg **PPB**

02321459	*Apo-Entacapone*	Apotex	100	40,10	➡	0,4010
02243763	*Comtan*	Sandoz	100	151,92		1,5192
02380005	*Sandoz Entacapone*	Sandoz	100	40,10	➡	0,4010
02375559	*Teva Entacapone*	Teva Can	100	40,10	➡	0,4010

28:36.16
PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE
LÉVODOPA/ CARBIDOPA ℞

Co. 100 mg -10 mg **PPB**

02195933	*Apo-Levocarb*	Apotex	100	11,74	➡	0,1174
02244494	*Novo-Levocarbidopa*	Novopharm	100	11,74	➡	0,1174

Co. 100 mg -25 mg **PPB**

02195941	*Apo-Levocarb*	Apotex	100	17,53	➡	0,1753
			500	87,65	➡	0,1753
02244495	*Novo-Levocarbidopa*	Novopharm	100	17,53	➡	0,1753
			500	87,65	➡	0,1753
02311178	*Pro-Levocarb-100/25*	Pro Doc	100	17,53	➡	0,1753
			500	87,65	➡	0,1753

Co. L.A. 100 mg -25 mg

02272873	*Levocarb CR*	AA Pharma	100	37,07	**R**

Co. L.A. 200 mg -50 mg

02245211	*Levocarb CR*	AA Pharma	100	67,56	**R**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:36.20
AGONISTES DE LA DOPAMINE

BROMOCRIPTINE (MÉSYLATE DE) ℞

Caps. 5 mg

02230454	*Bromocriptine*	AA Pharma	100	152,51	1,5251

Co. 2,5 mg

02087324	*Bromocriptine*	AA Pharma	100	101,88	1,0188

PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE) ℞

Co. 0,25 mg **PPB**

02297302	*Act Pramipexole*	ActavisPhm	100	19,50	➡	0,1950
02292378	*Apo-Pramipexole*	Apotex	100	19,50	➡	0,1950
02424061	*Auro-Pramipexole*	Aurobindo	100	19,50	➡	0,1950
			500	97,50	➡	0,1950
02237145	*Mirapex*	Bo. Ing.	100	105,13		1,0513
02325802	*Pramipexole*	Pro Doc	100	19,50	➡	0,1950
02367602	*Pramipexole*	Sanis	100	19,50	➡	0,1950
02309122	*Pramipexole*	Sivem	100	19,50	➡	0,1950
02315262	*Sandoz Pramipexole*	Sandoz	100	19,50	➡	0,1950

Co. 0,5 mg **PPB**

02297310	*Act Pramipexole*	ActavisPhm	100	40,18	➡	0,4018
02292386	*Apo-Pramipexole*	Apotex	100	40,18	➡	0,4018
02424088	*Auro-Pramipexole*	Aurobindo	100	40,18	➡	0,4018
			500	200,90	➡	0,4018
02325810	*Pramipexole*	Pro Doc	100	40,18	➡	0,4018
02367610	*Pramipexole*	Sanis	100	40,18	➡	0,4018
02309130	*Pramipexole*	Sivem	100	40,18	➡	0,4018
02315270	*Sandoz Pramipexole*	Sandoz	100	40,18	➡	0,4018

Co. 1 mg **PPB**

02297329	*Act Pramipexole*	ActavisPhm	100	39,01	➡	0,3901
02292394	*Apo-Pramipexole*	Apotex	100	39,01	➡	0,3901
02424096	*Auro-Pramipexole*	Aurobindo	100	39,01	➡	0,3901
			500	195,05	➡	0,3901
02325829	*Pramipexole*	Pro Doc	100	39,01	➡	0,3901
02367629	*Pramipexole*	Sanis	100	39,01	➡	0,3901
02309149	*Pramipexole*	Sivem	100	39,01	➡	0,3901
02315289	*Sandoz Pramipexole*	Sandoz	100	39,01	➡	0,3901

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. 1,5 mg **PPB**

02297337	*Act Pramipexole*	ActavisPhm	100	39,01	0,3901
02292408	*Apo-Pramipexole*	Apotex	100	39,01	0,3901
02424118	*Auro-Pramipexole*	Aurobindo	100	39,01	0,3901
			500	195,05	0,3901
02325837	*Pramipexole*	Pro Doc	100	39,01	0,3901
02367645	*Pramipexole*	Sanis	100	39,01	0,3901
02309157	*Pramipexole*	Sivem	100	39,01	0,3901
02315297	*Sandoz Pramipexole*	Sandoz	100	39,01	0,3901

ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. 0,25 mg **PPB**

02316846	*ACT Ropinirole*	ActavisPhm	100	7,09	0,0709
02337746	*Apo-Ropinirole*	Apotex	100	7,09	0,0709
02352338	*Jamp-Ropinirole*	Jamp	100	7,09	0,0709
02314037	*Ran-Ropinirole*	Ranbaxy	100	7,09	0,0709
02353040	*Ropinirole*	Sanis	100	7,09	0,0709

Co. 1 mg **PPB**

02316854	*ACT Ropinirole*	ActavisPhm	100	28,38	0,2838
02337762	*Apo-Ropinirole*	Apotex	100	28,38	0,2838
02352346	*Jamp-Ropinirole*	Jamp	100	28,38	0,2838
02314053	*Ran-Ropinirole*	Ranbaxy	100	28,38	0,2838
02353059	*Ropinirole*	Sanis	100	28,38	0,2838

Co. 2 mg **PPB**

02316862	*ACT Ropinirole*	ActavisPhm	100	31,22	0,3122
02337770	*Apo-Ropinirole*	Apotex	100	31,22	0,3122
02352354	*Jamp-Ropinirole*	Jamp	100	31,22	0,3122
02314061	*Ran-Ropinirole*	Ranbaxy	100	31,22	0,3122

Co. 5 mg **PPB**

02316870	*ACT Ropinirole*	ActavisPhm	100	85,96	0,8596
02337800	*Apo-Ropinirole*	Apotex	100	85,96	0,8596
02314088	*Ran-Ropinirole*	Ranbaxy	100	85,96	0,8596

28:36.32
INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE DE TYPE B
SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. 5 mg **PPB**

02230641	*Selegiline*	AA Pharma	100	50,21	0,5021
02068087	*Teva-Sélégiline*	Teva Can	60	30,13	0,5021

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:36.92
AUTRES ANTIPARKINSONIENS

ÉTHOPROPAZINE (CHLORHYDRATE D') ℞

Co. 50 mg

01927744	*Parsitan*	Erfa	100	19,53	0,1953

LÉVODOPA/ BENSÉRAZIDE (CHLORHYDRATE DE) ℞

Caps. 50 mg -12,5 mg

00522597	*Prolopa 50/12.5*	Roche	100	27,87	0,2787

Caps. 100 mg -25 mg

00386464	*Prolopa 100/25*	Roche	100	45,88	0,4588

LÉVODOPA/ CARBIDOPA/ ENTACAPONE ℞

Co. 50 mg - 12,5 mg - 200 mg

02305933	*Stalevo*	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co. 75 mg - 18,75 mg - 200 mg

02337827	*Stalevo*	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co. 100 mg - 25 mg - 200 mg

02305941	*Stalevo*	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co. 125 mg - 31,25 mg - 200 mg

02337835	*Stalevo*	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co. 150 mg - 37,5 mg - 200 mg

02305968	*Stalevo*	Sandoz	100	160,05	1,6005

28:92
MÉDICAMENTS S.N.C. DIVERS

BÉTAHISTINE (DICHLORHYDRATE DE) ℞

Co. 16 mg **PPB**

02449153	*Auro-Betahistine*	Aurobindo	100	11,06	➡	0,1106
02466449	*Betahistine*	Sanis	100	11,06	➡	0,1106
02280191	*Novo-Betahistine*	Novopharm	100	11,06	➡	0,1106
02330210	*pms-Betahistine*	Phmscience	100	11,06	➡	0,1106
02243878	*Serc*	BGP Pharma	100	45,99		0,4599

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				24 mg **PPB**	
02449161	*Auro-Betahistine*	Aurobindo	100	16,59	➡ 0,1659
02466457	*Betahistine*	Sanis	100	16,59	➡ 0,1659
02280205	*Novo-Betahistine*	Novopharm	100	16,59	➡ 0,1659
02330237	*pms-Betahistine*	Phmscience	100	16,59	➡ 0,1659
02247998	*Serc*	BGP Pharma	100	68,97	0,6897

TETRABENAZINE 🅿

Co.				25 mg **PPB**	
02407590	*Apo-Tetrabenazine*	Apotex	100	180,03	➡ 1,8003
02410338	*Comprimés de tétrabénazine*	Sterimax	112	201,63	➡ 1,8003
02199270	*Nitoman*	Valeant	112	699,92	6,2493
02402424	*pms-Tetrabenazine*	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	*FreeStyle Precision (Cétone)*	Abbott	10	15,06	
99100850	*Nova Max Plus (Ketone)*	NovaBiomed	10	➡ 14,99	
99004879	*Precision Xtra (Cétone)*	Ab Diabete	10	15,06	

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG
Bandelette

99002884	*Accu-Chek Advantage*	Roche SD	50	40,80	
			100	71,25	
99100214	*Accu-Chek Aviva*	Roche SD	50	40,80	
			100	71,25	
99004364	*Accu-Chek Compact*	Roche SD	51	41,62	
			102	72,68	
99101387	*Accu-Chek Guide*	Roche SD	50	34,07	
			100	68,13	
99100791	*Accu-Chek Mobile*	Roche SD	100	71,25	
99100834	*Bionime Rightest GS100*	Bionime	50	23,00	
			100	45,00	
99101011	*Bravo*	DEXmedical	100	39,99	
99101275	*CareSens N*	I-Sens	100	50,00	
99100096	*Contour*	Ascensia	50	40,81	
			100	69,89	
99100849	*Contour NEXT*	Ascensia	100	69,89	
99101233	*Fora Test N'GO*	TaiDoc	50	25,00	
99100478	*FreeStyle Lite*	Ab Diabete	50	37,00	
			100	69,00	
99100928	*FreeStyle Precision*	Abbott	100	68,90	
99101090	*GE200*	Bionime	50	26,00	
			100	51,00	
99101184	*Medi+Sure*	Medisure	50	34,00	
			100	68,00	
+ 99114045	*MediSure Empower*	Medisure	50	34,00	
			100	68,00	
99100787	*OneTouch Verio*	Lifescan	100	69,43	
99113794	*Rapid Response Gluco-MD*	BTNX	50	34,50	
99101313	*Spirit Blood Glucose Test Strips*	Ara Pharm	100	50,00	
99101186	*SureTest*	Skymed	50	25,00	
99100413	*TrueTrack*	Nipro Diag	50	22,78	
			100	39,57	
99004240	*Ultra*	Lifescan	50	39,75	
			100	69,43	

36:88.12
CÉTONES
RÉACTIF QUALITATIF DE L'ACÉTONE
Bandelette

00035092	*Ketostix*	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	*Diastix*	Ascensia	50	5,44	

36:88.92
DIVERS
RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DE L'ACÉTONE ET DU GLUCOSE
Bandelette

00035149	*Keto-Diastix*	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	*CoaguChek XS PT Test*	Roche Diag	6	37,20	6,2000
			24	148,80	6,2000
			48	297,60	6,2000
99113493	*CoaguChek XS PT Test PST*	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	*Dicitrate*	Pendopharm	500 ml	22,33	0,0447

BICARBONATE DE SODIUM

Co. — 500 mg **PPB**

80030520	*Jamp-Sodium Bicarbonate*	Jamp	500	34,20	➡	0,0684
80022194	*Sandoz Sodium Bicarbonate*	Sandoz	500	34,20	➡	0,0684

40:12
AGENTS DE SUPPLÉANCE
CALCIUM (CARBONATE DE)

Co. — 500 mg **PPB**

80103904	*AG-Calcium 500 mg*	Angita	500	10,80	➡	0,0216
80076097	*Alta-Cal*	Altamed	500	10,80	➡	0,0216
80066648	*Bio-Calcium*	Biomed	500	10,80	➡	0,0216
80003773	*Calcium 500*	Trianon	100	2,16	➡	0,0216
			500	10,80	➡	0,0216
80067139	*Calcium Tablet*	Cellchem	60	1,30	➡	0,0216
02237352	*Euro-Cal*	Sandoz	500	10,80	➡	0,0216
02246040	*Jamp-Calcium*	Jamp	500	10,80	➡	0,0216
			1000	21,60	➡	0,0216
80055526	*MCal 500 mg*	Mantra Ph.	500	10,80	➡	0,0216
80001408	*Novo-Calcium*	Novopharm	500	10,80	➡	0,0216
00618098	*Nu-Cal*	Odan	100	2,16	➡	0,0216
			500	10,80	➡	0,0216
80039952	*Opus Cal 500*	Opus	500	10,80	➡	0,0216
80001122	*Pharma-Cal 500 mg*	Pendopharm	500	10,80	➡	0,0216
			1000	21,60	➡	0,0216
80079608	*Pro-Cal-500*	Pro Doc	500	10,80	➡	0,0216

CALCIUM (CARBONATE DE)/ VITAMINE D

Co. — 500 mg - 125 UI et 200 UI **PPB**

80004143	*Biocal-D*	Biomed	500	14,45	➡	0,0289
80017196	*Cal-500-D*	Pro Doc	500	14,45	➡	0,0289
80004966	*Calcite D 500*	Riva	100	2,89	➡	0,0289
80004968	*Calcium D 500*	Trianon	100	2,89	➡	0,0289
			500	14,45	➡	0,0289
02237351	*Euro-Cal-D*	Sandoz	500	14,45	➡	0,0289
02246041	*Jamp-Calcium+Vitamine D*	Jamp	100	2,89	➡	0,0289
	125 U.I.		500	14,45	➡	0,0289
80007304	*O-Calcium 500 mg avec*	Novopharm	100	2,89	➡	0,0289
	Vitamine D		500	14,45	➡	0,0289
80067149	*Osteo Tablet*	Cellchem	60	1,73	➡	0,0289
80004281	*pms-Calcium 500 + D 125 UI*	Phmscience	500	14,45	➡	0,0289

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Croq.			500 mg - 800 UI		
80058042	*Calcia Plus*	Medexus	60	7,20	0,1200

Co. ou Caps.			500 mg - 800 UI **PPB**		
80105524	*AG-Calcium D 800*	Angita	60	7,20 ➡	0,1200
80015972	*Calcite 500 + D 800*	Riva	30	3,60 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80083458	*Calcium 500 Vitamine D800*	Altamed	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80015847	*Cal-Os D*	Jamp	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80024378	*LiquiCal-D*	Mayaka	100	12,00 ➡	0,1200
80028413	*Liqui-Jamp Plus*	Jamp	120	14,40 ➡	0,1200
80019533	*MCal D800*	Mantra Ph.	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80079933	*Vitamin D + Calcium*	Cellchem	60	7,20 ➡	0,1200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. ou Co. Croq. ou Caps. 500 mg - 400 UI et 500 UI **PPB**

80103511	*AG-Calcium Carbonate + Vitamin D 500 mg + 400 UI*	Angita	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80101376	*AG-Calcium D 400 Croq.*	Angita	60	7,20	➡ 0,1200
80101377	*AG-Calcium D 400 foncé*	Angita	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80066647	*Bio-Calcium-D*	Biomed	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80012594	*Biocal-D Forte*	Biomed	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80090977	*Bio-Cal-D3*	Biomed	500	60,00	➡ 0,1200
80088060	*Bio-Cal-D3 Forte*	Biomed	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80000159	*Calcia 400*	Medexus	60	7,20	➡ 0,1200
80004963	*Calcite 500 + D 400*	Riva	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80004969	*Calcium 500 + D 400*	Trianon	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80083997	*Calcium 500 + Vitamine D400*	Altamed	60	7,20	➡ 0,1200
80066082	*Calcium 500 Vitamine D400*	Altamed	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80066089	*Calcium 500 Vitamine D400 UI*	Altamed	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80053666	*Calcium/Vit D*	Sanis	60	7,20	**R**
			500	60,00	**R**
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
80021369	*Px-Calcium 500 mg + D 400 UI*	Phoenix	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80048609	*Px-Calcium 500 mg + D 400 UI*	Phoenix	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80019198	*ratio-Calcium Vit D*	Ratiopharm	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80065914	*Riva-Cal D400*	Riva	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200

Co. ou Co. Croq. ou Caps. 500 mg - 1 000 UI **PPB**

80105522	*AG-Calcium D 1000 Croq.*	Angita	60	7,20	0,1200
80101375	*AG-Calcium D 1000 Jaune*	Angita	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80027407	*Bio-CAL-D3 +*	Biomed	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80025501	*Calcite 500 + D 1000*	Riva	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80066093	*Calcium 500 Vitamine D1000*	Altamed	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80018540	*Cal-Os D 1000*	Jamp	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80027625	*Carbocal D 1000*	Sandoz	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80027787	*Jamp-Calcium+Vitamine D 1000 UI (Co. Croq.)*	Jamp	60	7,20	0,1200
80025051	*LiquiCal-D*	Mayaka	100	12,00	0,1200
80028899	*Liqui-Jamp Fort*	Jamp	120	14,40	0,1200
80019536	*MCal D1000*	Mantra Ph.	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80050701	*MCal D1000 à croquer*	Mantra Ph.	60	7,20	0,1200
80039162	*Opus Cal D-1000*	Opus	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80055435	*Px-Calcium 500 mg + D 1000 UI*	Phoenix	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80072757	*Riva-Cal D1000*	Riva	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Co. 250 mg - 200 U.I.

80015811	*Jamp-Calcium Citrate et Vitamine D 200 UI*	Jamp	120	7,20	0,0600
			360	21,60	0,0600

Co. 250 mg - 500 UI

80025304	*Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 500 UI*	Jamp	60	3,60	0,0600
			360	21,60	0,0600

Co. Croq. 500 mg -400 UI **PPB**

80101373	*AG-Calcium Cit.D 400 Croq.*	Angita	60	7,20	0,1200
80000281	*Ci-Cal D 400*	Sandoz	60	7,20	0,1200
80003262	*Jamp Calci-Os*	Jamp	60	7,20	0,1200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. Croq. 500 mg - 1 000 UI

80029083	*Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 1000 UI*	Jamp	60	7,20	0,1200

ELECTROLYTES DE REMPLACEMENT/ DEXTROSE

Pd. Orale 4,9 g/sac. à 5,1 g/sac. **PPB**

	01931563	*Gastrolyte*	SanofiAven	10	7,01	➡ 0,7010
*	80027403	*Jamp Rehydralyte*	Jamp	10	7,01	**R**

MAGNÉSIUM (GLUCOHEPTONATE DE)

Sol. Orale 500 mg/5 mL (Mg-25 mg/5 mL) **PPB**

	80009357	*Jamp-Magnesium*	Jamp	500 ml	9,95	➡ 0,0199
				2000 ml	39,80	➡ 0,0199
	80004109	*Magnesium-Odan*	Odan	500 ml	9,95	➡ 0,0199
				2000 ml	39,80	➡ 0,0199
	80072191	*M-Magnesium*	Mantra Ph.	500 ml	9,95	➡ 0,0199
	00026697	*Rougier Magnésium*	Teva Can	500 ml	9,95	➡ 0,0199
				2000 ml	39,80	➡ 0,0199
	99100788	*Rougier Magnesium sans sucre*	Teva Can	500 ml	9,95	➡ 0,0199
				2000 ml	39,80	➡ 0,0199

MAGNÉSIUM (GLUCONATE DE)

Co. 500 mg (Mg - 28 mg à 30 mg) **PPB**

	80089349	*Bio-Magnesium*	Biomed	100	10,88	➡ 0,1088
	80009539	*Jamp-Magnesium*	Jamp	100	10,88	➡ 0,1088
	00555126	*Maglucate*	Pendopharm	100	10,88	➡ 0,1088
	80062929	*M-Magnesium Gluconate 500 mg*	Mantra Ph.	100	10,88	➡ 0,1088

POTASSIUM (CHLORURE DE)

Caps. LA ou Co. LA 8 mmol (en K+) **PPB**

	80106826	*AG-K8*	Angita	500	21,60	➡ 0,0432
	80084446	*Alta-K8*	Altamed	500	21,60	➡ 0,0432
				1000	43,20	➡ 0,0432
	00602884	*Apo-K*	Apotex	1000	74,86	0,0749
	02246734	*Euro-K 600*	Sandoz	500	21,60	➡ 0,0432
	80013005	*Jamp-K 8*	Jamp	500	21,60	➡ 0,0432
				1000	43,20	➡ 0,0432
	80062704	*Jamp-Potassium Chloride ER*	Jamp	100	4,32	➡ 0,0432
	02042304	*Micro-K*	Paladin	100	7,92	0,0792
	80035346	*M-K8 L.A.*	Mantra Ph.	100	4,32	➡ 0,0432
				500	21,60	➡ 0,0432
	80044745	*Opus K-8*	Opus	1000	43,20	➡ 0,0432
	02244068	*Riva-K 8 SR*	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**	
80106713	*AG-K20*	Angita	500	99,75	0,1995
80026265	*Bio-POTASSIUM K20*	Biomed	100	19,95	0,1995
			500	99,75	0,1995
02242261	*Euro-K 20*	Sandoz	100	19,95	0,1995
			500	99,75	0,1995
80013007	*Jamp-K 20*	Jamp	100	19,95	0,1995
			500	99,75	0,1995
80040412	*K-20 Potassium*	Altamed	500	99,75	0,1995
80025624	*M-K20 L.A.*	Mantra Ph.	100	19,95	0,1995
			500	99,75	0,1995
80071412	*M-K20 Soluble*	Mantra Ph.	100	19,95	0,1995
			500	99,75	0,1995
80004415	*Odan K-20*	Odan	100	19,95	0,1995
			500	99,75	0,1995
80028233	*Opus K-20*	Opus	500	99,75	0,1995
80040416	*Pharma-K20*	Phmscience	100	19,95	0,1995
			500	99,75	0,1995
80040926	*PX K-20*	Phoenix	500	99,75	0,1995
02243975	*Riva-K 20 SR*	Riva	100	19,95	0,1995
			500	99,75	0,1995
Sol. Orale			6,65 mmol/5 mL (en K+)		
02238604	*pms-Potassium Chloride*	Phmscience	500 ml	5,10	0,0102

POTASSIUM (CITRATE DE)

Co. Eff.			25 mmol (en K+)	**PPB**	
80011428	*Euro-K 975*	Sandoz	30	14,28	0,4760
80033602	*Jamp-K Effervescent*	Jamp	30	14,28	0,4760
02085992	*K-Lyte*	WellSpring	30	14,28	0,4760
Co. L.A.			10 mmol (en K+)	**PPB**	
80023817	*Jamp-K-Citrate*	Jamp	100	15,45	0,1545
02243768	*K-Citra*	Seaford	100	15,45	0,1545
Sol. Orale			10 mmol/5 mL (en K+)		
80011529	*K-Citra 10 Solution*	Seaford	450 ml	19,97	0,0444

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. Inj. I.V.			234 mg/mL **11**		
99100498			30 ml		

11 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. pour Inh.				70 mg/mL (4 mL)	
80029758	*Nebusal 7 %*	Sterimax	60	53,00	0,8833

40:18.18
RÉSINES ÉCHANGEUSES DE POTASSIUM
POLYSTYRÈNE (SULFONATE CALCIQUE DE)

Pd. Orale			Pouvoir liant: 1,6 mmol de k/g	**PPB**	
02502631	*Jamp Calcium Polystyrene Sulfonate*	Jamp	300 g	➡ 83,25	
02017741	*Resonium Calcium*	SanofiAven	300 g	➡ 83,25	

POLYSTYRÈNE (SULFONATE SODIQUE DE) Ⓟ

Pd. Orale			Pouvoir liant: 1 mmol de k/g	**PPB**	
02497557	*Jamp Sodium Polystyrene Sulfonate*	Jamp	454 g	➡ 29,42	
02026961	*Kayexalate*	SanofiAven	454 g	➡ 29,42	
02473941	*Odan-Sodium polystyrene sulfonate*	Odan	454 g	➡ 29,42	
00755338	*Solystat*	Pendopharm	454 g	➡ 29,42	
Susp. Orale			Pouvoir liant: 1 mmol de k/4mL	**PPB**	
02473968	*Odan-Sodium polystyrene sulfonate*	Odan	500 ml	52,19	➡ 0,1044
00769541	*Solystat*	Pendopharm	500 ml	52,19	➡ 0,1044

40:20
AGENTS CALORIFIQUES
LÉVOCARNITINE Ⓟ

Co.				330 mg	
02144328	*Carnitor*	Leadiant	90	176,72	1,9636
Sol. Inj. I.V.				1 g/5 mL	
02144344	*Carnitor*	Leadiant	5 ml	71,19	
Sol. Orale				100 mg/mL **PPB**	
02144336	*Carnitor*	Leadiant	118 ml	44,95	➡ 0,3809
02492105	*Odan Levocarnitine*	Odan	118 ml	44,95	➡ 0,3809

40:28.08
DIURÉTIQUES DE L'ANSE
ÉTHACRYNIQUE (ACIDE) Ⓟ

Co.				25 mg	
02258528	*Edecrin*	Valeant	100	30,96	0,3096

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FUROSÉMIDE 🅿

Co. — 20 mg **PPB**

00396788	*Apo-Furosémide*	Apotex	1000	20,90	➡ 0,0209
02351420	*Furosemide*	Sanis	1000	20,90	➡ 0,0209
00496723	*Furosémide-20*	Pro Doc	1000	20,90	➡ 0,0209
02466759	*Mint-Furosemide*	Mint	1000	20,90	➡ 0,0209
00337730	*Teva-Furosemide*	Novopharm	100	2,09	➡ 0,0209
			1000	20,90	➡ 0,0209

Co. — 40 mg **PPB**

00362166	*Apo-Furosémide*	Apotex	1000	32,18	➡ 0,0322
02351439	*Furosemide*	Sanis	1000	32,18	➡ 0,0322
02466767	*Mint-Furosemide*	Mint	1000	32,18	➡ 0,0322
02247494	*pms-Furosémide*	Phmscience	500	16,09	➡ 0,0322
00397792	*Pro-Furosemide*	Pro Doc	1000	32,18	➡ 0,0322
00337749	*Teva-Furosemide*	Novopharm	100	3,22	➡ 0,0322
			1000	32,18	➡ 0,0322

Co. — 80 mg **PPB**

00707570	*Apo-Furosémide*	Apotex	100	6,54	➡ 0,0654
02351447	*Furosemide*	Sanis	100	6,54	➡ 0,0654
00667080	*Furosemide-80*	Pro Doc	100	6,54	➡ 0,0654
			500	32,70	➡ 0,0654
02466775	*Mint-Furosemide*	Mint	100	6,54	➡ 0,0654
00765953	*Teva-Furosemide*	Novopharm	100	6,54	➡ 0,0654

Co. — 500 mg

02224755	*Lasix Spécial*	SanofiAven	20	52,47	2,6235

Sol. Inj. — 10 mg/mL **PPB**

00527033	*Furosémide*	Sandoz	4 ml	➡ 3,46	
02384094	*Furosémide pour injection USP*	Teligent	2 ml	➡ 1,30	
02382539	*Furosémide SDZ*	Sandoz	2 ml	➡ 1,30	
			4 ml	➡ 3,46	
+ 02480530	*Injection de furosémide USP*	Marcan	2 ml	➡ 1,30	
			4 ml	➡ 3,46	

Sol. Orale — 10 mg/mL

02224720	*Lasix*	SanofiAven	120 ml	36,99	0,3083

40:28.16
DIURÉTIQUES ÉPARGNEURS DE POTASSIUM
AMILORIDE (CHLORHYDRATE D') 🅿

Co. — 5 mg

02249510	*Midamor*	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	*Apo-Hydro*	Apotex	500	16,12	0,0322
02425947	*Mint-Hydrochlorothiazide*	Mint	500	16,12	0,0322
02274086	*pms-Hydrochlorothiazide*	Phmscience	500	16,12	0,0322

Co. 25 mg **PPB**

00326844	*Apo-Hydro*	Apotex	100	1,57	0,0157
			1000	15,65	0,0157
02486962	*Hydrochlorothiazide*	Pro Doc	1000	15,65	0,0157
02360594	*Hydrochlorothiazide*	Sanis	100	1,57	0,0157
			1000	15,65	0,0157
02426196	*Mint-Hydrochlorothiazide*	Mint	1000	15,65	0,0157
02247386	*pms-Hydrochlorothiazide*	Phmscience	500	7,83	0,0157
			1000	15,65	0,0157
00021474	*Teva-Hydrochlorothiazide*	Teva Can	100	1,57	0,0157
			1000	15,65	0,0157

Co. 50 mg **PPB**

00312800	*Apo-Hydro*	Apotex	100	2,17	0,0217
			1000	21,68	0,0217
02360608	*Hydrochlorothiazide*	Sanis	100	2,17	0,0217
			1000	21,68	0,0217
00021482	*Novo-Hydrazide*	Novopharm	100	2,17	0,0217
			1000	21,68	0,0217
02247387	*pms-Hydrochlorothiazide*	Phmscience	100	2,17	0,0217

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co. 20 mg -12,5 mg **PPB**

02468948	*ACH-Olmesartan HCTZ*	Accord	30	9,06	0,3019
			90	27,17	0,3019
02443112	*Act Olmesartan HCT*	Teva Can	30	9,06	0,3019
02453606	*Apo-Olmesartan/HCTZ*	Apotex	90	27,17	0,3019
02476487	*Auro-Olmesartan HCTZ*	Aurobindo	30	9,06	0,3019
			100	30,19	0,3019
02475707	*GLN-Olmesartan HCTZ*	Glenmark	30	9,06	0,3019
02508273	*NRA-Olmesartan HCTZ*	Nora	30	9,06	0,3019
			90	27,17	0,3019
02509601	*Olmesartan HCTZ*	Sanis	90	27,17	0,3019
02319616	*Olmetec Plus*	Organon	30	30,49	1,0163

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg - 12,5 mg	**PPB**	
02468956	*ACH-Olmesartan HCTZ*	Accord	30	9,06	➡ 0,3019
			90	27,17	➡ 0,3019
02443120	*Act Olmesartan HCT*	Teva Can	30	9,06	➡ 0,3019
02453614	*Apo-Olmesartan/HCTZ*	Apotex	90	27,17	➡ 0,3019
02476495	*Auro-Olmesartan HCTZ*	Aurobindo	30	9,06	➡ 0,3019
			100	30,19	➡ 0,3019
02475715	*GLN-Olmesartan HCTZ*	Glenmark	30	9,06	➡ 0,3019
02508281	*NRA-Olmesartan HCTZ*	Nora	30	9,06	➡ 0,3019
			90	27,17	➡ 0,3019
02509636	*Olmesartan HCTZ*	Sanis	90	27,17	➡ 0,3019
02319624	*Olmetec Plus*	Organon	30	30,49	1,0163

Co.			40 mg - 25 mg	**PPB**	
02468964	*ACH-Olmesartan HCTZ*	Accord	30	9,06	➡ 0,3019
			90	27,17	➡ 0,3019
02443139	*Act Olmesartan HCT*	Teva Can	30	9,06	➡ 0,3019
02453622	*Apo-Olmesartan/HCTZ*	Apotex	90	27,17	➡ 0,3019
02476509	*Auro-Olmesartan HCTZ*	Aurobindo	30	9,06	➡ 0,3019
			100	30,19	➡ 0,3019
02475723	*GLN-Olmesartan HCTZ*	Glenmark	30	9,06	➡ 0,3019
02508303	*NRA-Olmesartan HCTZ*	Nora	30	9,06	➡ 0,3019
			90	27,17	➡ 0,3019
02509628	*Olmesartan HCTZ*	Sanis	90	27,17	➡ 0,3019
02319632	*Olmetec Plus*	Organon	30	30,49	1,0163

40:28.24
DIURÉTIQUES APPARENTÉS AUX THIAZIDIQUES

CHLORTHALIDONE P

Co.				50 mg	
00360279	*Chlorthalidone*	AA Pharma	100	12,42	0,1242

INDAPAMIDE P

Co.				1,25 mg	**PPB**
02245246	*Apo-Indapamide*	Apotex	100	7,45	➡ 0,0745
02240067	*Mylan-Indapamide*	Mylan	100	7,45	➡ 0,0745

Co.				2,5 mg	**PPB**
02223678	*Apo-Indapamide*	Apotex	100	11,82	➡ 0,1182
02153483	*Mylan-Indapamide*	Mylan	100	11,82	➡ 0,1182
02188910	*Tria-Indapamide*	Trianon	30	3,55	➡ 0,1182

METOLAZONE P

Co.				2,5 mg	
00888400	*Zaroxolyn*	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	*Amilzide*	AA Pharma	1000	83,78	0,0838
01937219	*Novamilor*	Novopharm	100	8,38	0,0838
			1000	83,78	0,0838

SPIRONOLACTONE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co. 25 mg -25 mg

00613231	*Teva-Spironolactone/HCTZ*	Teva Can	100	8,58	0,0858

Co. 50 mg -50 mg

00657182	*Novo-Spirozine-50*	Novopharm	100	22,36	0,2236

TRIAMTÉRÈNE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co. 50 mg -25 mg **PPB**

00441775	*Apo-Triazide*	Apotex	100	6,08	0,0608
			1000	60,80	0,0608
00532657	*Novo-Triamzide*	Novopharm	100	6,08	0,0608
			1000	60,80	0,0608

48:00
AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES

48:10 **anti-inflammatoires**

48:10.24 antagonistes des récepteurs des leucotriènes

48:24 **agents mucolytiques**

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	*AG-Montelukast*	Angita	30	12,69	0,4231
02374609	*Apo-Montelukast*	Apotex	30	12,69	0,4231
			90	38,08	0,4231
02401274	*Auro-Montelukast*	Aurobindo	30	12,69	0,4231
			90	38,08	0,4231
02445735	*Bio-Montelukast*	Biomed	30	12,69	0,4231
			100	42,31	0,4231
02391422	*Jamp-Montelukast*	Jamp	30	12,69	0,4231
			100	42,31	0,4231
02399997	*Mar-Montelukast*	Marcan	30	12,69	0,4231
02408643	*Mint-Montelukast*	Mint	100	42,31	0,4231
02488183	*M-Montelukast*	Mantra Ph.	30	12,69	0,4231
02379856	*Montelukast*	Pro Doc	30	12,69	0,4231
			100	42,31	0,4231
02379333	*Montelukast*	Sanis	30	12,69	0,4231
02382474	*Montelukast*	Sivem	30	12,69	0,4231
			100	42,31	0,4231
02379236	*Montélukast sodique*	Accord	30	12,69	0,4231
			100	42,31	0,4231
02489821	*NRA-Montelukast*	Nora	30	12,69	0,4231
02373947	*pms-Montelukast FC*	Phmscience	30	12,69	0,4231
			100	42,31	0,4231
02440350	*Priva-Montelukast FC*	Pharmapar	30	12,69	0,4231
02389517	*Ran-Montelukast*	Ranbaxy	30	12,69	0,4231
			100	42,31	0,4231
02398826	*Riva-Montelukast FC*	Riva	30	12,69	0,4231
02328593	*Sandoz Montelukast*	Sandoz	100	42,31	0,4231
02238217	*Singulair*	Organon	30	68,23	2,2743
02355523	*Teva Montelukast*	Teva Can	30	12,69	0,4231

Co. Croq. 4 mg **PPB**

02377608	*Apo-Montelukast*	Apotex	30	8,27	0,2758
02442353	*Jamp-Montelukast*	Jamp	30	8,27	0,2758
02399865	*Mar-Montelukast*	Marcan	30	8,27	0,2758
02408627	*Mint-Montelukast*	Mint	30	8,27	0,2758
02379821	*Montelukast*	Pro Doc	30	8,27	0,2758
			100	27,58	0,2758
02382458	*Montelukast*	Sivem	30	8,27	0,2758
			100	27,58	0,2758
02354977	*pms-Montelukast*	Phmscience	30	8,27	0,2758
			100	27,58	0,2758
02330385	*Sandoz Montelukast*	Sandoz	100	27,58	0,2758
02243602	*Singulair*	Organon	30	42,00	1,4000
02355507	*Teva Montelukast*	Teva Can	30	8,27	0,2758

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Croq.				5 mg **PPB**	
02377616	*Apo-Montelukast*	Apotex	30	9,25	➡ 0,3082
02442361	*Jamp-Montelukast*	Jamp	30	9,25	➡ 0,3082
02399873	*Mar-Montelukast*	Marcan	30	9,25	➡ 0,3082
02408635	*Mint-Montelukast*	Mint	30	9,25	➡ 0,3082
02379848	*Montelukast*	Pro Doc	30	9,25	➡ 0,3082
			100	30,82	➡ 0,3082
02382466	*Montelukast*	Sivem	30	9,25	➡ 0,3082
			100	30,82	➡ 0,3082
02354985	*pms-Montelukast*	Phmscience	30	9,25	➡ 0,3082
			100	30,82	➡ 0,3082
02330393	*Sandoz Montelukast*	Sandoz	100	30,82	➡ 0,3082
02238216	*Singulair*	Organon	30	46,36	1,5453
02355515	*Teva Montelukast*	Teva Can	30	9,25	➡ 0,3082
Gran.				4 mg/sachet **PPB**	
02358611	*Sandoz Montelukast*	Sandoz	30	35,70	➡ 1,1900
02247997	*Singulair*	Organon	30	42,00	1,4000

48:24
AGENTS MUCOLYTIQUES
ACÉTYLCYSTÉINE

Sol.				200 mg/mL **PPB**		
* 02243098	*Solution d'acétylcystéine*	Sandoz	10 ml	➡	7,00	
			30 ml	➡	21,00	
02459906	*Solution d'acétylcystéine*	Teligent	10 ml	➡	7,00	

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
52:08 **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	*Cromolyn*	Pendopharm	5 ml	➡ 4,75	
			10 ml	➡ 9,50	
02230621	*Opticrom*	Allergan	10 ml	9,98	

LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE) Ⓟ

Sol. Oph. — 0,1 %

00893560	*Alomide*	Novartis	10 ml	10,73	

52:04.04
ANTIBIOTIQUES
CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Pom. Oph. — 0,3 %

02200864	*Ciloxan*	Novartis	3,5 g	10,15	

Sol. Oph. — 0,3 % **PPB**

01945270	*Ciloxan*	Novartis	5 ml	10,15	
02387131	*Sandoz Ciprofloxacin*	Sandoz	5 ml	➡ 7,05	

ÉRYTHROMYCINE Ⓟ

Pom. Oph. — 0,5 %

02326663	*Erythromycin*	Sterigen	3,5 g	15,40	

FUSIDIQUE (ACIDE) Ⓟ

Sol. Oph. — 1 %

02243862	*Fucithalmic*	Amdipharm	5 g	10,00	

OFLOXACINE Ⓟ

Sol. Oph. — 0,3 %

02143291	*Ocuflox*	Allergan	5 ml	12,23	

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	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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	

BUDÉSONIDE ℞

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	

CICLÉSONIDE ℞

Vap. nasal — 50 mcg/dose

02303671	*Omnaris*	Covis	120 dose(s)	21,95	

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	

FLUOROMÉTHOLONE ℞

Susp. Oph. — 0,1 % **PPB**

00247855	*FML*	Allergan	5 ml	15,29	
			10 ml	➡ 30,58	
00432814	*Sandoz Fluorometholone*	Sandoz	5 ml	➡ 8,09	

FLUOROMÉTHOLONE (ACÉTATE DE) ℞

Susp. Oph. — 0,1 %

00756784	*Flarex*	Novartis	5 ml	9,10	

FLUTICASONE (FUROATE DE) ℞

Vap. nasal — 27,5 mcg/dose

02298589	*Avamys*	GSK	120 dose(s)	20,73	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FLUTICASONE (PROPIONATE DE) Pr

Vap. nasal — 50 mcg/dose **PPB**

02294745	*Apo-Fluticasone*	Apotex	120 dose(s)	➡ 21,97	
02296071	*ratio-Fluticasone*	Ratiopharm	120 dose(s)	➡ 21,97	
02453738	*Teva-Fluticasone*	Teva Can	120 dose(s)	➡ 21,97	

MOMÉTASONE (FUROATE MONOHYDRATÉ DE) Pr

Vap. nasal — 50 mcg/dose **PPB**

02403587	*Apo-Mometasone*	Apotex	140 dose(s)	➡ 10,42	
+ 02519127	*Mometasone*	Sanis	140 dose(s)	➡ 10,42	
02238465	*Nasonex*	Organon	140 dose(s)	➡ 10,42	
02449811	*Sandoz Mometasone*	Sandoz	140 dose(s)	➡ 10,42	
02475863	*Teva-Mometasone*	Teva Can	140 dose(s)	➡ 10,42	

PREDNISOLONE (ACÉTATE DE) Pr

Susp. Oph. — 0,12 %

00299405	*Pred Mild*	Allergan	10 ml	17,96	

Susp. Oph. — 1 % **PPB**

00700401	*ratio-Prednisolone*	Teva Can	5 ml	➡ 8,50	
			10 ml	➡ 17,00	
01916203	*Sandoz Prednisolone*	Sandoz	5 ml	➡ 8,50	
			10 ml	➡ 17,00	

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

Vap Nasal — 55 mcg/dose

02417510	*Nasacort Allergie 24H*	SanofiAven	120 dose(s)	15,60	

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) Pr

Vap. nasal — 55 mcg/dose **PPB**

02437635	*Apo-Triamcinolone AQ*	Apotex	120 dose(s)	➡ 18,00	
02213834	*Nasacort AQ*	SanofiAven	120 dose(s)	➡ 18,00	

52:16
ANESTHÉSIQUES LOCAUX

LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)

Gel Top. (Oral) — 2 %

01968823	*Lidodan Visqueuse*	Odan	50 ml	10,75	0,2150
			100 ml	21,50	0,2150

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

52:24
MYDRIATIQUES

ATROPINE (SULFATE D') ℞

Sol. Oph. — 1 % **PPB**

02023695	*Atropine*	Stulln	15 ml	➡ 8,24	
00035017	*Isopto Atropine*	Alcon	5 ml	➡ 3,14	

CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE) ℞

Sol. Oph. — 1 % **PPB**

00252506	*Cyclogyl*	Alcon	15 ml	➡ 12,66	
00626627	*Odan-Cyclopentolate*	Odan	10 ml	➡ 8,44	

PHÉNYLÉPHRINE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Oph. — 2,5 %

00465763	*Mydfrin 2.5%*	Alcon	5 ml	5,08	

TROPICAMIDE ℞

Sol. Oph. — 0,5 %

00000981	*Mydriacyl*	Alcon	15 ml	13,13	

Sol. Oph. — 1 % **PPB**

00001007	*Mydriacyl*	Alcon	15 ml	➡ 16,90	
00622885	*Odan-Tropicamide*	Odan	10 ml	➡ 11,27	

52:40.04
AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

BRIMONIDINE (TARTRATE DE) ℞

Sol. Oph. — 0,15 % **PPB**

02248151	*Alphagan P*	Allergan	5 ml	11,55	
			10 ml	23,10	
02301334	*Brimonidine P*	AA Pharma	5 ml	➡ 8,66	
			10 ml	➡ 17,33	

Sol. Oph. — 0,2 % **PPB**

02236876	*Alphagan*	Allergan	5 ml	16,50	
			10 ml	33,00	
02507811	*Med-Brimonidine*	GMP	5 ml	➡ 5,78	
			10 ml	➡ 11,55	
02515350	*Riva-Brimonidine*	Riva	5 ml	➡ 5,78	
			10 ml	➡ 11,55	
02305429	*Sandoz Brimonidine*	Sandoz	5 ml	➡ 5,78	
			10 ml	➡ 11,55	
02515377	*Solution ophtalmique de tartrate de brimonidine*	Teligent	5 ml	➡ 5,78	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) ℞

Sol. Oph. 0,2 % - 0,5 %

02248347	*Combigan*	Allergan	10 ml	40,12	

BRINZOLAMIDE/BRIMONIDINE (TARTRATE DE) ℞

Susp. Oph. 1 % - 0,2 %

02435411	*Simbrinza*	Novartis	10 ml	44,39	

52:40.08
BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

BETAXOLOL (CHLORHYDRATE DE) ℞

Susp. Oph. 0,25 %

01908448	*Betoptic S*	Novartis	5 ml 10 ml	11,50 23,00	

BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) ℞

Sol. Oph. 0,2 % - 0,5 %

02248347	*Combigan*	Allergan	10 ml	40,12	

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) ℞

Sol. Oph. 2 % -0,5 % **PPB**

02299615	*Apo-Dorzo-Timop*	Apotex	10 ml	➡ 19,89	
02489635	*Collyre de dorzolamide et timolol*	Teligent	10 ml	19,89	
02240113	*Cosopt*	Elvium	10 ml	54,84	
02457539	*Jamp Dorzolamide-Timolol*	Jamp	10 ml	➡ 19,89	
02437686	*Med-Dorzolamide-Timolol*	GMP	10 ml	➡ 19,89	
02442426	*pms-Dorzolamide-Timolol*	Phmscience	10 ml	➡ 19,89	
02441659	*Riva-Dorzolamide/Timolol*	Riva	10 ml	➡ 19,89	
02344351	*Sandoz Dorzolamide/ Timolol*	Sandoz	10 ml	➡ 19,89	

LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) ℞

Sol. Oph. 0,005 % - 0,5 % **PPB**

02436256	*ACT Latanoprost/Timolol*	ActavisPhm	2,5 ml	➡ 11,07	
02453770	*Jamp-Latanoprost/Timolol*	Jamp	2,5 ml	➡ 11,07	
02454505	*Med-Latanoprost-Timolol*	GMP	2,5 ml	➡ 11,07	
02514516	*M-Latanoprost-Timolol*	Mantra Ph.	2,5 ml	➡ 11,07	
02489368	*Solution ophtalmique de latanoprost et de timolol*	Teligent	2,5 ml	➡ 11,07	
02246619	*Xalacom*	Upjohn	2,5 ml	30,99	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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	
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*	Sandoz	2,5 ml	➡ 24,90	
	PQ		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

BRINZOLAMIDE ℞

Susp. Oph. 1 %

02238873	*Azopt*	Novartis	5 ml	16,42	

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE) ℞

Sol. Oph. 2 % **PPB**

02453347	*Jamp-Dorzolamide*	Jamp	5 ml	➡ 6,56	
02316307	*Sandoz Dorzolamide*	Sandoz	5 ml	➡ 6,56	
02216205	*Trusopt*	Elvium	5 ml	17,94	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 🅿

Sol. Oph. 2 % -0,5 % **PPB**

02299615	*Apo-Dorzo-Timop*	Apotex	10 ml	➡ 19,89	
02489635	*Collyre de dorzolamide et timolol*	Teligent	10 ml	19,89	
02240113	*Cosopt*	Elvium	10 ml	54,84	
02457539	*Jamp Dorzolamide-Timolol*	Jamp	10 ml	➡ 19,89	
02437686	*Med-Dorzolamide-Timolol*	GMP	10 ml	➡ 19,89	
02442426	*pms-Dorzolamide-Timolol*	Phmscience	10 ml	➡ 19,89	
02441659	*Riva-Dorzolamide/Timolol*	Riva	10 ml	➡ 19,89	
02344351	*Sandoz Dorzolamide/ Timolol*	Sandoz	10 ml	➡ 19,89	

MÉTHAZOLAMIDE 🅿

Co. 50 mg

02245882	*Méthazolamide*	AA Pharma	100	49,13	0,4913

52:40.20
MYOTIQUES

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Sol. Oph. 2 %

00000868	*Isopto Carpine*	Novartis	15 ml	3,70	

Sol. Oph. 4 %

00000884	*Isopto Carpine*	Novartis	15 ml	4,19	

52:40.28
ANALOGUES DE PROSTAGLANDINES

BIMATOPROST 🅿

Sol. Oph. 0,01 %

02324997	*Lumigan RC*	Allergan	5 ml 7,5 ml	54,05 81,08	

LATANOPROST 🅿

Sol. Oph. 0,005 % **PPB**

02296527	*Apo-Latanoprost*	Apotex	2,5 ml	➡ 9,08	
02453355	*Jamp-Latanoprost*	Jamp	2,5 ml	➡ 9,08	
02426935	*Med-Latanoprost*	GMP	2,5 ml	➡ 9,08	
02513285	*M-Latanoprost*	Mantra Ph.	2,5 ml	➡ 9,08	
02341085	*Riva-Latanoprost*	Riva	2,5 ml	➡ 9,08	
02367335	*Sandoz Latanoprost*	Sandoz	2,5 ml	➡ 9,08	
02489570	*Solution ophtalmique de latanoprost*	Teligent	2,5 ml	➡ 9,08	
02254786	*Teva-Latanoprost*	Teva Can	2,5 ml	➡ 9,08	
02231493	*Xalatan*	Upjohn	2,5 ml	27,38	

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	
02453770	*Jamp-Latanoprost/Timolol*	Jamp	2,5 ml	➡ 11,07	
02454505	*Med-Latanoprost-Timolol*	GMP	2,5 ml	➡ 11,07	
02514516	*M-Latanoprost-Timolol*	Mantra Ph.	2,5 ml	➡ 11,07	
02489368	*Solution ophtalmique de latanoprost et de timolol*	Teligent	2,5 ml	➡ 11,07	
02246619	*Xalacom*	Upjohn	2,5 ml	30,99	

TRAVOPROST ℞

Sol. Oph. 0,003 %

02457997	*Izba*	Novartis	5 ml	19,70	

Sol. Oph. 0,004 % **PPB**

02415739	*Apo-Travoprost Z*	Apotex	5 ml	➡ 19,70	
02413167	*Sandoz Travoprost*	Sandoz	5 ml	➡ 19,70	
02318008	*Travatan Z*	Novartis	5 ml	55,40	

TRAVOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) ℞

Sol. Oph. 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*	Sandoz	2,5 ml	➡ 24,90	
	PQ		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	*Cosopt sans préservateur*	Elvium	60	28,41	0,4735

52:92
AUTRES MÉDICAMENTS O.R.L.O.

ANÉTHOLE TRITHIONE

Co. 25 mg

02240344	*Sialor*	Phmscience	60	54,00	0,9000

APRACLONIDINE (CHLORHYDRATE D') ℞

Sol. Oph. 0,5 %

02076306	*Iopidine*	Novartis	5 ml	22,26	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BRINZOLAMIDE/TIMOLOL (MALÉATE DE) P

Susp. Oph. 1 % -0,5 %

02331624	*Azarga*	Novartis	5 ml	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 suppresseurs 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 **procinétiques**

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	*Lomotil*	Pfizer	250	110,33	0,4413

LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

Co. 2 mg **PPB**

02256452	*Jamp-Loperamide*	Jamp	120	11,42	➡	0,0952
02225182	*Loperamide-2*	Pro Doc	500	47,58	➡	0,0952
02228351	*pms-Lopéramide*	Phmscience	100	9,52	➡	0,0952
			500	47,58	➡	0,0952
02238211	*Riva-Loperamide*	Riva	100	9,52	➡	0,0952
			500	47,58	➡	0,0952
02132591	*Teva-Loperamide*	Teva Can	100	9,52	➡	0,0952
			500	47,58	➡	0,0952

56:14
CHOLÉLITHOLYTIQUES
URSODIOL Ⓟ

Co. 250 mg **PPB**

02505363	*AG-Ursodiol*	Angita	100	38,18	➡	0,3818
02426900	*GLN-Ursodiol*	Glenmark	100	38,18	➡	0,3818
			500	190,90	➡	0,3818
02472392	*Jamp-Ursodiol*	Jamp	100	38,18	➡	0,3818
			500	190,90	➡	0,3818
02273497	*pms-Ursodiol C*	Phmscience	100	38,18	➡	0,3818
			500	190,90	➡	0,3818
02238984	*Urso*	Aptalis	100	131,42		1,3142
02515520	*Ursodiol C*	Sanis	100	38,18	➡	0,3818

Co. 500 mg **PPB**

02505371	*AG-Ursodiol*	Angita	100	72,42	➡	0,7242
02426919	*GLN-Ursodiol*	Glenmark	100	72,42	➡	0,7242
02472406	*Jamp-Ursodiol*	Jamp	100	72,42	➡	0,7242
02273500	*pms-Ursodiol C*	Phmscience	100	72,42	➡	0,7242
02245894	*Urso DS*	Aptalis	100	249,27		2,4927
02515539	*Ursodiol C*	Sanis	100	72,42	➡	0,7242

56:16
DIGESTIFS
LACTASE

Co. 3 000 U

02239139	*Jamp-Enzyme Lactase Régulier*	Jamp	100	9,75	0,0975

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				9000 U **PPB**	
80070358	*Jamp-Lactase Enzyme*	Jamp	50	12,19 ➡	0,2438
80017813	*LactoMax Ultra*	Sterimax	50	12,19 ➡	0,2438
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*	Organon	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.				8 000 U -30 000 U -30 000 U	
00502790	*Cotazym ECS 8*	Organon	500	168,40	0,3368
Caps. Ent.				10 000 U - 11 200 U - 730 U	
02200104	*Creon 10 Minimicrosphères*	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.				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*	Organon	100	88,30	0,8830
Caps. Ent.				25 000 U - 25 500 U - 1600 U	
01985205	*Creon 25 Minimicrosphères*	BGP Pharma	100	85,07	0,8507
Caps. Ent.				35 000 U - 35 700 U - 2 240 U	
02494639	*Creon Minimicrosphères 35*	BGP Pharma	100	95,31	0,9531

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			10 440 U -56 400 U -57 100 U		
02230019	*Viokace (10 440 USP unités de lipase)*	Nestlé H.S	100	17,03	0,1703
Co.			20 880 U -113 400 U -112 500 U		
02241933	*Viokace (20 880 USP unités de lipase)*	Nestlé H.S	100	34,06	0,3406
Gran. Ent.			5 000 U -5 100 U -320 U/100 mg		
02445158	*Creon Minimicrosphères MICRO*	BGP Pharma	1	34,06	

56:22.08
ANTIHISTAMINIQUES
DIMENHYDRINATE

Sol. Inj. I.M.				50 mg/mL	
00392537	*Dimenhydrinate*	Sandoz	1 ml 5 ml	1,08 4,30	

PROCHLORPÉRAZINE P

Supp.				10 mg	
00789720	*Sandoz Prochlorpérazine*	Sandoz	10	19,10	1,9100

PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE) P

Co.				5 mg	
00886440	*Prochlorazine*	AA Pharma	100	16,59	0,1659
Co.				10 mg	
00886432	*Prochlorazine*	AA Pharma	100	20,25	0,2025

56:22.92
AUTRES ANTI-ÉMÉTIQUES
DOXYLAMINE (SUCCINATE DE)/ PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. L.A.			10 mg -10 mg	**PPB**		
02413248	*Apo-Doxylamine/B6*	Apotex	100	64,02	➡	0,6402
			500	320,10	➡	0,6402
00609129	*Diclectin*	Duchesnay	100	127,20		1,2720
			300	381,61		1,2720
02406187	*pms-Doxylamine-Pyridoxine*	Phmscience	100	64,02	➡	0,6402
			500	320,10	➡	0,6402

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE

NABILONE Ⓝ

Caps. 0,5 mg **PPB**

02393581	*ACT Nabilone*	ActavisPhm	50	38,78	➡	0,7756
			100	77,56	➡	0,7756
02256193	*Cesamet*	Valeant	50	155,13		3,1026
02380900	*pms-Nabilone*	Phmscience	100	77,56	➡	0,7756
02384884	*Teva Nabilone*	Teva Can	50	38,78	➡	0,7756

Caps. 1 mg **PPB**

02393603	*ACT Nabilone*	ActavisPhm	50	77,57	➡	1,5513
			100	155,13	➡	1,5513
00548375	*Cesamet*	Valeant	50	310,25		6,2050
02380919	*pms-Nabilone*	Phmscience	100	155,13	➡	1,5513
02384892	*Teva Nabilone*	Teva Can	50	77,57	➡	1,5513

56:28.12
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS H2 DE L'HISTAMINE

FAMOTIDINE Pr

Co. 20 mg **PPB**

02509970	*AG-Famotidine*	Angita	100	26,57	➡	0,2657
02507749	*Jamp Famotidine*	Jamp	100	26,57	➡	0,2657
02022133	*Novo-Famotidine*	Novopharm	100	26,57	➡	0,2657
			500	132,85	➡	0,2657

Co. 40 mg **PPB**

02509989	*AG-Famotidine*	Angita	100	48,33	➡	0,4833
02507757	*Jamp Famotidine*	Jamp	100	48,33	➡	0,4833
02022141	*Teva-Famotidine*	Novopharm	100	48,33	➡	0,4833

NIZATIDINE Pr

Caps. 150 mg

00778338	*Axid*	Pendopharm	100	83,92	0,8392

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. 150 mg **PPB**

02484501	*AG-Ranitidine*	Angita	100	11,97	➡	0,1197
00733059	*Apo-Ranitidine*	Apotex	500	59,85	➡	0,1197
02463717	*Jamp-Ranitidine*	Jamp	100	11,97	➡	0,1197
			500	59,85	➡	0,1197
02443708	*Mar-Ranitidine*	Marcan	500	59,85	➡	0,1197
02473534	*M-Ranitidine*	Mantra Ph.	500	59,85	➡	0,1197
02242453	*pms-Ranitidine*	Phmscience	100	11,97	➡	0,1197
			500	59,85	➡	0,1197
02353016	*Ranitidine*	Sanis	100	11,97		**R**
			500	59,85		**R**
02336480	*Ran-Ranitidine*	Ranbaxy	100	11,97	➡	0,1197
			500	59,85	➡	0,1197
02243229	*Sandoz Ranitidine*	Sandoz	100	11,97	➡	0,1197
			500	59,85	➡	0,1197

Co. 300 mg **PPB**

00733067	*Apo-Ranitidine*	Apotex	100	22,53	➡	0,2253
02463725	*Jamp-Ranitidine*	Jamp	100	22,53	➡	0,2253
02443716	*Mar-Ranitidine*	Marcan	100	22,53	➡	0,2253
02473542	*M-Ranitidine*	Mantra Ph.	100	22,53	➡	0,2253
02242454	*pms-Ranitidine*	Phmscience	30	6,76	➡	0,2253
			100	22,53	➡	0,2253
02353024	*Ranitidine*	Sanis	100	22,53		**R**
02336502	*Ran-Ranitidine*	Ranbaxy	100	22,53	➡	0,2253
			500	112,65	➡	0,2253
02243230	*Sandoz Ranitidine*	Sandoz	100	22,53	➡	0,2253

Sol. Orale 150 mg/10 mL

02280833	*Apo-Ranitidine*	Apotex	300 ml	44,40	0,1480

56:28.28
PROSTAGLANDINES

DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL P

Co. 50 mg - 200 mcg **PPB**

01917056	*Arthrotec*	Pfizer	250	149,75		0,5990
02413469	*pms-Diclofenac-Misoprostol*	Phmscience	250	78,73	➡	0,3149

Co. 75 mg - 200 mcg **PPB**

02229837	*Arthrotec 75*	Pfizer	250	203,81		0,8152
02413477	*pms-Diclofenac-Misoprostol*	Phmscience	250	107,15	➡	0,4286

MISOPROSTOL P

Co. 100 mcg

02244022	*Misoprostol*	AA Pharma	100	26,36	0,2636

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				200 mcg	
02244023	*Misoprostol*	AA Pharma	100	43,89	0,4389

56:28.32
CYTOPROTECTEURS GASTRO-DUODÉNAUX
SUCRALFATE 🅿

Co.				1 g **PPB**	
02045702	*Novo-Sucralate*	Novopharm	100	13,09	➡ 0,1309
			500	65,44	➡ 0,1309
02100622	*Sulcrate*	Aptalis	100	54,41	0,5441
Susp. Orale				1 g/5 mL	
02103567	*Sulcrate Plus*	Aptalis	500 ml	49,42	0,0988

56:28.36
INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS
DEXLANSOPRAZOLE 🅿

Caps. L.A.				30 mg	
02354950	*Dexilant*	Takeda	90	32,65	0,3628
Caps. L.A.				60 mg	
02354969	*Dexilant*	Takeda	90	32,65	0,3628

ESOMÉPRAZOLE (MAGNÉSIUM TRIHYDRATÉ) 🅿

Co. L.A.				20 mg **PPB**	
02339099	*Apo-Esomeprazole*	Apotex	30	16,50	⬆ 0,3628
			100	55,00	⬆ 0,3628
02394839	*Esomeprazole*	Pro Doc	30	16,50	⬆ 0,3628
02442493	*Esomeprazole*	Sivem	30	16,50	⬆ 0,3628
			100	55,00	⬆ 0,3628
02520109	*M-Esomeprazole*	Mantra Ph.	100	55,00	⬆ 0,3628
02479419	*MYL-Esomeprazole*	Mylan	100	55,00	⬆ 0,3628
02244521	*Nexium*	AZC	30	56,07	⬆ 0,3628
02423979	*Ran-Esomeprazole*	Ranbaxy	30	16,50	⬆ 0,3628
			100	55,00	⬆ 0,3628
02460920	*Sandoz Esomeprazole*	Sandoz	30	16,50	⬆ 0,3628
			100	55,00	⬆ 0,3628
02423855	*TEVA Esomeprazole*	Teva Can	30	16,50	⬆ 0,3628
			100	55,00	⬆ 0,3628

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. LA ou Caps. LA				40 mg **PPB**	
02339102	*Apo-Esomeprazole*	Apotex	30	16,50 ⬆	0,3628
			500	275,00 ⬆	0,3628
02394847	*Esomeprazole*	Pro Doc	30	16,50 ⬆	0,3628
			500	275,00 ⬆	0,3628
02431173	*Esomeprazole*	Sanis	100	55,00 ⬆	0,3628
02442507	*Esomeprazole*	Sivem	30	16,50 ⬆	0,3628
			100	55,00 ⬆	0,3628
02520117	*M-Esomeprazole*	Mantra Ph.	100	55,00 ⬆	0,3628
02479427	*MYL-Esomeprazole*	Mylan	100	55,00 ⬆	0,3628
02244522	*Nexium*	AZC	30	56,07 ⬆	0,3628
			100	186,90 ⬆	0,3628
02379171	*pms-Esomeprazole DR*	Phmscience	30	16,50 ⬆	0,3628
	(Caps. L.A.)		100	55,00 ⬆	0,3628
02423987	*Ran-Esomeprazole*	Ranbaxy	30	16,50 ⬆	0,3628
			100	55,00 ⬆	0,3628
02460939	*Sandoz Esomeprazole*	Sandoz	100	55,00 ⬆	0,3628
			500	275,00 ⬆	0,3628
02423863	*TEVA Esomeprazole*	Teva Can	30	16,50 ⬆	0,3628
			100	55,00 ⬆	0,3628

LANSOPRAZOLE 🅿

Co. LA ou Caps. LA				15 mg **PPB**	
02293811	*Apo-Lansoprazole*	Apotex	100	36,28 ➡	0,3628
02433001	*Lansoprazole*	Phmscience	100	36,28 ➡	0,3628
02357682	*Lansoprazole*	Sanis	100	36,28 ➡	0,3628
02385767	*Lansoprazole*	Sivem	100	36,28 ➡	0,3628
02489805	*M-Lansoprazole*	Mantra Ph.	100	36,28 ➡	0,3628
02353830	*Mylan-Lansoprazole*	Mylan	100	36,28 ➡	0,3628
02395258	*pms-Lansoprazole*	Phmscience	100	36,28 ➡	0,3628
02165503	*Prevacid*	BGP Pharma	30	60,00 ⬆	0,3628
			100	200,00 ⬆	0,3628
02249464	*Prevacid FasTab*	BGP Pharma	30	60,00 ⬆	0,3628
02422808	*Riva-Lansoprazole*	Riva	100	36,28 ➡	0,3628
02385643	*Sandoz Lansoprazole*	Sandoz	100	36,28 ➡	0,3628
02402610	*Taro-Lansoprazole*	Sun Pharma	100	36,28 ➡	0,3628
02280515	*Teva-Lansoprazole*	Teva Can	30	10,88 ➡	0,3628
			100	36,28 ➡	0,3628

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. LA ou Caps. LA				30 mg **PPB**	
02293838	*Apo-Lansoprazole*	Apotex	100	36,27	0,3627
			500	181,33	0,3627
02433028	*Lansoprazole*	Phmscience	100	36,27	0,3627
02366282	*Lansoprazole*	Pro Doc	100	36,27	0,3627
			500	181,33	0,3627
02357690	*Lansoprazole*	Sanis	100	36,27	0,3627
			500	181,33	0,3627
02410389	*Lansoprazole*	Sivem	100	36,27	0,3627
			500	181,33	0,3627
02489813	*M-Lansoprazole*	Mantra Ph.	100	36,27	0,3627
02353849	*Mylan-Lansoprazole*	Mylan	100	36,27	0,3627
02395266	*pms-Lansoprazole*	Phmscience	100	36,27	0,3627
02165511	*Prevacid*	BGP Pharma	30	60,00	0,3628
			100	200,00	0,3628
02249472	*Prevacid FasTab*	BGP Pharma	30	60,00	0,3628
02422816	*Riva-Lansoprazole*	Riva	100	36,27	0,3627
02385651	*Sandoz Lansoprazole*	Sandoz	100	36,27	0,3627
02402629	*Taro-Lansoprazole*	Sun Pharma	100	36,27	0,3627
02280523	*Teva-Lansoprazole*	Teva Can	100	36,27	0,3627
			500	181,33	0,3627

OMÉPRAZOLE (BASE OU MAGNÉSIEN)

Co. LA ou Caps. LA				20 mg **PPB**	
02245058	*Apo-Oméprazole (caps.)*	Apotex	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02449927	*Bio-Omeprazole*	Biomed	100	22,87	0,2287
02420198	*Jamp-Omeprazole DR (co.)*	Jamp	28	6,40	0,2287
			500	114,35	0,2287
00846503	*Losec (caps.)*	Cheplaphar	30	33,00	0,3628
02190915	*Losec (co.)*	Cheplaphar	30	68,61	0,3628
			100	228,70	0,3628
02439549	*NAT-Omeprazole DR*	Natco	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02295415	*Novo-Omeprazole*	Teva Can	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02501880	*NRA-Omeprazole*	Nora	100	22,87	0,2287
02490692	*Omeprazole*	Altamed	100	22,87	0,2287
02348691	*Omeprazole*	Sanis	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02339927	*Omeprazole (caps.)*	Pro Doc	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02416549	*Omeprazole Magnesium (co.)*	Accord	100	22,87	0,2287
02504294	*Omeprazole Magnesium DR*	Sanis	100	22,87	0,2287
02411857	*Omeprazole-20*	Sivem	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02320851	*pms-Omeprazole (caps.)*	Phmscience	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02402416	*Riva-Omeprazole DR (co.)*	Riva	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02296446	*Sandoz Omeprazole (Caps.)*	Sandoz	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANTOPRAZOLE (MAGNÉSIEN OU SODIQUE) P

Co. Ent. 40 mg **PPB**

02481588	*AG-Pantoprazole Sodium*	Angita	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02292920	*Apo-Pantoprazole*	Apotex	30	6,05	0,2016
			500	100,80	0,2016
02415208	*Auro-Pantoprazole*	Aurobindo	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02445867	*Bio-Pantoprazole*	Biomed	500	100,80	0,2016
02392623	*Jamp Pantoprazole Sodium*	Jamp	30	6,05	0,2016
			500	100,80	0,2016
02357054	*Jamp-Pantoprazole*	Jamp	30	6,05	0,2016
			500	100,80	0,2016
02416565	*Mar-Pantoprazole*	Marcan	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02417448	*Mint-Pantoprazole*	Mint	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02467372	*M-Pantoprazole*	Mantra Ph.	30	6,05	0,2016
			500	100,80	0,2016
02471825	*NRA-Pantoprazole*	Nora	500	100,80	0,2016
02229453	*Pantoloc*	Takeda	100	204,16	0,3628
02469138	*Pantoprazole*	Altamed	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02498723	*Pantoprazole*	Nora	500	100,80	0,2016
02437945	*Pantoprazole*	Phmscience	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02318695	*Pantoprazole*	Pro Doc	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02431327	*Pantoprazole*	Riva	30	6,05	0,2016
			500	100,80	0,2016
02370808	*Pantoprazole*	Sanis	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02428180	*Pantoprazole-40*	Sivem	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02307871	*pms-Pantoprazole*	Phmscience	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02425378	*Priva-Pantoprazole*	Pharmapar	500	100,80	0,2016
02305046	*Ran-Pantoprazole*	Ranbaxy	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02316463	*Riva-Pantoprazole*	Riva	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016
02301083	*Sandoz Pantoprazole*	Sandoz	30	6,05	0,2016
			500	100,80	0,2016
02267233	*Tecta*	Takeda	30	22,50	0,3628
02285487	*Teva-Pantoprazole*	Teva Can	100	20,16	0,2016
			500	100,80	0,2016

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RABÉPRAZOLE SODIQUE Ⓟ

Co. Ent. 10 mg **PPB**

02243796	*Pariet*	Janss. Inc	100	65,00	0,3628
02310805	*pms-Rabeprazole EC*	Phmscience	100	6,69	0,0669
02315181	*Pro-Rabeprazole*	Pro Doc	100	6,69	0,0669
02385449	*Rabeprazole*	Sivem	100	6,69	0,0669
02356511	*Rabeprazole EC*	Sanis	100	6,69	0,0669
02298074	*Ran-Rabeprazole*	Ranbaxy	100	6,69	0,0669
02314177	*Sandoz Rabeprazole*	Sandoz	100	6,69	0,0669
02296632	*Teva-Rabeprazole Sodium*	Teva Can	100	6,69	0,0669

Co. Ent. 20 mg **PPB**

02243797	*Pariet*	Janss. Inc	100	130,00	0,3628
02310813	*pms-Rabeprazole EC*	Phmscience	100	13,38	0,1338
02385457	*Rabeprazole*	Sivem	30	4,01	0,1338
			100	13,38	0,1338
02356538	*Rabeprazole EC*	Sanis	100	13,38	0,1338
02298082	*Ran-Rabeprazole*	Ranbaxy	100	13,38	0,1338
02314185	*Sandoz Rabeprazole*	Sandoz	30	4,01	0,1338
			100	13,38	0,1338
02296640	*Teva-Rabeprazole EC*	Teva Can	30	4,01	0,1338
			100	13,38	0,1338

56:32
PROCINÉTIQUES

DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE) Ⓟ

Co. 10 mg **PPB**

02103613	*Apo-Domperidone*	Apotex	500	21,40	0,0428
02445034	*Bio-Dompéridone*	Biomed	500	21,40	0,0428
02350440	*Domperidone*	Sanis	500	21,40	0,0428
02238341	*Domperidone*	Sivem	500	21,40	0,0428
02236857	*Domperidone-10*	Pro Doc	500	21,40	0,0428
02369206	*Jamp-Domperidone*	Jamp	500	21,40	0,0428
02403870	*Mar-Domperidone*	Marcan	500	21,40	0,0428
02236466	*pms-Domperidone*	Phmscience	500	21,40	0,0428
02445328	*Priva-Domperidone*	Pharmapar	500	21,40	0,0428
02462834	*PRZ-Domperidone*	Pharmaris	500	21,40	0,0428
02268078	*Ran-Dompéridone*	Ranbaxy	500	21,40	0,0428
01912070	*Teva-Domperidone*	Ratiopharm	500	21,40	0,0428

MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. 5 mg **PPB**

02517795	*Mar-Metoclopramide*	Marcan	100	5,14	0,0514
02230431	*PMS-Metoclopramide tablets*	Phmscience	100	5,14	0,0514

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.				5 mg/mL **PPB**	
02185431	*Chlorhydrate de métoclopramide injection*	Sandoz	2 ml	➡ 6,79	
02243563	*Métoclopramide Oméga*	Oméga	2 ml	➡ 6,79	
02510790	*pms-Metoclopramide Hydrochloride Injection*	Phmscience	2 ml	➡ 6,79	
Sol. Orale				1 mg/mL	
02230433	*PMS-Metoclopramide oral solution*	Phmscience	500 ml	31,25	0,0625

56:36
ANTI-INFLAMMATOIRES GASTRO-INTESTINAUX
5-AMINOSALICYLIQUE (ACIDE) 🅿

Co. Ent.				1 g	
02399466	*Pentasa*	Ferring	60	66,83	1,1138
Co. Ent.				400 mg	
02171929	*Teva-5-ASA*	Teva Can	100	31,11	0,3111
			500	155,55	0,3111
Co. Ent.				500 mg	
02099683	*Pentasa*	Ferring	100	55,69	0,5569
02112787	*Salofalk*	Aptalis	150	81,96	0,5464
			500	273,23	0,5465
Co. L.A.				1,2 g	
02297558	*Mezavant*	Takeda	120	186,77	1,5564
Supp.				1 g **PPB**	
02474018	*Mezera*	Avir	30	43,20 ➡	1,4400
02153564	*Pentasa*	Ferring	28	44,80	1,6000
02242146	*Salofalk*	Aptalis	30	48,00	1,6000
Supp.				500 mg	
02112760	*Salofalk*	Aptalis	30	34,19	1,1397
Susp. Rect.				2 g	
02112795	*Salofalk (58,2 mL)*	Aptalis	7	25,76	3,6800
Susp. Rect.				4 g **PPB**	
02153556	*Pentasa (100 mL)*	Ferring	1	➡ 4,46	
02112809	*Salofalk (58,2 mL)*	Aptalis	7	43,68	6,2400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

OLSALAZINE SODIQUE ℞

Caps. 250 mg

02063808	*Dipentum*	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	*Apo-Lansoprazole-Amoxicillin-Clarithromycin*	Apotex	7	67,91	➡	9,7014
02238525	*Hp-PAC*	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 (MÉSYLATE DE) Ⓟ

Pd. Inj. 500 mg

01981242	*Desferal*	Novartis	1	13,97	

PÉNICILLAMINE Ⓟ

Caps. 250 mg

00016055	*Cuprimine*	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
68:16.08 antiestrogènes
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-hypoglycémiants
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) 🅿

Aéro. oral — 50 mcg/dose

02242029	*Qvar*	Valeant	200 dose(s)	29,28	

Aéro. oral — 100 mcg/dose

02242030	*Qvar*	Valeant	200 dose(s)	58,56	

BUDÉSONIDE 🅿

Pd. pour Inh. — 100 mcg/dose

00852074	*Pulmicort Turbuhaler*	AZC	200 dose(s)	30,90	

Pd. pour Inh. — 200 mcg/dose

00851752	*Pulmicort Turbuhaler*	AZC	200 dose(s)	63,16	

Pd. pour Inh. — 400 mcg/dose

00851760	*Pulmicort Turbuhaler*	AZC	200 dose(s)	93,00	

Sol. pour Inh. — 0,125 mg/mL (2 mL) **PPB**

02229099	*Pulmicort nebuamp*	AZC	20	8,57	0,4285
02494264	*Taro-Budesonide*	Taro	20	4,57 ➡	0,2285
02465949	*Teva-Budesonide*	Teva Can	20	4,57 ➡	0,2285

Sol. pour Inh. — 0,25 mg/mL (2 mL) **PPB**

01978918	*Pulmicort nebuamp*	AZC	20	17,14	0,8570
02494272	*Taro-Budesonide*	Taro	20	12,86 ➡	0,6430

Sol. pour Inh. — 0,5 mg/mL (2mL) **PPB**

01978926	*Pulmicort nebuamp*	AZC	20	34,28	1,7140
02494280	*Taro-Budesonide*	Taro	20	18,24 ➡	0,9120
02465957	*Teva-Budesonide*	Teva Can	20	18,24 ➡	0,9120

CICLÉSONIDE 🅿

Aéro. oral — 100 mcg/dose

02285606	*Alvesco*	Covis	120 dose(s)	44,15	

Aéro. oral — 200 mcg/dose

02285614	*Alvesco*	Covis	120 dose(s)	72,81	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CORTISONE (ACÉTATE DE) Ⓟ

Co. 25 mg

00280437	*Cortisone Acétate-ICN*	Valeant	100	30,66	0,3066

DEXAMÉTHASONE Ⓟ

Co. 0,5 mg **PPB**

02261081	*Apo-Dexaméthasone*	Apotex	100	15,64 ➡	0,1564
01964976	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	100	15,64 ➡	0,1564

Co. 2 mg

02279363	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	100	42,36	0,4236

Co. 4 mg **PPB**

02250055	*Apo-Dexaméthasone*	Apotex	100	30,46 ➡	0,3046
01964070	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	100	30,46 ➡	0,3046

Elix. 0,5 mg/5 mL

01946897	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	100 ml	49,37	0,4937

DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) Ⓟ

Sol. Inj. 4 mg/mL **PPB**

00664227	*Dexamethasone*	Sandoz	5 ml	➡ 8,03	
01977547	*Dexamethasone*	Sterimax	5 ml	➡ 8,03	
02204266	*Dexamethasone Omega*	Oméga	5 ml	➡ 8,03	

Sol. Inj. 10 mg/mL **PPB**

00874582	*Dexamethasone*	Sandoz	1 ml	➡ 4,23	
02204274	*Dexamethasone Omega*	Oméga	1 ml	➡ 4,23	
			10 ml	➡ 12,83	
02387743	*Dexamethasone Omega Unidose*	Oméga	1 ml	➡ 4,23	
00783900	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	10 ml	➡ 12,83	

FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE) Ⓟ

Co. 0,1 mg

02086026	*Florinef*	Paladin	100	23,96	0,2396

FLUTICASONE (FUROATE DE) Ⓟ

Pd. pour Inh. 100 mcg

02446561	*Arnuity Ellipta*	GSK	30 dose(s)	34,70	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. pour Inh.				200 mcg	
02446588	*Arnuity Ellipta*	GSK	30 dose(s)	69,40	

FLUTICASONE (PROPIONATE DE) Pr

Aéro. oral				50 mcg/dose	
02244291	*Flovent HFA*	GSK	120 dose(s)	22,61	

Aéro. oral				125 mcg/dose **PPB**	
02244292	*Flovent HFA*	GSK	120 dose(s)	38,05	
02503123	*pms-Fluticasone HFA*	Phmscience	120 dose(s)	➡ 35,11	

Aéro. oral				250 mcg/dose **PPB**	
02510987	*Apo-Fluticasone HFA*	Apotex	120 dose(s)	➡ 45,02	
02244293	*Flovent HFA*	GSK	120 dose(s)	76,11	
02503131	*pms-Fluticasone HFA*	Phmscience	120 dose(s)	➡ 45,02	

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 Pr

Susp. Inj.				20 mg/mL (1 mL)	
02470632	*Trispan*	Medexus	10	180,00	18,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

HYDROCORTISONE ℞

Co.				10 mg	
00030910	*Cortef*	Pfizer	100	21,85	0,2185
Co.				20 mg	
00030929	*Cortef*	Pfizer	100	39,44	0,3944

HYDROCORTISONE (SUCCINATE SODIQUE D') ℞

Pd. Inj.				1 g	
00030635	*Solu-Cortef*	Pfizer	1	14,02	
Pd. Inj.				100 mg	
00030600	*Solu-Cortef*	Pfizer	1	4,45	
Pd. Inj.				250 mg	
00030619	*Solu-Cortef*	Pfizer	1	7,53	
Pd. Inj.				500 mg	
00030627	*Solu-Cortef*	Pfizer	1	8,36	

MÉTHYLPREDNISOLONE ℞

Co.				4 mg	
00030988	*Medrol*	Pfizer	100	32,93	0,3293
Co.				16 mg	
00036129	*Medrol*	Pfizer	100	95,03	0,9503

MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE) ℞

Susp. Inj.				20 mg/mL	
01934325	*Depo-Medrol*	Pfizer	5 ml	10,76	
Susp. Inj.				40 mg/mL	
01934333	*Depo-Medrol*	Pfizer	2 ml	9,11	
			5 ml	16,45	
00030759	*Depo-Medrol (sans préservatif)*	Pfizer	1 ml	6,36	
Susp. Inj.				80 mg/mL	
00030767	*Depo-Medrol*	Pfizer	1 ml	9,11	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MÉTHYLPREDNISOLONE (SUCCINATE SODIQUE DE) 🅿

Pd. Inj. — 1 g **PPB**

02241229	*Méthylprednisolone*	Novopharm	1	➡ 31,00	
02367971	*Solu-Medrol*	Pfizer	1	66,57	

Pd. Inj. — 40 mg **PPB**

02231893	*Méthylprednisolone*	Novopharm	1	➡ 3,60	
02367947	*Solu-Medrol*	Pfizer	1	7,30	

Pd. Inj. — 125 mg

02367955	*Solu-Medrol*	Pfizer	1	17,33	

Pd. Inj. — 500 mg **PPB**

02231895	*Méthylprednisolone*	Novopharm	1	➡ 18,60	
02367963	*Solu-Medrol*	Pfizer	1	42,81	

MOMÉTASONE (FUROATE DE) 🅿

Pd. pour Inh. — 200 mcg/dose

02243595	*Asmanex Twisthaler*	Organon	60 dose(s)	32,00	

Pd. pour Inh. — 400 mcg/dose

02243596	*Asmanex Twisthaler*	Organon	30 dose(s)	32,00	
			60 dose(s)	64,00	

PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) 🅿

Sol. Orale — 5 mg/5 mL **PPB**

02230619	*Pédiapred*	SanofiAven	120 ml	12,70	0,1058
02245532	*pms-Prednisolone*	Phmscience	120 ml	10,80	➡ 0,0900

PREDNISONE 🅿

Co. — 1 mg

00271373	*Winpred*	AA Pharma	100	10,66	0,1066

Co. — 5 mg **PPB**

00312770	*Apo-Prednisone*	Apotex	100	2,20	➡ 0,0220
			1000	21,95	➡ 0,0220
00021695	*Teva-Prednisone*	Teva Can	100	2,20	➡ 0,0220
			1000	21,95	➡ 0,0220

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg **PPB**	
00550957	*Apo-Prednisone*	Apotex	100	17,35	➡ 0,1735
00232378	*Teva-Prednisone*	Teva Can	100	17,35	➡ 0,1735

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) Ⓟ

Susp. Inj.				10 mg/mL	
01999761	*Kenalog-10*	B.M.S.	5 ml	15,71	

Susp. Inj.				40 mg/mL **PPB**	
01999869	*Kenalog-40*	B.M.S.	1 ml	7,29	
			5 ml	25,52	
01977563	*Triamcinolone*	Sterimax	1 ml	➡ 4,77	
			5 ml	➡ 23,85	

68:08
ANDROGÈNES

DANAZOL Ⓟ

Caps.				50 mg	
02018144	*Cyclomen*	SanofiAven	100	78,72	0,7872

Caps.				100 mg	
02018152	*Cyclomen*	SanofiAven	100	116,79	1,1679

Caps.				200 mg	
02018160	*Cyclomen*	SanofiAven	100	186,61	1,8661

TESTOSTÉRONE ⊕

Gel Top.				1% (2,5 g) **PPB**	
02245345	*AndroGel*	BGP Pharma	30	65,13	2,1710
02463792	*Taro-Testosterone Gel*	Taro	30	50,18	➡ 1,6727

Gel Top.				1 % (5,0 g) **PPB**	
02245346	*AndroGel*	BGP Pharma	30	115,17	3,8390
02463806	*Taro-Testosterone Gel*	Taro	30	88,73	➡ 2,9577
02280248	*Testim 1%*	Paladin	30	88,73	➡ 2,9577

Timbre cut.				2,5 mg/24 h	
02239653	*Androderm*	Actavis	60	118,43	1,9738

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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
ANOVULANTS

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*	Organon	1	12,95	
02042479	*Marvelon 28*	Organon	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**

* 02462060	*Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 28*	Glenmark	3	30,18	➡ 10,0600
02415380	*Mya 28*	Apotex	1	➡ 10,06	
02321157	*Yaz 28*	Bayer	1	11,84	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			0,03 mg - 3 mg	**PPB**	
02421437	*Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 21*	Glenmark	3	27,03	➡ 9,0100
02421445	*Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 28*	Glenmark	3	27,03	➡ 9,0100
02261723	*Yasmin 21*	Bayer	1	11,84	
02261731	*Yasmin 28*	Bayer	1	11,84	
02410788	*Zamine 21*	Apotex	1	➡ 9,01	
02410796	*Zamine 28*	Apotex	1	➡ 9,01	

ÉTHINYLESTRADIOL/ ÉTONOGESTREL ℞

Anneau vag.			2,6 mg -11,4 mg	**PPB**	
02520028	*Haloette*	Search Phm	1	➡ 12,54	
			3	37,62	➡ 12,5400
02253186	*Nuvaring*	Organon	1	➡ 12,54	
			3	37,62	➡ 12,5400

ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL ℞

Co.			0,020 mg -0,10 mg	**PPB**	
02236974	*Alesse 21*	Pfizer	1	12,70	
02236975	*Alesse 28*	Pfizer	1	12,70	
02387875	*Alysena 21*	Apotex	1	➡ 7,62	
			3	22,86	➡ 7,6200
02387883	*Alysena 28*	Apotex	1	➡ 7,62	
			3	22,86	➡ 7,6200
02298538	*Aviane 21*	Teva Can	1	➡ 7,62	
02298546	*Aviane 28*	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	*Triquilar 21*	Bayer	1	14,52	
00707503	*Triquilar 28*	Bayer	1	14,52	

Co.			0,03 mg -0,15 mg	**PPB**	
02042320	*Min-Ovral 21*	Pfizer	1	12,13	
02042339	*Min-Ovral 28*	Pfizer	1	12,13	
02387085	*Ovima 21*	Apotex	1	➡ 7,28	
02387093	*Ovima 28*	Apotex	1	➡ 7,28	
02295946	*Portia 21*	Teva Can	1	➡ 7,28	
02295954	*Portia 28*	Teva Can	1	➡ 7,28	

Co. (91)			0,03 mg -0,15 mg	**PPB**	
02398869	*Indayo*	Mylan	1	➡ 45,96	
02296659	*Seasonale*	Teva Can	1	54,06	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL - ÉTHINYLESTRADIOL Pr

Co. 0,03 mg - 0,15 mg (84 co.)/0,01 mg (7 co.)

02346176	*Seasonique*	Teva Can	1	52,66	

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORELGESTROMINE Pr

Timbre cut. (3) 0,60 mg - 6 mg

02248297	*Evra*	Search Phm	1	14,95	

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE Pr

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) Pr

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 Pr

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉTONOGESTREL 🅿

Implant 68 mg

02499509	*Nexplanon*	Organon	1	285,00	

LÉVONORGESTREL

Co. 1,5 mg **PPB**

02433532	*Backup Plan Onestep*	Apotex	1	➡ 8,60	
02425009	*Contingency One*	Mylan	1	➡ 8,60	
02293854	*Plan B*	Paladin	1	➡ 8,60	

LÉVONORGESTREL 🅿

Sys. Intra-Utér. 19,5 mg

02459523	*Kyleena*	Bayer	1	326,06	

Sys. Intra-Utér. 52 mg

02243005	*Mirena*	Bayer	1	326,06	

NORÉTHINDRONE 🅿

Co. (28) 0,35 mg **PPB**

02441306	*Jencycla*	Lupin	1	➡ 10,99	
02410303	*Movisse*	Mylan	1	➡ 10,99	

ULIPRISTAL (ACÉTATE D') 🅿

Co. 30 mg

02436329	*Ella*	Allergan	1	25,94	

68:16.04
ESTROGÈNES

ESTRADIOL-17B 🅿

Anneau vag. 2 mg

02168898	*Estring*	Paladin	1	62,77	

Co. 0,5 mg **PPB**

02225190	*Estrace*	Acerus	100	13,44	0,1344
02449048	*Lupin-Estradiol*	Lupin	100	10,74	➡ 0,1074

Co. 1 mg **PPB**

02148587	*Estrace*	Acerus	100	25,97	0,2597
02449056	*Lupin-Estradiol*	Lupin	100	20,78	➡ 0,2078

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg **PPB**	
02148595	*Estrace*	Acerus	100	45,86	0,4586
02449064	*Lupin-Estradiol*	Lupin	100	36,66	➡ 0,3666
Co. Vag. (App.)				10 mcg	
02325462	*Vagifem 10*	N.Nordisk	18	42,07	
Gel Top.				0,06 %	
02238704	*Estrogel*	Organon	80 g	24,35	

ESTROGÈNES CONJUGUÉS BIOLOGIQUES Ⓟ

Cr. Vag.				0,625 mg/g	
02043440	*Premarin*	Pfizer	30 g	22,53	

ESTRONE Ⓟ

Cr. Vag.				1 mg/g	
00727369	*Estragyn crème vaginale*	Search Phm	45 g	15,55	

68:16.08
ANTIESTROGÈNES
ANASTROZOLE Ⓟ

Co.				1 mg **PPB**	
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
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
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
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
02394898	*Teva-Anastrozole*	Teva Can	30	28,57	➡ 0,9522

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

EXÉMESTANE 🅿

Co. 25 mg **PPB**

02390183	*ACT Exemestane*	ActavisPhm	30	38,84	➡	1,2947
02242705	*Aromasin*	Pfizer	30	155,35		5,1783
02407841	*Med-Exemestane*	GMP	30	38,84	➡	1,2947
02408473	*Teva-Exemestane*	Teva Can	30	38,84	➡	1,2947

LÉTROZOLE 🅿

Co. 2,5 mg **PPB**

02374439	*AG-Letrozole*	Angita	30	41,34	➡	1,3780
02358514	*Apo-Letrozole*	Apotex	30	41,34	➡	1,3780
02392496	*Bio-Letrozole*	Biomed	30	41,34	➡	1,3780
			100	137,80	➡	1,3780
02459884	*CCP-Letrozole*	Cellchem	30	41,34	➡	1,3780
02231384	*Femara*	Novartis	30	163,96		5,4653
02373009	*Jamp-Letrozole*	Jamp	30	41,34	➡	1,3780
			100	137,80	➡	1,3780
02338459	*Letrozole*	Accord	30	41,34	➡	1,3780
02402025	*Letrozole*	Pro Doc	30	41,34	➡	1,3780
02504472	*Letrozole*	Sanis	30	41,34	➡	1,3780
02373424	*Mar-Letrozole*	Marcan	30	41,34	➡	1,3780
02508109	*Mint-Letrozole*	Mint	30	41,34	➡	1,3780
02421585	*Nat-Letrozole*	Natco	30	41,34	➡	1,3780
			100	137,80	➡	1,3780
02520486	*NRA-Letrozole*	Nora	30	41,34	➡	1,3780
02309114	*pms-Letrozole*	Phmscience	30	41,34	➡	1,3780
02398656	*Riva-Letrozole*	Riva	30	41,34	➡	1,3780
02344815	*Sandoz Letrozole*	Sandoz	30	41,34	➡	1,3780
02343657	*Teva-Letrozole*	Teva Can	30	41,34	➡	1,3780

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

TAMOXIFÈNE (CITRATE DE) 🅿

Co. 10 mg **PPB**

00812404	*Apo-Tamox*	Apotex	100	17,50	➡	0,1750
00851965	*Novo-Tamoxifen*	Novopharm	100	17,50	➡	0,1750

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
00812390	*Apo-Tamox*	Apotex	100	35,00	➡ 0,3500
02048485	*Nolvadex-D*	AZC	30	11,05	0,3683
00851973	*Novo-Tamoxifen*	Novopharm	30	10,50	➡ 0,3500
			100	35,00	➡ 0,3500

68:18
GONADOTROPHINES

BUSERELINE (ACÉTATE DE) Ⓟ

Implant				6,3 mg	
02228955	*Suprefact Depôt*	Cheplaphar	1	733,47	
Implant				9,45 mg	
02240749	*Suprefact Depôt 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	

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	

GONADORÉLINE Ⓟ

Pd. Inj.				0,8 mg	
02046210	*Lutrepulse*	Ferring	1	115,00	

GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE) Ⓟ

Implant				3,6 mg	
02049325	*Zoladex*	TerSera	1	390,50	
Implant				10,8 mg	
02225905	*Zoladex LA*	TerSera	1	1113,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LEUPROLIDE (ACÉTATE DE) Ⓟ

Trousse — 3,75 mg

00884502	*Lupron Depot*	AbbVie	1	336,23	

Trousse — 7,5 mg

02248239	*Eligard*	Tolmar	1	310,72	
00836273	*Lupron Depot*	AbbVie	1	387,97	

Trousse — 11,25 mg

02239834	*Lupron Depot*	AbbVie	1	1008,68	

Trousse — 22,5 mg

02248240	*Eligard*	Tolmar	1	891,00	
02230248	*Lupron Depot*	AbbVie	1	1071,00	

Trousse — 30 mg

02248999	*Eligard*	Tolmar	1	1285,20	
02239833	*Lupron Depot*	AbbVie	1	1428,00	

Trousse — 45 mg

02268892	*Eligard*	Tolmar	1	1450,00	

NAFARELINE (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

Co. — 100 mg **PPB**

02493799	*Acarbose*	Strides	100	18,66	➡	0,1866
02190893	*Glucobay*	Bayer	120	41,15		0,3429
02494086	*Mar-Acarbose*	Marcan	120	22,39	➡	0,1866

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

68:20.04
BIGUANIDES
METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. 500 mg **PPB**

02257726	*ACT Metformin*	ActavisPhm	100	2,47	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
02494418	*AG-Metformin*	Angita	500	12,35	➡ 0,0247
02438275	*Auro-Metformin*	Aurobindo	100	2,47	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
02099233	*Glucophage*	SanofiAven	100	21,31	0,2131
			500	106,53	0,2131
02380196	*Jamp-Metformin*	Jamp	100	2,47	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
99113737	*Jamp-Metformin Blackberry*	Jamp	360	8,89	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
02353377	*Metformin*	Sanis	360	8,89	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
02385341	*Metformin FC*	Sivem	100	2,47	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
02520303	*pmsc-Metformin*	Phmscience	360	8,89	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
02223562	*pms-Metformin*	Phmscience	100	2,47	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
02314908	*Pro-Metformin*	Pro Doc	500	12,35	➡ 0,0247
02269031	*Ran-Metformin*	Ranbaxy	100	2,47	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
02242974	*ratio-Metformin*	Ratiopharm	100	2,47	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
02239081	*Riva-Metformin*	Riva	100	2,47	➡ 0,0247
			500	12,35	➡ 0,0247
02246820	*Sandoz Metformin FC*	Sandoz	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	*ACT Metformin*	ActavisPhm	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339
02494442	*AG-Metformin*	Angita	500	16,95	➡ 0,0339
02438283	*Auro-Metformin*	Aurobindo	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339
02162849	*Glucophage*	SanofiAven	100	30,80	0,3080
02380218	*Jamp-Metformin*	Jamp	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339
99113738	*Jamp-Metformin Blackberry*	Jamp	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339
02353385	*Metformin*	Sanis	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339
02385368	*Metformin FC*	Sivem	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339
02520311	*pmsc-Metformin*	Phmscience	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339
02242589	*pms-Metformin*	Phmscience	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339
02314894	*Pro-Metformin*	Pro Doc	500	16,95	➡ 0,0339
02269058	*Ran-Metformin*	Ranbaxy	100	3,39	➡ 0,0339
02242931	*ratio-Metformin*	Ratiopharm	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339
02242783	*Riva-Metformin*	Riva	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339
02246821	*Sandoz Metformin FC*	Sandoz	100	3,39	➡ 0,0339
			500	16,95	➡ 0,0339

68:20.08
INSULINES
INSULINE ASPARTE

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL	
02245397	*NovoRapid*	N.Nordisk	10 ml	25,37	

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL (3 mL)	
02506564	*Trurapi*	SanofiAven	5	45,00	
02506572	*Trurapi SoloSTAR*	SanofiAven	5	45,00	

INSULINE DÉGLUDEC

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL (3 mL)	
02467879	*Tresiba FlexTouch*	N.Nordisk	5	98,69	

Sol. Inj. S.C.				200 U/mL (3 mL)	
02467887	*Tresiba FlexTouch*	N.Nordisk	3	118,42	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

INSULINE DÉTÉMIR

Sol. Inj. S.C. — 100 U/mL (3 mL)

02412829	*Levemir FlexTouch*	N.Nordisk	5	98,69	
02271842	*Levemir Penfill*	N.Nordisk	5	98,69	

INSULINE GLARGINE

Sol. Inj. S.C. — 100 U/mL

02245689	*Lantus*	SanofiAven	10 ml	58,07	

Sol. Inj. S.C. — 100 U/mL (3 mL)

02444844	*Basaglar*	Lilly	5	69,64	
02461528	*Basaglar KwikPen (80 U)*	Lilly	5	69,64	

Sol. Inj. S.C. (stylo) — 300 U/mL (1,5 mL)

02441829	*Toujeo SoloStar*	SanofiAven	3	66,42	
			5	110,70	

Sol. Inj. S.C. (stylo) — 300 U/mL (3mL)

02493373	*Toujeo DoubleStar*	SanofiAven	3	132,84	

INSULINE GLULISINE

Sol. Inj. S.C. — 100 U/mL

02279460	*Apidra*	SanofiAven	10 ml	24,50	

Sol. Inj. S.C. — 100 U/mL (3 mL)

02279479	*Apidra*	SanofiAven	5	48,45	
02294346	*Apidra Solostar*	SanofiAven	5	49,00	

INSULINE ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE

Susp. Inj. S.C. — 100 U/mL

00587737	*Humulin N*	Lilly	10 ml	17,12	
02024225	*Novolin ge NPH*	N.Nordisk	10 ml	18,39	

Susp. Inj. S.C. — 100 U/mL (3 mL)

01959239	*Humulin N*	Lilly	5	35,50	
02403447	*Humulin N KwikPen*	Lilly	5	34,89	
02024268	*Novolin ge NPH Penfill*	N.Nordisk	5	36,75	

INSULINE LISPRO

Sol. Inj. S.C. — 100 U/mL

02469901	*Admelog*	SanofiAven	10 ml	22,70	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
02469898	*Admelog*	SanofiAven	5	45,00	
02469871	*Admelog SoloSTAR*	SanofiAven	5	45,00	
Sol. Inj. S.C.			200 U/mL (3 mL)		
02439611	*Humalog KwikPen*	Lilly	5	102,88	

INSULINE ZINC CRISTALLINE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL		
00586714	*Humulin R*	Lilly	10 ml	17,12	
02024233	*Novolin ge Toronto*	N.Nordisk	10 ml	18,39	
Sol. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
01959220	*Humulin R*	Lilly	5	35,50	
02415089	*Humulin R KwikPen*	Lilly	5	35,50	
02024284	*Novolin ge Toronto Penfill*	N.Nordisk	5	36,75	
Sol. Inj. S.C.			500 U/mL (3 mL)		
02466864	*Entuzity KwikPen*	Lilly	2	71,00	

INSULINES ZINC CRISTALLINE ET ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUES DE SÉQUENCE HUMAINE

Susp. Inj. S.C.			30 U -70 U/mL		
00795879	*Humulin 30/70*	Lilly	10 ml	17,12	
02024217	*Novolin ge 30/70*	N.Nordisk	10 ml	18,39	
Susp. Inj. S.C.			30 U -70 U/mL (3 mL)		
01959212	*Humulin 30/70*	Lilly	5	35,50	
02025248	*Novolin ge 30/70 Penfill*	N.Nordisk	5	36,75	
Susp. Inj. S.C.			40 U -60 U/mL (3 mL)		
02024314	*Novolin ge 40/60 Penfill*	N.Nordisk	5	36,75	
Susp. Inj. S.C.			50 U -50 U/mL(3 mL)		
02024322	*Novolin ge 50/50 Penfill*	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	*ACT Repaglinide*	ActavisPhm	100	8,08 ➡	0,0808
02424258	*Auro-Repaglinide*	Aurobindo	100	8,08 ➡	0,0808
			1000	80,80 ➡	0,0808
02239924	*GlucoNorm*	N.Nordisk	90	24,86	0,2762
			100	27,62	0,2762
02354926	*Jamp Repaglinide*	Jamp	100	8,08 ➡	0,0808
02415968	*Repaglinide*	Pro Doc	100	8,08 ➡	0,0808
02357453	*Sandoz Repaglinide*	Sandoz	100	8,08 ➡	0,0808

Co. 1 mg **PPB**

02321483	*ACT Repaglinide*	ActavisPhm	100	8,40 ➡	0,0840
02424266	*Auro-Repaglinide*	Aurobindo	100	8,40 ➡	0,0840
			1000	84,00 ➡	0,0840
02239925	*GlucoNorm*	N.Nordisk	90	25,87	0,2874
			100	28,74	0,2874
02354934	*Jamp Repaglinide*	Jamp	100	8,40 ➡	0,0840
02415976	*Repaglinide*	Pro Doc	100	8,40 ➡	0,0840
02357461	*Sandoz Repaglinide*	Sandoz	100	8,40 ➡	0,0840

Co. 2 mg **PPB**

02321491	*ACT Repaglinide*	ActavisPhm	100	8,73 ➡	0,0873
02424274	*Auro-Repaglinide*	Aurobindo	100	8,73 ➡	0,0873
			1000	87,30 ➡	0,0873
02239926	*GlucoNorm*	N.Nordisk	90	26,85	0,2983
			100	29,83	0,2983
02354942	*Jamp Repaglinide*	Jamp	100	8,73 ➡	0,0873
02415984	*Repaglinide*	Pro Doc	100	8,73 ➡	0,0873
02357488	*Sandoz Repaglinide*	Sandoz	100	8,73 ➡	0,0873

68:20.20
SULFONYLURÉES
GLICLAZIDE Ⓟ

Co. 80 mg **PPB**

02245247	*Apo-Gliclazide*	Apotex	100	9,31 ➡	0,0931
			500	46,55 ➡	0,0931
00765996	*Diamicron*	Servier	60	22,35	0,3725
02287072	*Gliclazide*	Sanis	100	9,31 ➡	0,0931
02238103	*Novo-Gliclazide*	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	*Apo-Gliclazide MR*	Apotex	100	9,31	➡ 0,0931
02242987	*Diamicron MR*	Servier	60	8,43	0,1405
02423286	*Mint-Gliclazide MR*	Mint	100	9,31	➡ 0,0931
02438658	*Mylan-Gliclazide MR*	Mylan	100	9,31	➡ 0,0931
02461323	*Sandoz Gliclazide MR*	Sandoz	60	5,59	➡ 0,0931
			100	9,31	➡ 0,0931
02463571	*Taro-Gliclazide MR*	Sun Pharma	100	9,31	➡ 0,0931
Co. L.A.				60 mg **PPB**	
02407124	*Apo-Gliclazide MR*	Apotex	100	6,32	➡ 0,0632
02356422	*Diamicron MR*	Servier	60	15,17	0,2528
02423294	*Mint-Gliclazide MR*	Mint	100	6,32	➡ 0,0632
02461331	*Sandoz Gliclazide MR*	Sandoz	60	3,79	➡ 0,0632
			100	6,32	➡ 0,0632
02439328	*Taro-Gliclazide MR*	Sun Pharma	100	6,32	➡ 0,0632

GLYBURIDE ℙ

Co.				2,5 mg **PPB**	
01913654	*Apo-Glyburide*	Apotex	100	3,21	➡ 0,0321
			500	16,03	➡ 0,0321
01959352	*Glyburide*	Pro Doc	100	3,21	➡ 0,0321
			500	16,03	➡ 0,0321
02350459	*Glyburide*	Sanis	100	3,21	➡ 0,0321
			500	16,03	➡ 0,0321
01913670	*Teva-Glyburide*	Teva Can	100	3,21	➡ 0,0321
			500	16,03	➡ 0,0321
Co.				5 mg **PPB**	
01913662	*Apo-Glyburide*	Apotex	100	5,73	➡ 0,0573
			500	28,65	➡ 0,0573
02485664	*Glyburide*	Pro Doc	500	28,65	➡ 0,0573
02350467	*Glyburide*	Sanis	100	5,73	➡ 0,0573
			500	28,65	➡ 0,0573
01913689	*Teva-Glyburide*	Teva Can	100	5,73	➡ 0,0573
			500	28,65	➡ 0,0573

68:22.12
GLYCOGÉNOLYTIQUES
GLUCAGON ℙ

Pd. Inj.				1 mg	
02333619	*GlucaGen*	Paladin	1	77,10	
02333627	*GlucaGen HypoKit*	Paladin	1	77,10	
02243297	*Glucagon*	Lilly	1	85,67	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Nasale				3 mg	
02492415	*Baqsimi*[25]	Lilly	1	131,60	

68:24
PARATHYROÏDIENS
CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE) P

Sol. Inj.				200 U/mL	
01926691	*Calcimar Solution*	SanofiAven	2 ml	46,04	

68:28
HORMONES HYPOPHYSAIRES
DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE) P

Co. ou Co. Diss. Orale			0,1 mg ou 0,06 mg	**PPB**		
00824305	*DDAVP*	Ferring	30	39,65		1,3217
02284995	*DDAVP Melt*	Ferring	30	29,73		0,9910
02284030	*Desmopressin*	Apotex	100	33,03	➡	0,3303
02304368	*pms-Desmopressin*	Phmscience	100	33,03	➡	0,3303
Co. ou Co. Diss. Orale			0,2 mg ou 0,12 mg	**PPB**		
00824143	*DDAVP*	Ferring	30	79,30		2,6432
			100	264,32		2,6432
02285002	*DDAVP Melt*	Ferring	30	59,47		1,9823
02284049	*Desmopressin*	Apotex	100	66,07	➡	0,6607
02304376	*pms-Desmopressin*	Phmscience	100	66,07	➡	0,6607
Sol. Inj.			4 mcg/mL (1mL)	**PPB**		
02513579	*Bipazen*	KVR	10	90,00	➡	9,0000
00873993	*DDAVP*	Ferring	10	100,60		10,0600
Sol. Nas.				0,1 mg/mL		
00402516	*DDAVP*	Ferring	2,5 ml	47,20		
Vap. nasal				10 mcg/dose		
02242465	*Desmopressin*	AA Pharma	25 dose(s)	35,40		
			50 dose(s)	70,80		

68:32
PROGESTATIFS
DIÉNOGEST P

Co.				2 mg	**PPB**	
02493055	*Aspen-Dienogest*	Aspen	28	28,65	➡	1,0231
02498189	*JAMP Dienogest*	Jamp	28	28,65	➡	1,0231
02374900	*Visanne*	Bayer	28	55,00		1,9643

25 Le coût de ce produit fait l'objet des garanties du régime général uniquement pour les personnes recevant de l'insuline

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE) 🅿

Co. — 2,5 mg **PPB**

02244726	*Apo-Medroxy*	Apotex	100	4,16	➡ 0,0416
02221284	*Novo-Medrone*	Novopharm	100	4,16	➡ 0,0416

Co. — 5 mg **PPB**

02244727	*Apo-Medroxy*	Apotex	100	8,23	➡ 0,0823
02221292	*Novo-Medrone*	Novopharm	100	8,23	➡ 0,0823
00030937	*Provera*	Pfizer	100	26,25	0,2625

Co. — 10 mg **PPB**

02277298	*Apo-Medroxy*	Apotex	100	16,70	➡ 0,1670
02221306	*Novo-Medrone*	Novopharm	100	16,70	➡ 0,1670

Co. — 100 mg

02267640	*Apo-Medroxy*	Apotex	100	120,57	1,2057

Susp. Inj. I.M. — 150 mg/mL (1 mL)

00585092	*Depo-Provera (fiole)*	Pfizer	1	26,98	
02523493	*Depo-Provera (seringue)*	Pfizer	1	26,98	

MÉGESTROL (ACÉTATE DE) 🅿

Co. — 40 mg

02195917	*Megestrol*	AA Pharma	100	133,40	1,3340

PROGESTÉRONE 🅿

Sol. Inj. Huil. — 50 mg/mL

02446820	*ACT Progesterone Injection*	ActavisPhm	10 ml	58,61	

PROGESTÉRONE MICRONISÉE 🅿

Caps. — 100 mg **PPB**

02493578	*Auro-Progesterone*	Aurobindo	30	20,65	0,6884
			100	68,84	0,6884
02476576	*pms-Progesterone*	Phmscience	30	9,03	➡ 0,3011
			100	30,11	➡ 0,3011
02166704	*Prometrium*	Organon	30	9,03	➡ 0,3011
02463113	*Reddy-Progesterone*	Dr Reddy's	30	9,03	➡ 0,3011
			100	30,11	➡ 0,3011
02439913	*Teva-Progesterone*	Teva Can	30	9,03	➡ 0,3011
			100	30,11	➡ 0,3011

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				200 mg	
02480247	*pms-Progesterone*	Phmscience	30	37,17	1,2391
			100	123,91	1,2391

68:36.04
THYROÏDIENS
LÉVOTHYROXINE SODIQUE Ⓟ

Co.				0,025 mg	
02172062	*Synthroid*	BGP Pharma	90	6,97	0,0774
			1000	71,09	0,0711
Co.				0,05 mg	
02213192	*Eltroxin*	Aspen	500	13,70	0,0274
02172070	*Synthroid*	BGP Pharma	90	4,21	0,0468
			1000	42,53	0,0425
Co.				0,075 mg	
02172089	*Synthroid*	BGP Pharma	90	7,52	0,0836
			1000	76,75	0,0768
Co.				0,088 mg	
02172097	*Synthroid*	BGP Pharma	90	7,52	0,0836
			1000	76,75	0,0768
Co.				0,1 mg	
02213206	*Eltroxin*	Aspen	500	16,82	0,0336
02172100	*Synthroid*	BGP Pharma	90	5,58	0,0620
			1000	56,61	0,0566
Co.				0,112 mg	
02171228	*Synthroid*	BGP Pharma	90	7,96	0,0884
			1000	81,04	0,0810
Co.				0,125 mg	
02172119	*Synthroid*	BGP Pharma	90	8,09	0,0899
			1000	82,41	0,0824
Co.				0,137 mg	
02233852	*Synthroid*	BGP Pharma	90	14,14	0,1571
			1000	157,07	0,1571
Co.				0,15 mg	
02213214	*Eltroxin*	Aspen	500	18,66	0,0373
02172127	*Synthroid*	BGP Pharma	90	5,99	0,0666
			1000	60,82	0,0608

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				0,175 mg	
02172135	*Synthroid*	BGP Pharma	90	8,64	0,0960
			1000	88,06	0,0881
Co.				0,2 mg	
02213222	*Eltroxin*	Aspen	500	19,74	0,0395
02172143	*Synthroid*	BGP Pharma	90	6,41	0,0712
			1000	64,81	0,0648
Co.				0,3 mg	
02172151	*Synthroid*	BGP Pharma	90	8,82	0,0980

LIOTHYRONINE SODIQUE Ⓟ

Co.				5 mcg **PPB**	
01919458	*Cytomel*	Pfizer	100	122,74	1,2274
02494337	*Teva-Liothyronine*	Teva Can	100	109,06 ➡	1,0906
Co.				25 mcg **PPB**	
01919466	*Cytomel*	Pfizer	100	133,41	1,3341
02494345	*Teva-Liothyronine*	Teva Can	100	118,54 ➡	1,1854

68:36.08
ANTITHYROÏDIENS

MÉTHIMAZOLE Ⓟ

Co.				5 mg **PPB**	
02490625	*Jamp Methimazole*	Jamp	100	15,31 ➡	0,1531
02480107	*Mar-Methimazole*	Marcan	100	15,31 ➡	0,1531
00015741	*Tapazole*	Paladin	100	24,73	0,2473

PROPYLTHIOURACILE Ⓟ

Co.				50 mg	
* 02521059	*Halycil*	Accelera	56	28,00	0,5000
			100	50,00	0,5000

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

Pom. Top. — 500 U/g

02351714	*Bacitracin*	Jamp	450 g	44,72	0,0994

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) Ⓟ

Sol. Top. — 1 % **PPB**

02483769	*Solution topique de phosphate de clindamycine*	Teligent	30 ml	➡ 6,78	
			60 ml	➡ 9,15	
02266938	*Taro-Clindamycin*	Taro	30 ml	➡ 6,78	
			60 ml	➡ 9,15	

FUSIDATE DE SODIUM Ⓟ

Pom. Top. — 2 %

00586676	*Fucidin*	Leo	30 g	17,78	0,5927

FUSIDIQUE (ACIDE) Ⓟ

Cr. Top. — 2 %

00586668	*Fucidin*	Leo	30 g	17,78	0,5927

MÉTRONIDAZOLE Ⓟ

Cr. Top. — 1 %

02156091	*Noritate*	Valeant	45 g	24,03	0,5340

Gel Top. — 1 %

02297809	*Metrogel*	Galderma	55 g	33,00	0,6000

MUPIROCINE

Pom. Top. — 2 %

02279983	*Taro-Mupirocin*	Taro	15 g	6,19	0,4125
			30 g	12,38	0,4125

POLYMYXINE B (SULFATE DE)/ BACITRACINE ZINC

Pom. Top. — 10 000 U -500 U/g **PPB**

00621366	*Bioderm*	Odan	15 g	5,04	➡ 0,3360
			30 g	10,08	➡ 0,3360
02357569	*Jampolycin*	Jamp	15 g	5,04	➡ 0,3360

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

84:04.08
ANTIFONGIQUES

CICLOPIROX OLAMINE ℞

Cr. Top. — 1 %

02221802	*Loprox*	Valeant	60 g	18,10	0,3017

Lot. — 1 %

02221810	*Loprox*	Valeant	60 ml	18,13	

CLOTRIMAZOLE

Cr. Top. — 10 mg/g

00812382	*Clotrimaderm*	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	*Clotrimaderm*	Taro	50 g	9,06	

Cr. Vag. (App.) — 2 %

00812374	*Clotrimaderm*	Taro	25 g	9,06	

KÉTOCONAZOLE ℞

Cr. Top. — 2 %

02245662	*Ketoderm*	Taro	30 g	9,50	0,3167

NYSTATINE

Cr. Top. — 100 000 U/g

* 00716871	*Nyaderm*	Taro	454 g	28,60	0,0630

Pom. Top. — 100 000 U/g

02194228	*ratio-Nystatin*	Ratiopharm	30 g	2,71	0,0903

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	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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*	Medexus	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 %

02125447	*R & C Shampoo with conditioner*	Medtech	50 ml 200 ml	5,55 22,19	

84:04.92
AUTRES ANTI-INFECTIEUX LOCAUX

SULFADIAZINE D'ARGENT ℞

Cr. Top. 1 %

00323098	*Flamazine*	S. & N.	20 g 50 g 500 g	4,86 10,96 66,01	0,2430 0,2192 0,1320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

84:06
ANTI-INFLAMMATOIRES
AMCINONIDE

Cr. Top. — 0,1 % **PPB**

02247098	*ratio-Amcinonide*	Ratiopharm	15 g	2,86	0,1907
			30 g	5,73	0,1910
			60 g	11,45	0,1908
02246714	*Taro-Amcinonide*	Taro	15 g	2,86	0,1907
			30 g	5,73	0,1910
			60 g	11,45	0,1908

Lot. — 0,1 %

02247097	*ratio-Amcinonide*	Teva Can	20 ml	4,54	
			60 ml	13,63	

Pom. Top. — 0,1 %

02247096	*ratio-Amcinonide*	Teva Can	15 g	4,73	0,3153
			30 g	9,45	0,3150
			60 g	15,00	0,2500

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Cr. Top. — 0,025 %

02089602	*Propaderm*	Valeant	45 g	19,13	0,4251
			120 g	51,01	0,4251

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Cr. Top. — 0,05 % **PPB**

00323071	*Diprosone*	Organon	50 g	10,23	0,2046
00804991	*ratio-Topisone*	Ratiopharm	15 g	3,07	0,2046
			50 g	10,23	0,2046
01925350	*Taro-Sone*	Taro	50 g	10,23	0,2046

Lot. — 0,05 % **PPB**

00417246	*Diprosone*	Organon	75 ml	14,85	
00809187	*ratio-Topisone*	Ratiopharm	30 ml	5,94	
			75 ml	14,85	

Pom. Top. — 0,05 % **PPB**

00344923	*Diprosone*	Organon	50 g	10,76	0,2152
00805009	*ratio-Topisone*	Ratiopharm	15 g	3,23	0,2152
			50 g	10,76	0,2152
			450 g	96,84	0,2152

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ BASE PROPYLÈNEGLYCOL Pr

Cr. Top. 0,05 %

00849650	*Teva-Topilene*	Teva Can	15 g	7,78	0,5186
			50 g	25,93	0,5186

Lot. 0,05 %

01927914	*Teva-Topilene*	Teva Can	30 ml	8,09	
			60 ml	16,18	

Pom. Top. 0,05 % **PPB**

00629367	*Diprolène*	Organon	50 g	25,93	➡ 0,5186
00849669	*Teva-Topilene*	Teva Can	15 g	7,78	➡ 0,5186
			50 g	25,93	➡ 0,5186

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ SALICYLIQUE (ACIDE) Pr

Lot. 0,05 % -2 %

02245688	*ratio-Topisalic*	Teva Can	30 ml	10,57	
			60 ml	21,14	

Pom. Top. 0,05 % -3 %

00578436	*Diprosalic Pommade*	Organon	50 g	34,96	0,6992

BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE DISODIQUE DE) Pr

Sol. Rect. 5 mg/ 100 mL

02060884	*Betnesol*	Paladin	100 ml	8,79	

BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE) Pr

Cr. Top. 0,05 %

* 00716618	*Bétaderm*	Taro	454 g	27,06	0,0596

Cr. Top. 0,1 %

* 00716626	*Bétaderm*	Taro	454 g	40,36	0,0889

Lot. 0,05 %

00653209	*ratio-Ectosone*	Teva Can	60 ml	11,40	

Lot. 0,1 %

00750050	*ratio-Ectosone*	Teva Can	60 ml	15,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Lot. Cap.				0,1 % **PPB**	
00716634	*Bétaderm*	Taro	75 ml	➡ 6,39	
00653217	*ratio-Ectosone*	Ratiopharm	30 ml	➡ 2,56	
			75 ml	➡ 6,39	
Pom. Top.				0,05 %	
* 00716642	*Bétaderm*	Taro	454 g	27,06	0,0596
Pom. Top.				0,1 %	
* 00716650	*Bétaderm*	Taro	454 g	40,36	0,0889

BUDÉSONIDE 🅿

Sol. Rect.				0,02 mg/mL	
02052431	*Entocort*	AZC	115 ml	8,24	

CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE) 🅿

Cr. Top.				0,05 % **PPB**	
02213265	*Dermovate*	Taro	15 g	10,23	0,6820
			50 g	32,56	0,6512
02024187	*Mylan-Clobétasol*	Mylan	50 g	11,40	➡ 0,2279
02309521	*pms-Clobetasol*	Phmscience	50 g	11,40	➡ 0,2279
02245523	*Taro-Clobetasol*	Taro	15 g	3,42	➡ 0,2279
			50 g	11,40	➡ 0,2279
			454 g	103,47	➡ 0,2279
01910272	*Teva-Clobetasol*	Teva Can	15 g	3,42	➡ 0,2279
			50 g	11,40	➡ 0,2279
			450 g	102,56	➡ 0,2279
Lot. Cap.				0,05 % **PPB**	
02213281	*Dermovate Capillaire*	Taro	60 ml	34,11	
02216213	*Mylan-Clobétasol*	Mylan	60 ml	➡ 11,94	
02232195	*pms-Clobetasol*	Phmscience	60 ml	➡ 11,94	
02245522	*Taro-Clobetasol*	Taro	60 ml	➡ 11,94	
01910299	*Teva-Clobetasol*	Teva Can	20 ml	➡ 3,98	
			60 ml	➡ 11,94	
Pom. Top.				0,05 % **PPB**	
02213273	*Dermovate*	Taro	15 g	10,23	0,6820
			50 g	32,56	0,6512
02026767	*Mylan-Clobétasol*	Mylan	50 g	11,40	➡ 0,2279
02309548	*pms-Clobetasol*	Phmscience	50 g	11,40	➡ 0,2279
02245524	*Taro-Clobetasol*	Taro	15 g	3,42	➡ 0,2279
			50 g	11,40	➡ 0,2279
01910280	*Teva-Clobetasol*	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

CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)

Cr. Top. 0,05 %

02214415	*Spectro Eczemacare medicated cream*	GSK CONS	30 g	11,45	0,3817

DÉSONIDE Ⓟ

Cr. Top. 0,05 %

02229315	*PDP-Desonide*	Pendopharm	15 g	3,92	0,2613
			60 g	15,66	0,2610

Pom. Top. 0,05 %

02229323	*PDP-Desonide*	Pendopharm	60 g	15,66	0,2610

DÉSOXIMÉTASONE Ⓟ

Cr. Top. (Emol.) 0,05 %

02221918	*Topicort Doux*	Valeant	20 g	9,08	0,4540
			60 g	22,97	0,3828

Cr. Top. (Emol.) 0,25 %

02221896	*Topicort*	Valeant	20 g	13,08	0,6540
			60 g	34,59	0,5765

Gel Top. 0,05 %

02221926	*Topicort*	Valeant	60 g	26,82	0,4470

Pom. Top. 0,25 %

02221934	*Topicort*	Valeant	60 g	34,59	0,5765

FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE) Ⓟ

Huile Top. 0,01 %

00873292	*Derma-Smoothe/FS*	Hill	118 ml	29,15	

Pom. Top. 0,025 %

02162512	*Synalar Régulier*	Valeant	60 g	25,85	0,4308

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FLUOCINONIDE ℞

Cr. Top. 0,05 % **PPB**

02161923	*Lidex Crème*	Valeant	60 g	14,27	➡ 0,2378
			400 g	95,12	➡ 0,2378
00716863	*Lyderm*	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	*Lidémol Crème Émollient*	Valeant	30 g	5,94	➡ 0,1980
			100 g	19,80	➡ 0,1980
00598933	*Tiamol*	Taro	25 g	4,95	➡ 0,1980
			100 g	19,80	➡ 0,1980

Gel Top. 0,05 %

02236997	*Lyderm*	Taro	60 g	18,45	0,3075

Pom. Top. 0,05 % **PPB**

02161966	*Lidex Onguent*	Valeant	60 g	18,21	➡ 0,3035
02236996	*Lyderm*	Taro	60 g	18,21	➡ 0,3035

HYDROCORTISONE

Cr. Top. 1 % **PPB**

80078409	*Alta-HC 1 %*	Altamed	15 g	1,48	➡ 0,0987
			30 g	4,50	➡ 0,1500
80073687	*Cell Hydrocortisone*	Cellchem	15 g	1,48	➡ 0,0987
80061697	*Cortivera Plus*	Vanc Phm	15 g	1,48	➡ 0,0987
00192597	*Emo-Cort*	GSK	45 g	7,42	0,1649
02412926	*Euro-Hydrocortisone*	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	*Jamp-Hydrocortisone*	Jamp	30 g	4,50	➡ 0,1500
	Cream 1 %		45 g	4,45	➡ 0,0988
			454 g	39,00	0,0859
80066164	*M-HC 1%*	Mantra Ph.	45 g	4,45	➡ 0,0988
			454 g	17,70	➡ 0,0390
80066167	*M-HC 1% Protection*	Mantra Ph.	30 g	4,50	➡ 0,1500

HYDROCORTISONE ℞

Cr. Top. 2,5 %

02469421	*Sandoz Hydrocortisone*	Sandoz	45 g	14,95	0,3322
			225 g	74,75	0,3322

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

HYDROCORTISONE

Lot. 1 % **PPB**

80057191	*Jamp-Hydrocortisone Lotion 1 %*	Jamp	60 ml	➡ 7,15	
			150 ml	➡ 17,87	
80066168	*M-HC 1% lotion*	Mantra Ph.	60 ml	➡ 7,15	

Pom. Top. 1 % **PPB**

00716693	*Cortoderm*	Taro	454 g	17,70	➡ 0,0390
80057193	*Jamp-Hydrocortisone 1%*	Jamp	454 g	17,70	➡ 0,0390

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

Cr. Top. 1 % **PPB**

00716839	*Hyderm*	Taro	15 g	3,20	0,2133
			500 g	18,20	➡ 0,0364
80057178	*Jamp-HC Crème 1%*	Jamp	15 g	2,09	➡ 0,1392
			500 g	18,20	➡ 0,0364
80066165	*M-HC Acetate 1%*	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	*Anodan-HC*	Odan	15 g	5,78	➡ 0,3850
			30 g	11,55	➡ 0,3850
02387239	*JampZinc - HC*	Jamp	15 g	5,78	➡ 0,3850
			30 g	11,55	➡ 0,3850

Supp. 10 mg

02236399	*Anodan-HC*	Odan	12	11,41	0,9506
			24	22,81	0,9506

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')/ URÉE

Cr. Top. 1 % -10 % **PPB**

00681989	*Dermaflex HC*	Paladin	120 g	14,77	➡ 0,1231
			225 g	27,70	➡ 0,1231
80061501	*Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Cream*	Jamp	120 g	14,77	➡ 0,1231
			225 g	27,70	➡ 0,1231
80073645	*M-HC 1% Urea 10% cream*	Mantra Ph.	120 g	14,77	➡ 0,1231

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Lot.				1 % -10 % **PPB**	
00681997	*Dermaflex HC*	Paladin	150 ml	➡ 12,75	
80061502	*Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Lotion*	Jamp	150 ml	➡ 12,75	

MOMÉTASONE (FUROATE DE) 🅿

Cr. Top.				0,1 % **PPB**	
00851744	*Elocom*	Organon	15 g	9,45	0,6300
			50 g	29,80	0,5960
02367157	*Taro-Mométasone*	Taro	15 g	7,89	➡ 0,5260
			50 g	26,31	➡ 0,5262
Lot.				0,1 % **PPB**	
00871095	*Elocom*	Organon	75 ml	32,09	
02266385	*Taro-Mometasone Lotion*	Taro	30 ml	➡ 9,37	
			75 ml	➡ 23,43	
Pom. Top.				0,1 % **PPB**	
00851736	*Elocom*	Organon	50 g	28,77	0,5754
02248130	*ratio-Mométasone*	Ratiopharm	15 g	3,38	➡ 0,2252
			50 g	11,26	➡ 0,2252

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) 🅿

Cr. Top.				0,1 % **PPB**	
02194058	*Aristocort R*	Valeant	30 g	3,90	➡ 0,1300
			500 g	26,65	0,0533
00716960	*Triaderm*	Taro	500 g	25,32	➡ 0,0506
Cr. Top.				0,5 %	
02194066	*Aristocort C*	Valeant	15 g	17,28	1,1520
			50 g	57,60	1,1520
Pom. Top.				0,1 %	
02194031	*Aristocort R*	Valeant	30 g	3,90	0,1300
Pom. Top. (Orale)				0,1 %	
01964054	*Oracort*	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	*Crème à l'urée*	Cellchem	50 g	2,40	➡	0,0479
80023775	*JamUrea 20*	Jamp	225 g	10,78	➡	0,0479
80079151	*M-Urea 20*	Mantra Ph.	100 g	4,79	➡	0,0479
			225 g	10,78	➡	0,0479
00396125	*Urisec*	Odan	120 g	5,75	➡	0,0479
			225 g	11,69		0,0520
			454 g	21,75	➡	0,0479

84:32
KÉRATOPLASTIQUES
GOUDRON MINÉRAL/ SALICYLIQUE (ACIDE)

Gel Top. — 10 % -3 %

*	00510335	*Targel S.A.*	Odan	100 g	15,35	**R**

84:92
PEAU ET MUQUEUSES, DIVERS
ACITRÉTINE Ⓟ

Caps. — 10 mg **PPB**

02468840	*Mint-Acitretin*	Mint	30	38,90	➡	1,2965
02070847	*Soriatane*	Aralez	30	38,90	➡	1,2965
02466074	*Taro-Acitretin*	Taro	30	38,90	➡	1,2965

Caps. — 25 mg **PPB**

02468859	*Mint-Acitretin*	Mint	30	68,31	➡	2,2770
02070863	*Soriatane*	Aralez	30	68,31	➡	2,2770
02466082	*Taro-Acitretin*	Taro	30	68,31	➡	2,2770

CALCIPOTRIOL Ⓟ

Pom. Top. — 50 mcg/g

01976133	*Dovonex*	Leo	100 g	73,37	0,7337
			120 g	88,04	0,7337

CALCITRIOL Ⓟ

Pom. Top. — 3 mcg/g

02338572	*Silkis*	Galderma	60 g	40,80	0,6800

FLUOROURACILE Ⓟ

Cr. Top. — 5 %

00330582	*Efudex*	Valeant	40 g	32,00	0,8000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

GEL HYDROCOLLOIDAL
Gel Top.

00921084	*DuoDERM Gel*	Convatec	30 g	6,64	0,2213

HYDROGEL
Gel Top.

99100795	*Cutimed Gel*	BSN Med	15 g	2,95	0,1967
			25 g	3,93	0,1572
99100365	*Nu-Gel*	KCI	15 g	2,58	0,1720
			25 g	4,31	0,1724
99100152	*Purilon Gel*	Coloplast	8 g	2,25	0,2813
			15 g	3,15	0,2100
99100192	*Tegaderm 3M - Hydrogel pour plaies*	3M Canada	15 g	2,74	0,1827
99100300	*Woun'dres*	Coloplast	28 g	3,70	0,1321
			84 g	8,98	0,1069

ISOTRÉTINOÏNE Ⓟ
Caps. 10 mg **PPB**

00582344	*Accutane 10*	Roche	30	27,94	➡	0,9313
02257955	*Clarus*	Mylan	30	27,94	➡	0,9313

Caps. 40 mg **PPB**

00582352	*Accutane 40*	Roche	30	57,01	➡	1,9003
02257963	*Clarus*	Mylan	30	57,01	➡	1,9003

PROPYLÈNE GLYCOL/ CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE
Gel Top. 20 % -3 %

00907936	*Intrasite*	S. & N.	8 g	2,73	0,3413
			15 g	3,70	0,2467
			25 g	5,74	0,2296

ZINC (OXYDE DE)
Band. 7,5 cm X 6 m

01907603	*Viscopaste PB7*	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

OXYBUTYNINE (CHLORURE D') R

Co.				2,5 mg	
02240549	*pms-Oxybutynin*	Phmscience	100	13,72	0,1372

Co.				5 mg **PPB**		
02163543	*Apo-Oxybutynin*	Apotex	100	9,86	➡	0,0986
			500	49,30	➡	0,0986
02230394	*Novo-Oxybutynin*	Novopharm	100	9,86	➡	0,0986
			500	49,30	➡	0,0986
02350238	*Oxybutynin*	Sanis	100	9,86	➡	0,0986
			500	49,30	➡	0,0986
02240550	*pms-Oxybutynin*	Phmscience	100	9,86	➡	0,0986
			500	49,30	➡	0,0986
02299364	*Riva-Oxybutynin*	Riva	100	9,86	➡	0,0986
			500	49,30	➡	0,0986

PROPIVÉRINE (CHLORHYDRATE DE) R

Co.				5 mg	
02460289	*Mictoryl Pédiatrique*[21]	Duchesnay	28	10,36	0,3700

SOLIFÉNACINE (SUCCINATE DE) R

Co.				5 mg **PPB**		
02446375	*Auro-Solifenacin*	Aurobindo	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02516519	*Bio-Solifenacin*	Biomed	30	9,12	➡	0,3041
02424339	*Jamp-Solifenacin*	Jamp	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02417723	*pms-Solifenacin*	Phmscience	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02493039	*PRZ-Solifenacin*	Pharmaris	90	27,37	➡	0,3041
02437988	*Ran-Solifenacin*	Ranbaxy	100	30,41	➡	0,3041
			500	152,05	➡	0,3041
02399032	*Sandoz Solifenacin*	Sandoz	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02458144	*Solifenacin*	Pro Doc	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02458241	*Solifenacin*	Sanis	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02397900	*Teva-Solifenacin*	Teva Can	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02277263	*Vesicare*	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**	
02446383	*Auro-Solifenacin*	Aurobindo	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02516527	*Bio-Solifenacin*	Biomed	30	9,12	➡ 0,3041
02424347	*Jamp-Solifenacin*	Jamp	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02417731	*pms-Solifenacin*	Phmscience	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02493047	*PRZ-Solifenacin*	Pharmaris	90	27,37	➡ 0,3041
02437996	*Ran-Solifenacin*	Ranbaxy	100	30,41	➡ 0,3041
			500	152,05	➡ 0,3041
02399040	*Sandoz Solifenacin*	Sandoz	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02458152	*Solifenacin*	Pro Doc	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02458268	*Solifenacin*	Sanis	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02397919	*Teva-Solifenacin*	Teva Can	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02277271	*Vesicare*	Astellas	30	45,00	1,5000
			90	135,00	1,5000

TOLTÉRODINE (L-TARTRATE DE) 🅿

Caps. L.A.				2 mg **PPB**	
02244612	*Detrol LA*	Upjohn	30	56,76	1,8920
			90	170,28	1,8920
02413140	*Sandoz Tolterodine LA*	Sandoz	30	14,73	➡ 0,4910
			100	49,10	➡ 0,4910
02412195	*Teva-Tolterodine LA*	Teva Can	30	14,73	➡ 0,4910
			100	49,10	➡ 0,4910
Caps. L.A.				4 mg **PPB**	
02244613	*Detrol LA*	Upjohn	30	56,76	1,8920
			90	170,28	1,8920
02413159	*Sandoz Tolterodine LA*	Sandoz	30	14,73	➡ 0,4910
			100	49,10	➡ 0,4910
02412209	*Teva-Tolterodine LA*	Teva Can	30	14,73	➡ 0,4910
			100	49,10	➡ 0,4910
Co.				1 mg **PPB**	
02239064	*Detrol*	Upjohn	60	56,76	0,9460
02496836	*Jamp Tolterodine*	Jamp	60	14,73	➡ 0,2455
			100	24,55	➡ 0,2455
02423308	*Mint-Tolterodine*	Mint	100	24,55	➡ 0,2455
02299593	*Teva-Tolterodine*	Teva Can	60	14,73	➡ 0,2455

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg **PPB**	
02239065	*Detrol*	Upjohn	60	56,76	0,9460
02496844	*Jamp Tolterodine*	Jamp	60	14,73 ➡	0,2455
			100	24,55 ➡	0,2455
02423316	*Mint-Tolterodine*	Mint	100	24,55 ➡	0,2455
02299607	*Teva-Tolterodine*	Teva Can	60	14,73 ➡	0,2455

86:16
RESPIRATOIRES
THÉOPHYLLINE

Co. L.A.				100 mg	
00692689	*Theo LA*	AA Pharma	100	16,24	0,1624
Co. L.A.				200 mg	
00692697	*Theo LA*	AA Pharma	100	18,05	0,1805
Co. L.A.				400 mg	
02360101	*Theo ER*	AA Pharma	100	33,62	0,3362
Co. L.A.				600 mg	
02360128	*Theo ER*	AA Pharma	100	40,72	0,4072
Elix.				80 mg/15 mL	
00627410	*Théophylline*	Atlas	500 ml	1,76	0,0035

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. — 1 mg/mL **PPB**

01987003	*Cyanocobalamine*	Sterimax	10 ml	➡ 2,78	
02413795	*Cyanocobalamine Injectable, USP*	Mylan	10 ml	➡ 2,78	
02420147	*Jamp-Cyanocobalamin*	Jamp	10 ml	➡ 2,78	
00521515	*Vitamine B 12*	Sandoz	10 ml	3,06	

FOLIQUE (ACIDE)

Co. — 1 mg **PPB**

80000695	*Euro-Folic*	Sandoz	100	1,49	➡ 0,0149
80053274	*Jamp-Folic Acid*	Jamp	500	7,45	➡ 0,0149
80061488	*M-Folique 1 mg*	Mantra Ph.	500	7,45	➡ 0,0149

FOLIQUE (ACIDE) Ⓟ

Co. — 5 mg **PPB**

02285673	*Euro-Folic*	Sandoz	1000	19,80	➡ 0,0198
02366061	*Jamp-Acide Folique*	Jamp	1000	19,80	➡ 0,0198

FOLIQUE (ACIDE)

Sol. Inj. — 5 mg/mL

02139480	*Acide folique injectable, USP*	Fresenius	10 ml	16,40	

NIACINE

Co. — 500 mg **PPB**

00557412	*Jamp-Niacine*	Jamp	100	4,50	➡ 0,0450
			500	22,50	➡ 0,0450
01939130	*Niacine*	Odan	100	7,50	0,0750

PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. — 25 mg **PPB**

80002890	*Jamp Vitamine B6*	Jamp	1000	18,30	➡ 0,0183
80056458	*M-B6 25 mg*	Mantra Ph.	500	9,15	➡ 0,0183
80049803	*Opus Vitamine B6*	Opus	500	9,15	➡ 0,0183
			1000	18,30	➡ 0,0183

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. 50 mg **PPB**

02245506	*Euro-B1*	Sandoz	500	35,00	➡ 0,0700
80009633	*Jamp-Vitamine B1*	Jamp	500	35,00	➡ 0,0700
80054199	*M-B1 50 mg*	Mantra Ph.	500	35,00	➡ 0,0700
80049777	*Opus Vitamine B1*	Opus	500	35,00	➡ 0,0700

Co. 100 mg **PPB**

80106545	*AG-Vitamine B1*	Angita	500	64,68	➡ 0,1294
80009588	*Jamp-Vitamine B1*	Jamp	500	64,68	➡ 0,1294
80054205	*M-B1 100 mg*	Mantra Ph.	500	64,68	➡ 0,1294
80049780	*Opus Vitamine B1*	Opus	500	64,68	➡ 0,1294

Sol. Inj. 100 mg/mL

02193221	*Thiamiject*	Oméga	10 ml	11,88	

88:16
VITAMINES D

ALFACALCIDOL Ⓟ

Caps. 0,25 mcg

00474517	*One-Alpha*	Cheplaphar	100	42,45	0,4245

Caps. 1 mcg

00474525	*One-Alpha*	Cheplaphar	100	127,07	1,2707

Sol. Inj. I.V. 2 mcg/mL

02242502	*One-Alpha*	Cheplaphar	0,5 ml	7,99	
			1 ml	15,98	

Sol. Orale 2 mcg/mL

02240329	*One-Alpha*	Cheplaphar	20 ml	99,66	4,9830

CALCITRIOL Ⓟ

Caps. 0,25 mcg **PPB**

02495899	*Calcitriol Capsules*	Strides	100	23,41	➡ 0,2341
02431637	*Calcitriol-Odan*	Odan	100	23,41	➡ 0,2341
00481823	*Rocaltrol*	Search Phm	100	69,60	0,6960
02485710	*Taro-Calcitriol*	Taro	90	21,07	➡ 0,2341

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				0,50 mcg **PPB**	
02495902	*Calcitriol Capsules*	Strides	100	37,23 ➡	0,3723
02431645	*Calcitriol-Odan*	Odan	100	37,23 ➡	0,3723
00481815	*Rocaltrol*	Search Phm	100	110,69	1,1069
02485729	*Taro-Calcitriol*	Taro	90	33,51 ➡	0,3723

CHOLÉCALCIFÉROL Ⓟ

Caps.				2 000 UI	
02442256	*Luxa-D*	Orimed	100	6,93	0,0693

Co. ou Caps.				10 000 UI **PPB**	
02498944	*AG-Vitamin D*	Angita	60	12,60 ➡	0,2100
			250	52,50 ➡	0,2100
00821772	*D-Tabs*	Riva	60	12,60 ➡	0,2100
			250	52,50 ➡	0,2100
02253178	*Euro D 10 000*	Sandoz	60	12,60 ➡	0,2100
02379007	*Jamp-Vitamine D*	Jamp	60	12,60 ➡	0,2100
			500	105,00 ➡	0,2100
02449099	*Jamp-Vitamine D*	Jamp	100	21,00 ➡	0,2100
02417685	*Vidextra*	Orimed	60	12,60 ➡	0,2100
02417995	*Vitamine D 10 000*	Pro Doc	60	12,60 ➡	0,2100
			250	52,50 ➡	0,2100

ERGOCALCIFÉROL Ⓟ

Caps.				50 000 U	
02237450	*D-Forte*	Sandoz	100	19,86	0,1986

Sol. Orale				8 288 UI/mL **PPB**	
* 80003615	*Erdol*	Odan	60 ml	12,80	**R**
80020776	*Jamp-D2-Dol*	Jamp	60 ml	➡ 12,80	

VITAMINE D

Caps.				800 UI **PPB**	
80003010	*Euro D 800*	Sandoz	100	6,00 ➡	0,0600
80007769	*Jamp-Vitamine D*	Jamp	500	30,00 ➡	0,0600
80039160	*Opus D-800*	Opus	500	30,00 ➡	0,0600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. ou Co.				1 000 UI	**PPB**
80089250	*Bio-Vitamine D3*	Biomed	500	35,00	0,0700
80007766	*D-Gel-1000*	Jamp	500	35,00	0,0700
80003707	*Euro-D 1000*	Sandoz	500	35,00	0,0700
80055204	*M-D1000 Gel*	Mantra Ph.	500	35,00	0,0700
80027592	*Opus D-1000*	Opus	500	35,00	0,0700
80051562	*Riva-D 1000*	Riva	500	35,00	0,0700
80106651	*Riva-D Gelcaps 1000*	Riva	500	35,00	0,0700
80063899	*Vit D 1000 gel*	Altamed	500	35,00	0,0700
80068574	*Vitamin D3 Softgel*	Cellchem	100	7,00	0,0700
80100940	*Vitamine D 1000*	Angita	500	35,00	0,0700
Co. ou Caps.				400 UI	**PPB**
80090840	*Bio-Vitamine D3 400*	Biomed	500	15,00	0,0300
02242651	*Euro D 400*	Sandoz	100	3,00	0,0300
			500	15,00	0,0300
80006629	*Jamp-Vitamine D (Caps.)*	Jamp	500	15,00	0,0300
02240624	*Jamp-Vitamine D (Co.)*	Jamp	500	15,00	0,0300
80055196	*M-D400 Gel*	Mantra Ph.	500	15,00	0,0300
80039163	*Opus D-400*	Opus	500	15,00	0,0300
80005560	*Riva-D*	Riva	100	3,00	0,0300
			500	15,00	0,0300
80105615	*Riva-D Gelcaps 400*	Riva	500	15,00	0,0300
80063895	*Vit D 400 gel*	Altamed	500	15,00	0,0300
Sol. Orale				400 UI/dose	**PPB**
80001869	*Ddrops pour bébé*	D Drops	90 dose(s)	9,90	
00762881	*D-VI-SOL*	M.J.	50 dose(s)	5,50	
80019649	*Jamp-D3-Dol*	Jamp	90 dose(s)	9,90	
80003038	*Jamp-Vitamine D*	Jamp	50 dose(s)	5,50	
80004595	*PediaVIT D*	Exzell	50	5,50	
80077066	*Pediavit Vitamine D3*	Exzell	60 dose(s)	6,60	

88:24
VITAMINES K
PHYTONADIONE

Sol. Inj. I.M.				2 mg/mL	
00781878	*Vitamine K 1*	Sandoz	0,5 ml	5,30	
Sol. Inj. I.M.				10 mg/mL	
00804312	*Vitamine K 1*	Sandoz	1 ml	5,88	

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	*Pediavit Multi*	Exzell	50 ml	➡ 9,36	
00762903	*Tri-Vi-Sol*	M.J.	50 ml	➡ 9,36	

Sol. Orale — 1 500 U -400 U -30 mg/mL **PPB**

80008471	*Jamp-Vitamines A-D-C*	Jamp	50 ml	➡ 9,36	
02229790	*Pediavit*	Euro-Pharm	50 ml	➡ 9,36	

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

92:40 Antagonistes de la gonadolibérine (GnRH)

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 GLYCERINÉS D')

Sol. Inj. — Doses d'entretien (10 mL)

99101105	*Monovalent*	Allergo	1	245,00	
99101113	*Polyvalent*	Allergo	1	245,00	

Sol. Inj. — Ensemble de traitement (10 mL)

99101106	*Monovalent*	Allergo	4	245,00	
99101114	*Polyvalent*	Allergo	4	245,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCERINÉS NON NORMALISÉS ET NORMALISÉS D')

Sol. Inj. — Doses d'entretien (10 mL)

99101124	*Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.*	Allergo	1	245,00	

Sol. Inj. — Ensemble de traitement (10 mL)

99101125	*Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.*	Allergo	4	245,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCERINÉS NORMALISÉS D')

Sol. Inj. — Doses d'entretien (10 mL)

99113892	*Monovalent*	Stallergen	1	245,00	
02247757	*Monovalent non-Pollen*	Oméga	1	265,00	
99101107	*Monovalent standardisé*	Allergo	1	245,00	
99100062	*Monovalent-Acariens*	Oméga	1	265,00	
99101109	*Monovalent-Acariens standardisé*	Allergo	1	245,00	
99100063	*Monovalent-Chat*	Oméga	1	265,00	
99101111	*Monovalent-Chat standardisé*	Allergo	1	245,00	
02247754	*Monovalent-Pollen*	Oméga	1	265,00	
99113896	*Polyvalent*	Stallergen	1	245,00	
99100067	*Polyvalent - Pollen*	Oméga	1	265,00	
99100068	*Polyvalent - Pollens - Acariens*	Oméga	1	265,00	
99100066	*Polyvalent non-Pollen*	Oméga	1	265,00	
99101118	*Polyvalent standardisé*	Allergo	1	245,00	
99100064	*Polyvalent-Acariens*	Oméga	1	265,00	
99101120	*Polyvalent-Acariens standardisé*	Allergo	1	245,00	
99100065	*Polyvalent-Chat*	Oméga	1	265,00	
99101122	*Polyvalent-Chats standardisé*	Allergo	1	245,00	
99101115	*Polyvalent-Pollens-Acariens standardisé*	Allergo	1	245,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			Ensemble de traitement (10 mL)		
99113893	*Monovalent*	Stallergen	4	245,00	
99100074	*Monovalent non-Pollen*	Oméga	4	265,00	
99101108	*Monovalent standardisé*	Allergo	4	245,00	
99100061	*Monovalent-Acariens*	Oméga	3	265,00	
99101110	*Monovalent-Acariens standardisé*	Allergo	4	245,00	
99100073	*Monovalent-Chat*	Oméga	3	265,00	
99101112	*Monovalent-Chat standardisé*	Allergo	4	245,00	
99100075	*Monovalent-Pollen*	Oméga	4	265,00	
99113895	*Polyvalent*	Stallergen	4	245,00	
99100079	*Polyvalent - Pollen*	Oméga	4	265,00	
99100080	*Polyvalent - Pollens - Acariens*	Oméga	4	265,00	
99100078	*Polyvalent non-Pollen*	Oméga	4	265,00	
99101117	*Polyvalent Pollens Acariens standardisé*	Allergo	4	245,00	
99101119	*Polyvalent standardisé*	Allergo	4	245,00	
99100076	*Polyvalent-Acariens*	Oméga	3	265,00	
99101121	*Polyvalent-Acariens standardisé*	Allergo	4	245,00	
99100077	*Polyvalent-Chat*	Oméga	4	265,00	
99101123	*Polyvalent-Chats standardisé*	Allergo	4	245,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS PRÉCIPITÉS À L'ALUN)

Sol. Inj.			Doses d'entretien (5 mL)		
99101143	*Présaisonnier - Arbres, Graminées et Herbes à poux*	Allergo	1	265,00	
99101147	*Présaisonnier - Graminées et Herbes à poux*	Allergo	1	265,00	
99101149	*Présaisonnier - Herbes à poux*	Allergo	1	265,00	
99101141	*Présaisonnier- Arbres*	Allergo	1	265,00	
99101151	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	Allergo	1	265,00	
99101155	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	Allergo	3	265,00	88,3333
99100070	*Présaisonnier- Arbres, Graminées, Herbe à poux*	Oméga	3	278,00	92,6667
99100071	*Présaisonnier- Graminées et Herbe à poux*	Oméga	3	278,00	92,6667
99100072	*Présaisonnier- Herbe à poux*	Oméga	3	278,00	92,6667
99113924	*Présaisonnier Monovalent*	Stallergen	1	265,00	
99113932	*Présaisonnier Polyvalent*	Stallergen	1	265,00	
99101145	*Présaisonnier-Graminées*	Allergo	1	265,00	
00889784	*Suspal- Monovalent-Acariens*	Oméga	1	278,00	
00889792	*Suspal- Polyvalent-Acariens*	Oméga	1	278,00	
00861367	*Suspal-Monovalent*	Oméga	1	278,00	
00861375	*Suspal-Polyvalent*	Oméga	1	278,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			Doses d'entretien (10 mL)		
99113934	*Perennial Monovalent*	Stallergen	1	278,00	
99113925	*Perennial Polyvalent*	Stallergen	1	278,00	
99113928	*Présaisonnier Monovalent*	Stallergen	1	278,00	
99113930	*Présaisonnier Polyvalent*	Stallergen	1	278,00	
00908614	*Suspal- Monovalent-Acariens*	Oméga	1	278,00	
00889814	*Suspal- Polyvalent-Acariens*	Oméga	1	278,00	
00861332	*Suspal-Monovalent*	Oméga	1	278,00	
00861359	*Suspal-Polyvalent*	Oméga	1	278,00	
Sol. Inj.			Ensemble de traitement (5 mL)		
99101144	*Présaisonnier - Arbres, Graminées et Herbes à poux*	Allergo	3	265,00	
99101148	*Présaisonnier - Graminées et Herbes à poux*	Allergo	3	265,00	
99101150	*Présaisonnier - Herbes à poux*	Allergo	3	265,00	
99101142	*Présaisonnier- Arbres*	Allergo	3	265,00	
99101153	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	Allergo	3	265,00	
99113923	*Présaisonnier Monovalent*	Stallergen	4	265,00	
99113931	*Présaisonnier Polyvalent*	Stallergen	4	265,00	
99101146	*Présaisonnier-Graminées*	Allergo	3	265,00	
00889822	*Suspal- Monovalent-Acariens*	Oméga	3	278,00	
99000458	*Suspal- Polyvalent-Acariens*	Oméga	3	278,00	
00861286	*Suspal-Monovalent*	Oméga	3	278,00	
00861405	*Suspal-Polyvalent*	Oméga	3	278,00	
Sol. Inj.			Ensemble de traitement (8 mL)		
99113913	*Présaisonnier- Arbres*	Oméga	1	278,00	
99100625	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	Oméga	1	278,00	278,0000
99100083	*Présaisonnier- Arbres, Graminées, Herbe à poux*	Oméga	1	278,00	
99100082	*Présaisonnier- Graminées et Herbe à poux*	Oméga	1	278,00	278,0000
99113914	*Présaisonnier- Graminés*	Oméga	1	278,00	
99113915	*Présaisonnier- Herbe à poux*	Oméga	1	278,00	
Sol. Inj.			Ensemble de traitement (10 mL)		
99113921	*Perennial Monovalent*	Stallergen	4	278,00	
99113926	*Perennial Polyvalent*	Stallergen	4	278,00	
99113927	*Présaisonnier Monovalent*	Stallergen	4	278,00	
99113929	*Présaisonnier Polyvalent*	Stallergen	4	278,00	
00889849	*Suspal- Monovalent-Acariens*	Oméga	3	278,00	
00889857	*Suspal- Polyvalent-Acariens*	Oméga	3	278,00	
00861308	*Suspal-Monovalent*	Oméga	3	278,00	
00861316	*Suspal-Polyvalent*	Oméga	3	278,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ALLERGÈNES(EXTRAITS AQUEUX D')

Sol. Inj. — Doses d'entretien (5 mL)

00861170	*Monovalent*	Oméga	1	265,00	
99000415	*Monovalent-Acariens*	Oméga	1	265,00	
00861189	*Polyvalent*	Oméga	1	265,00	

Sol. Inj. — Doses d'entretien (10 mL)

00861227	*Monovalent*	Oméga	1	265,00	
99000431	*Monovalent-Acariens*	Oméga	1	265,00	
00861251	*Polyvalent*	Oméga	1	265,00	

Sol. Inj. — Ensemble de traitement (5 mL)

00861073	*Monovalent*	Oméga	3	265,00	
00889733	*Monovalent-Acariens*	Oméga	3	265,00	
02247756	*Polyvalent*	Oméga	3	265,00	
00889741	*Polyvalent-Acariens*	Oméga	3	265,00	

Sol. Inj. — Ensemble de traitement (10 mL)

00861138	*Monovalent*	Oméga	3	265,00	
00889768	*Monovalent-Acariens*	Oméga	3	265,00	
00861162	*Polyvalent*	Oméga	3	265,00	
00889776	*Polyvalent-Acariens*	Oméga	3	265,00	

DILUANT À L'ALBUMINE

Sol. — 0,03 %

02283735	*Diluant albumine*	ALK-Abello	4,5 ml	1,82	
			9 ml	2,04	

PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES

Pd. Inj. — 1,1 mg

99100225	*Abeille domestique*	ALK-Abello	1	350,00	
99100226	*Frelon à tête blanche*	ALK-Abello	1	350,00	
99100227	*Frelon Jaune*	ALK-Abello	1	350,00	
99100228	*Guêpe de l'est*	ALK-Abello	1	350,00	
99100229	*Guêpe poliste*	ALK-Abello	1	350,00	

Pd. Inj. — 1,3 mg

99100017	*Guêpe (Polistes Spp.)*	Oméga	1	634,40	
99100018	*Guêpe de l'est (vespula maculifrons)*	Oméga	1	634,40	

Pd. Inj. — 3,3 mg

99100230	*Vespidés combinés*	ALK-Abello	1	625,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.				3,9 mg	
99100026	*Vespidés combinés*	Oméga	1	1122,40	
Pd. Inj.				120 mcg	
99004038	*Frelon à tête blanche*	ALK-Abello	6	160,05	26,6750
99100270	*Frelon à tête jaune*	Oméga	6	414,80	69,1333
99004011	*Frelon Jaune*	ALK-Abello	6	160,05	26,6750
99004046	*Guêpe*	ALK-Abello	6	171,79	28,6317
99100278	*Guêpe (Polistes Spp.)*	Oméga	6	414,80	69,1333
99100279	*Guêpe à taches blanches dolichovespula maculata*	Oméga	6	414,80	69,1333
99100280	*Guêpe de l'est (vespula maculifrons)*	Oméga	6	414,80	69,1333
99004054	*Guêpe jaune*	ALK-Abello	6	162,19	27,0317
99004062	*Venin d'abeille*	ALK-Abello	6	119,51	19,9183
01948911	*Venin d'abeille (apis mellifera)*	Allergy	6	105,00	17,5000
Pd. Inj.				360 mcg	
99004070	*Vespidés combinés*	ALK-Abello	6	308,37	51,3950
99100281	*Vespidés combinés*	Oméga	6	741,76	123,6267
Pd. Inj.				550 mcg	
99100266	*Frelon à tête blanche*	Oméga	1	317,20	
99100267	*Frelon à tête jaune*	Oméga	1	317,20	
99100268	*Guêpe (Polistes Spp.)*	Oméga	1	317,20	
99100269	*Guêpe de l'est (vespula maculifrons)*	Oméga	1	317,20	
99100282	*Venin d'abeille (apis mellifera)*	Oméga	1	317,20	
Pd. Inj.				1 650 mcg	
99100284	*Vespidés combinés*	Oméga	1	561,20	

VENINS D'HYMÉNOPTÈRES

Pd. Inj.				1,3 mg	
99100021	*Venin d'abeille (apis mellifera)*	Oméga	1	634,40	
Pd. Inj.				120 mcg	
00541435	*Venin d'abeille (apis mellifera)*	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	*Ichthopaste*	S. & N.	1	7,02	

92:08
INHIBITEURS DE LA 5-ALPHA-RÉDUCTASE
DUTASTÉRIDE Ⓟ

Caps. 0,5 mg **PPB**

02412691	*ACT Dutasteride*	ActavisPhm	30	9,08	➡	0,3027
			100	30,27	➡	0,3027
02404206	*Apo-Dutasteride*	Apotex	30	9,08	➡	0,3027
			100	30,27	➡	0,3027
02469308	*Auro-Dutasteride*	Aurobindo	30	9,08	➡	0,3027
			100	30,27	➡	0,3027
02247813	*Avodart*	GSK	30	48,12		1,6040
02421712	*Dutasteride*	Pro Doc	30	9,08	➡	0,3027
			100	30,27	➡	0,3027
02443058	*Dutasteride*	Sanis	30	9,08	➡	0,3027
			100	30,27	➡	0,3027
02429012	*Dutasteride*	Sivem	30	9,08	➡	0,3027
			100	30,27	➡	0,3027
02484870	*Jamp-Dutasteride*	Jamp	30	9,08	➡	0,3027
			90	27,24	➡	0,3027
02416298	*Med-Dutasteride*	GMP	30	9,08	➡	0,3027
			90	27,24	➡	0,3027
02428873	*Mint-Dutasteride*	Mint	30	9,08	➡	0,3027
02393220	*pms-Dutasteride*	Phmscience	30	9,08	➡	0,3027
			100	30,27	➡	0,3027
02490587	*Priva-Dutasteride*	Pharmapar	30	9,08	➡	0,3027
02427753	*Riva-Dutasteride*	Riva	30	9,08	➡	0,3027
			90	27,24	➡	0,3027
02424444	*Sandoz Dutasteride*	Sandoz	30	9,08	➡	0,3027
			100	30,27	➡	0,3027
02408287	*Teva-Dutasteride*	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**	
02374404	*AG-Finasteride*	Angita	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138
02365383	*Apo-Finasteride*	Apotex	30	12,41	➡ 0,4138
02405814	*Auro-Finasteride*	Aurobindo	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138
02355043	*Finasteride*	Accord	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138
02350270	*Finasteride*	Pro Doc	30	12,41	➡ 0,4138
02445077	*Finasteride*	Sanis	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138
02447541	*Finasteride*	Sivem	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138
02357224	*Jamp-Finasteride*	Jamp	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138
02389878	*Mint-Finasteride*	Mint	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138
02348500	*Novo-Finasteride*	Teva Can	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138
02310112	*pms-Finasteride*	Phmscience	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138
02010909	*Proscar*	Organon	30	53,98	1,7993
02455013	*Riva-Finasteride*	Riva	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138
02322579	*Sandoz Finasteride*	Sandoz	30	12,41	➡ 0,4138
			100	41,38	➡ 0,4138

92:12
ANTIDOTES
FOLINIQUE (ACIDE) ℞

Co.				5 mg **PPB**	
02170493	*Leucovorin*	Pfizer	24	133,90	5,5793
			100	557,93	5,5793
02496828	*Mint-Leucovorin*	Mint	24	88,26	➡ 3,6776
			100	367,76	➡ 3,6776
02493357	*Riva Leucovorin*	Riva	24	88,26	➡ 3,6776

92:16
ANTIGOUTTEUX
ALLOPURINOL ℞

Co.				100 mg **PPB**	
00555681	*Allopurinol-100*	Pro Doc	100	7,80	➡ 0,0780
			1000	78,00	➡ 0,0780
02402769	*Apo-Allopurinol*	Apotex	100	7,80	➡ 0,0780
			1000	78,00	➡ 0,0780
02421593	*Jamp-Allopurinol*	Jamp	100	7,80	➡ 0,0780
			1000	78,00	➡ 0,0780
02396327	*Mar-Allopurinol*	Marcan	100	7,80	➡ 0,0780
			1000	78,00	➡ 0,0780
00402818	*Zyloprim*	AA Pharma	100	7,80	➡ 0,0780
			1000	78,00	➡ 0,0780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				200 mg	**PPB**
02130157	*Allopurinol-200*	Pro Doc	100	13,00	0,1300
			500	65,00	0,1300
02402777	*Apo-Allopurinol*	Apotex	100	13,00	0,1300
			500	65,00	0,1300
02421607	*Jamp-Allopurinol*	Jamp	100	13,00	0,1300
			500	65,00	0,1300
02396335	*Mar-Allopurinol*	Marcan	100	13,00	0,1300
			500	65,00	0,1300
00479799	*Zyloprim*	AA Pharma	100	13,00	0,1300
			500	65,00	0,1300

Co.				300 mg	**PPB**
00555703	*Allopurinol-300*	Pro Doc	100	21,25	0,2125
			500	106,25	0,2125
02402785	*Apo-Allopurinol*	Apotex	100	21,25	0,2125
			500	106,25	0,2125
02421615	*Jamp-Allopurinol*	Jamp	100	21,25	0,2125
			500	106,25	0,2125
02396343	*Mar-Allopurinol*	Marcan	100	21,25	0,2125
			500	106,25	0,2125
00402796	*Zyloprim*	AA Pharma	100	21,25	0,2125
			500	106,25	0,2125

COLCHICINE P

Co.				0,6 mg	**PPB**
00572349	*Colchicine*	Odan	100	25,65	0,2565
			500	128,25	0,2565
02373823	*Jamp-Colchicine*	Jamp	100	25,65	0,2565
			500	128,25	0,2565
02402181	*pms-Colchicine*	Phmscience	100	25,65	0,2565
00287873	*Sandoz Colchicine*	Sandoz	100	25,65	0,2565

92:24
INHIBITEURS DE LA RÉSORPTION OSSEUSE
ALENDRONATE MONOSODIQUE P

Co.				5 mg	**PPB**
02381478	*Alendronate monosodique*	Accord	28	21,33	0,7617
02248727	*Apo-Alendronate*	Apotex	30	22,85	0,7617
			100	76,17	0,7617
02248251	*Teva-Alendronate*	Teva Can	30	22,85	0,7617
			100	76,17	0,7617

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg **PPB**	
02381486	*Alendronate monosodique*	Accord	28	12,06	➡ 0,4308
02248728	*Apo-Alendronate*	Apotex	30	12,92	➡ 0,4308
			100	43,08	➡ 0,4308
02388545	*Auro-Alendronate*	Aurobindo	100	43,08	➡ 0,4308
02288087	*Sandoz Alendronate*	Sandoz	30	12,92	➡ 0,4308
			90	38,77	➡ 0,4308
02247373	*Teva-Alendronate*	Teva Can	30	12,92	➡ 0,4308
			100	43,08	➡ 0,4308
Co.				70 mg **PPB**	
02485184	*AG-Alendronate*	Angita	4	8,41	➡ 2,1014
02352966	*Alendronate*	Sanis	4	8,41	➡ 2,1014
			50	105,07	➡ 2,1014
02299712	*Alendronate*	Sivem	4	8,41	➡ 2,1014
			50	105,07	➡ 2,1014
02381494	*Alendronate monosodique*	Accord	4	8,41	➡ 2,1014
02303078	*Alendronate-70*	Pro Doc	4	8,41	➡ 2,1014
02248730	*Apo-Alendronate*	Apotex	4	8,41	➡ 2,1014
			100	210,14	➡ 2,1014
02388553	*Auro-Alendronate*	Aurobindo	4	8,41	➡ 2,1014
02245329	*Fosamax*	Organon	4	38,62	9,6550
02385031	*Jamp-Alendronate*	Jamp	4	8,41	➡ 2,1014
02394871	*Mint-Alendronate*	Mint	4	8,41	➡ 2,1014
02261715	*Novo-Alendronate*	Novopharm	4	8,41	➡ 2,1014
			50	105,07	➡ 2,1014
+ 02523116	*NRA-Alendronate*	Nora	4	8,41	➡ 2,1014
02284006	*pms-Alendronate FC*	Phmscience	4	8,41	➡ 2,1014
			30	63,04	➡ 2,1014
02270889	*Riva-Alendronate*	Riva	4	8,41	➡ 2,1014
			50	105,07	➡ 2,1014
02288109	*Sandoz Alendronate*	Sandoz	4	8,41	➡ 2,1014
			30	63,04	➡ 2,1014

ALENDRONATE/CHOLÉCALCIFÉROL 🅿

Co.				70 mg - 140 mcg (5 600 UI) **PPB**	
02454475	*Apo-Alendronate/Vitamin D3*	Apotex	4	4,87	➡ 1,2174
02314940	*Fosavance*	Organon	4	18,17	4,5425
02429160	*Sandoz Alendronate/ Cholecalciferol*	Sandoz	4	4,87	➡ 1,2174

CLODRONATE DISODIQUE 🅿

Caps.				400 mg	
02245828	*Clasteon*	Sunovion	120	145,00	1,2083

ÉTIDRONATE DISODIQUE 🅿

Co.				200 mg	
02248686	*ACT Etidronate*	ActavisPhm	100	35,68	0,3568

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉTIDRONATE DISODIQUE/ CALCIUM (CARBONATE DE) Ⓟ

Co. 400 mg - Ca+500 mg (14 co. - 76 co.)

02263866	*Co Etidrocal*	Cobalt	90	19,99	0,2221

PAMIDRONATE DISODIQUE Ⓟ

Sol. Perf. I.V. 30 mg **PPB**

02244550	*Pamidronate Disodique pour injection*	Pfizer	1	➡ 30,32	
02246597	*Pamidronate Disodium Injection*	Fresenius	1	➡ 30,32	

Sol. Perf. I.V. 60 mg **PPB**

02244551	*Pamidronate Disodique pour injection*	Pfizer	1	➡ 90,36	
02246598	*Pamidronate Disodium Injection*	Fresenius	1	➡ 90,36	
02249677	*Pamidronate Disodium Omega*	Oméga	1	➡ 90,36	

Sol. Perf. I.V. 90 mg **PPB**

02244552	*Pamidronate Disodique pour injection*	Pfizer	1	➡ 90,95	
02246599	*Pamidronate Disodium Injection*	Fresenius	1	➡ 90,95	
02249685	*Pamidronate Disodium Omega*	Oméga	1	➡ 90,95	

RISÉDRONATE SODIQUE Ⓟ

Co. 5 mg

02298376	*Teva-Risedronate*	Teva Can	30	31,58	1,0527

Co. 30 mg

02298384	*Novo-Risedronate*	Novopharm	30	177,00	5,9000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				35 mg **PPB**	
02246896	*Actonel*	Warner	4	39,05	9,7625
02353687	*Apo-Risedronate*	Apotex	4	7,91	➡ 1,9787
02406306	*Auro-Risedronate*	Aurobindo	4	7,91	➡ 1,9787
			28	55,40	➡ 1,9787
02368552	*Jamp-Risedronate*	Jamp	4	7,91	➡ 1,9787
02298392	*Novo-Risedronate*	Novopharm	4	7,91	➡ 1,9787
			30	59,36	➡ 1,9787
02302209	*pms-Risedronate*	Phmscience	4	7,91	➡ 1,9787
			30	59,36	➡ 1,9787
02347474	*Risedronate*	Pro Doc	4	7,91	➡ 1,9787
02370255	*Risedronate*	Sanis	4	7,91	➡ 1,9787
			30	59,36	➡ 1,9787
02411407	*Risedronate-35*	Sivem	4	7,91	➡ 1,9787
			30	59,36	➡ 1,9787
02341077	*Riva-Risedronate*	Riva	4	7,91	➡ 1,9787
			30	59,36	➡ 1,9787
02327295	*Sandoz Risedronate*	Sandoz	4	7,91	➡ 1,9787
			30	59,36	➡ 1,9787

92:28
AGENTS CARIOSTATIQUES
FLUORURE DE SODIUM

Co. Croq.				2,2 mg (F-1 mg)	
00575569	*Fluor-A-Day*	Phmscience	120	6,09	0,0508

92:36
ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE
LÉFLUNOMIDE 🅿

Co.				10 mg **PPB**	
02256495	*Apo-Leflunomide*	Apotex	30	79,30	➡ 2,6433
02241888	*Arava*	SanofiAven	30	299,70	9,9900
02415828	*Leflunomide*	Pro Doc	30	79,30	➡ 2,6433
02351668	*Leflunomide*	Sanis	30	79,30	➡ 2,6433
02261251	*Novo-Leflunomide*	Novopharm	30	79,30	➡ 2,6433
			100	264,33	➡ 2,6433
02283964	*Sandoz Leflunomide*	Sandoz	30	79,30	➡ 2,6433

Co.				20 mg **PPB**	
02256509	*Apo-Leflunomide*	Apotex	30	79,30	➡ 2,6433
02241889	*Arava*	SanofiAven	30	304,24	10,1413
02415836	*Leflunomide*	Pro Doc	30	79,30	➡ 2,6433
02351676	*Leflunomide*	Sanis	30	79,30	➡ 2,6433
02261278	*Novo-Leflunomide*	Novopharm	30	79,30	➡ 2,6433
			100	264,33	➡ 2,6433
02283972	*Sandoz Leflunomide*	Sandoz	30	79,30	➡ 2,6433

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

92:40
ANTAGONISTES DE LA GONADOLIBÉRINE (GNRH)

CÉTRORÉLIX

Pd. Inj. S.C. — 0,25 mg

02247766	*Cetrotide*	Serono	1	90,00	

GANIRELIX

Sol. Inj. S.C. (ser) — 250 mcg/0,5 mL

02245641	*Orgalutran*	Organon	1	94,71	

92:44
IMMUNOSUPPRESSEURS

AZATHIOPRINE

Co. — 50 mg **PPB**

02242907	*Apo-Azathioprine*	Apotex	100	24,05 ➡	0,2405
02243371	*Azathioprine-50*	Pro Doc	100	24,05 ➡	0,2405
00004596	*Imuran*	Aspen	100	94,53	0,9453
02236819	*Teva-Azathioprine*	Teva Can	100	24,05 ➡	0,2405
			500	120,23 ➡	0,2405

CYCLOSPORINE

Caps. — 10 mg

02237671	*Neoral*	Novartis	60	37,43	0,6238

Caps. — 25 mg

02495805	*Cyclosporine Capsules*	Strides	30	29,85	0,9950
02150689	*Neoral*	Novartis	30	43,50	1,4500
02247073	*Sandoz Cyclosporine*	Sandoz	30	29,85	0,9950

Caps. — 50 mg

02495821	*Cyclosporine Capsules*	Strides	30	58,20	1,9400
02150662	*Neoral*	Novartis	30	84,81	2,8270
02247074	*Sandoz Cyclosporine*	Sandoz	30	58,20	1,9400

Caps. — 100 mg

02495813	*Cyclosporine Capsules*	Strides	30	116,44	3,8813
02150670	*Neoral*	Novartis	30	169,68	5,6560
02242821	*Sandoz Cyclosporine*	Sandoz	30	116,44	3,8813

Sol. Orale — 100 mg/mL

02150697	*Neoral*	Novartis	50 ml	251,38	5,0276

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MYCOPHÉNOLATE MOFÉTIL Pr

Caps. 250 mg **PPB**

02352559	*Apo-Mycophenolate*	Apotex	100	37,12	➡	0,3712
02192748	*Cellcept*	Roche	100	206,20		2,0620
02386399	*Jamp-Mycophenolate*	Jamp	100	37,12	➡	0,3712
02383780	*Mofétilmycophénolate*	Accord	100	37,12	➡	0,3712
02457369	*Mycophenolate Mofetil*	Sanis	100	37,12	➡	0,3712
02320630	*Sandoz Mycophenolate Mofetil*	Sandoz	50	18,56	➡	0,3712
			100	37,12	➡	0,3712
02364883	*Teva-Mycophenolate*	Teva Can	100	37,12	➡	0,3712

Co. 500 mg **PPB**

02352567	*Apo-Mycophenolate*	Apotex	50	37,12	➡	0,7423
02237484	*Cellcept*	Roche	50	206,20		4,1240
02380382	*Jamp-Mycophenolate*	Jamp	50	37,12	➡	0,7423
02378574	*Mofétilmycophénolate*	Accord	50	37,12	➡	0,7423
02457377	*Mycophenolate Mofetil*	Sanis	50	37,12	➡	0,7423
02389754	*Ran-Mycophenolate*	Ranbaxy	50	37,12	➡	0,7423
			100	74,23	➡	0,7423
02313855	*Sandoz Mycophenolate Mofetil*	Sandoz	50	37,12	➡	0,7423
02348675	*Teva-Mycophenolate*	Teva Can	50	37,12	➡	0,7423

Susp. Orale 200 mg/mL **PPB**

02242145	*Cellcept*	Roche	175 ml	288,68	
02522233	*Mar-Mycophenolate Mofetil*	Marcan	175 ml	➡ 244,70	

MYCOPHÉNOLATE SODIQUE Pr

Co. Ent. 180 mg **PPB**

02372738	*Apo-Mycophenolic Acid*	Apotex	120	119,87	➡	0,9989
02511673	*Mar-Mycophenolic Acid*	Marcan	120	119,87	➡	0,9989
02518538	*Mycophenolic Acid*	Jamp	120	119,87	➡	0,9989
02264560	*Myfortic*	Novartis	120	239,72		1,9977

Co. Ent. 360 mg **PPB**

02372746	*Apo-Mycophenolic Acid*	Apotex	120	239,72	➡	1,9977
02511681	*Mar-Mycophenolic Acid*	Marcan	120	239,72	➡	1,9977
02518511	*Mycophenolic Acid*	Jamp	120	239,72	➡	1,9977
02264579	*Myfortic*	Novartis	120	479,44		3,9953

SIROLIMUS Pr

Co. 1 mg

02247111	*Rapamune*	Pfizer	100	751,96	7,5196

Sol. Orale 1 mg/mL

02243237	*Rapamune*	Pfizer	60 ml	451,16	7,5193

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TACROLIMUS P

Caps. 0,5 mg **PPB**

02243144	*Prograf*	Astellas	100	197,00	1,9700
02416816	*Sandoz Tacrolimus*	Sandoz	100	147,75 ➡	1,4775

Caps. 1 mg **PPB**

02175991	*Prograf*	Astellas	100	249,95	2,4995
02416824	*Sandoz Tacrolimus*	Sandoz	100	189,00 ➡	1,8900

Caps. 5 mg **PPB**

02175983	*Prograf*	Astellas	100	1249,85	12,4985
02416832	*Sandoz Tacrolimus*	Sandoz	100	946,50 ➡	9,4650

Caps. L.A. 0,5 mg

02296462	*Advagraf*	Astellas	50	98,50	1,9700

Caps. L.A. 1 mg

02296470	*Advagraf*	Astellas	50	124,97	2,4994

Caps. L.A. 3 mg

02331667	*Advagraf*	Astellas	50	374,91	7,4982

Caps. L.A. 5 mg

02296489	*Advagraf*	Astellas	50	624,92	12,4984

Co. L.A. 0,75 mg

02485877	*Envarsus PA*	Paladin	100	200,00	2,0000

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

92:92
AUTRES AGENTS THÉRAPEUTIQUES

BÉTAÏNE (ANHYDRE) P

Pd. Orale 1 g/1,7 mL

02238526	*Cystadane*	RRDC	180 g	839,93	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) ℞

CO L.A.				150 mg	
02238441	*Zyban*[4]	Valeant	100	84,86	0,8486

CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE) ℞

Co.				50 mg **PPB**	
00704431	*Androcur*	Bayer	60	84,00 ➡	1,4000
02245898	*Cyprotérone*	AA Pharma	100	140,00 ➡	1,4000
02390760	*Med-Cyproterone*	GMP	60	84,00 ➡	1,4000
			100	140,00 ➡	1,4000
02395797	*Riva-Cyproterone*	Riva	60	84,00 ➡	1,4000

Pd. Inj. I.M.				100 mg/mL	
00704423	*Androcur Dépôt*	Bayer	3 ml	78,85	

LACTOSE

Co.				100 mg	
* 00501190	*Placébo*	Odan	100	14,95	**R**

LANRÉOTIDE (ACÉTATE DE) ℞

Sol. Inj. S.C. (ser)				60 mg/0,3 mL	
02283395	*Somatuline Autogel*	Ipsen	1	1102,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)				90 mg/0,3 mL	
02283409	*Somatuline Autogel*	Ipsen	1	1470,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)				120 mg/0,5 mL	
02283417	*Somatuline Autogel*	Ipsen	1	1840,00	

OCTRÉOTIDE (ACÉTATE D') ℞

Sol. Inj.				50 mcg/mL **PPB**	
02248639	*Octréotide Acétate Oméga*	Oméga	1 ml	➡ 4,01	
00839191	*Sandostatin*	Novartis	1 ml	5,05	

Sol. Inj.				100 mcg/mL **PPB**	
02248640	*Octréotide Acétate Oméga*	Oméga	1 ml	➡ 7,56	
00839205	*Sandostatin*	Novartis	1 ml	9,54	

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
Sol. Inj.				200 mcg/mL	
* 02248642	*Octréotide Acétate Oméga*	Oméga	5 ml	72,77	
Susp. Inj. I.M.				10 mg **PPB**	
02503751	*Octréotide pour suspension injectable*	Teva Can	1	➡ 990,70	
02239323	*Sandostatin LAR*	Novartis	1	1211,00	
Susp. Inj. I.M.				20 mg **PPB**	
02503778	*Octréotide pour suspension injectable*	Teva Can	1	➡ 1279,94	
02239324	*Sandostatin LAR*	Novartis	1	1615,40	
Susp. Inj. I.M.				30 mg **PPB**	
02503786	*Octréotide pour suspension injectable*	Teva Can	1	➡ 1642,14	
02239325	*Sandostatin LAR*	Novartis	1	2022,00	

PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE) 🅿

Caps.				100 mg	
02029448	*Elmiron*	Janss. Inc	100	131,40	1,3140

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	*Apo-Abiraterone*	Apotex	60	459,38	➡	7,6563
02502305	*Jamp Abiraterone*	Jamp	120	918,76	➡	7,6563
02503980	*Mar-Abiraterone*	Marcan	120	918,76	➡	7,6563
02494132	*Nat-Abiraterone*	Natco	120	918,76	➡	7,6563
02492601	*pms-Abiraterone*	Phmscience	120	918,76	➡	7,6563
02477114	*Reddy-Abiraterone*	Dr Reddy's	120	918,76	➡	7,6563
02486393	*Sandoz Abiraterone*	Sandoz	120	918,76	➡	7,6563
02371065	*Zytiga*	Janss. Inc	120	3400,00		28,3333

Co. — 500 mg **PPB**

02491400	*Apo-Abiraterone*	Apotex	60	918,75	➡	15,3125
02503999	*Mar-Abiraterone*	Marcan	60	918,75	➡	15,3125
02501503	*pms-Abiraterone*	Phmscience	60	918,75	➡	15,3125
02521644	*Sandoz Abiraterone*	Sandoz	60	918,75	➡	15,3125
02457113	*Zytiga*	Janss. Inc	60	3400,00		56,6667

ABOBOTULINUMTOXINA

Pd. Inj. — 300 U

02460203	*Dysport Therapeutic*	Ipsen	1	385,56	

Pd. Inj. — 500 U

02456117	*Dysport Therapeutic*	Ipsen	1	642,60	

ACALABRUTINIB

Caps. — 100 mg

02491788	*Calquence*	AZC	60	8158,50	135,9750

ACAMPROSATE

Co. L.A. — 333 mg

02293269	*Campral*	Mylan	84	67,20	0,8000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ACIDE OBÉTICHOLIQUE ℞

Co. 5 mg

02463121	*Ocaliva*	Intercept	30	2958,90	98,6301

Co. 10 mg

02463148	*Ocaliva*	Intercept	30	2958,90	98,6301

ADALIMUMAB ℞

Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,4 mL)

02511061	*Abrilada (seringue)*	Pfizer	2	471,27	235,6350
02459310	*Amgevita (seringue)*	Amgen	1	235,64	
02502380	*Hulio (seringue)*	BGP Pharma	2	471,27	235,6350
02505258	*Hyrimoz (seringue)*	Sandoz	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)

02511053	*Abrilada (seringue)*	Pfizer	2	942,54	471,2700
02511045	*Abrilada (stylo)*	Pfizer	2	942,54	471,2700
02459299	*Amgevita (seringue)*	Amgen	2	942,54	471,2700
02459302	*Amgevita (stylo)*	Amgen	2	942,54	471,2700
02473097	*Hadlima (seringue)*	Organon	2	942,54	471,2700
02473100	*Hadlima PushTouch (stylo)*	Organon	2	942,54	471,2700
02502399	*Hulio (seringue)*	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
02502682	*Idacio (seringue)*	Fresenius	2	942,54	471,2700
02502674	*Idacio (stylo)*	Fresenius	2	942,54	471,2700

Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)

02523949	*Simlandi (seringue)*	Jamp	2	942,54	471,2700
02523957	*Simlandi (stylo)*	Jamp	2	942,54	471,2700
02523760	*Yuflyma (seringue)*	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700
02523779	*Yuflyma (stylo)*	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700

Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)

02523965	*Simlandi (seringue)*	Jamp	1	942,54	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ADALIMUMAB (HIDRADÉNITE SUPPURÉE) ℙ

Sol. Inj. S.C. — 50 mg/mL (0,4 mL)

+ 99114035	*Amgevita (seringue)*	Amgen	1	235,64	
+ 99114041	*Hulio (seringue)*	BGP Pharma	2	471,27	235,6350
+ 99114048	*Hyrimoz (seringue)*	Sandoz	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C. — 50 mg/mL (0,8 mL)

+ 99114033	*Abrilada (seringue)*	Pfizer	2	942,54	471,2700
+ 99114034	*Abrilada (stylo)*	Pfizer	2	942,54	471,2700
+ 99114046	*Amgevita (seringue)*	Amgen	2	942,54	471,2700
+ 99114047	*Amgevita (stylo)*	Amgen	2	942,54	471,2700
+ 99114040	*Hadlima (seringue)*	Organon	2	942,54	471,2700
+ 99114039	*Hadlima PushTouch (stylo)*	Organon	2	942,54	471,2700
+ 99114042	*Hulio (seringue)*	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
+ 99114043	*Hulio (stylo)*	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
+ 99114049	*Hyrimoz (seringue)*	Sandoz	2	942,54	471,2700
+ 99114050	*Hyrimoz (stylo)*	Sandoz	2	942,54	471,2700

ADÉFOVIR DIPIVOXIL ℙ

Co. — 10 mg **PPB**

02420333	*AA-Adefovir*	AA Pharma	30	547,55	➡	18,2517
02247823	*Hepsera*	Gilead	30	696,73		23,2243

AFATINIB (DIMALÉATE D') ℙ

Co. — 20 mg

02415666	*Giotrif*	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000

Co. — 30 mg

02415674	*Giotrif*	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000

Co. — 40 mg

02415682	*Giotrif*	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000

AFLIBERCEPT ℙ

Sol. Inj. — 40 mg/mL (0,278 mL)

02415992	*Eylea*	Bayer	1	1418,00	

Sol. Inj. (ser) — 40 mg/mL (0,177 mL)

02505355	*Eylea*	Bayer	1	1418,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ALECTINIB (CHLORHYDRATE D') R

Caps. 150 mg

02458136	*Alecensaro*	Roche	240	10119,99	42,1666

ALEMTUZUMAB R

Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (1,2 mL)

02418320	*Lemtrada*	Genzyme	1	9970,00	

ALGLUCOSIDASE ALPHA R

Pd. Perf. I.V. 50 mg

02284863	*Myozyme*	Genzyme	1	840,31	

ALIROCUMAB R

Sol. Inj. S.C. 75 mg/mL

02453819	*Praluent (stylo)*	SanofiAven	2	512,42	256,2100

Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL

02453835	*Praluent (stylo)*	SanofiAven	2	512,42	256,2100

ALISKIRÈNE R

Co. 150 mg

02302063	*Rasilez*	Noden	28	32,31	1,1539

Co. 300 mg

02302071	*Rasilez*	Noden	28	32,31	1,1539

ALITRÉTINOÏNE R

Caps. 30 mg **PPB**

02477440	*Hanzema*	Dr Reddy's	30	509,60	➡ 16,9868
02337649	*Toctino*	Janss. Inc	30	532,71	17,7570

ALOGLIPTINE (BENZOATE D') R

Co. 6,25 mg

02417189	*Nesina*	Takeda	28	58,80	2,1000

Co. 12,5 mg

02417197	*Nesina*	Takeda	28	58,80	2,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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
Co.				10 mg **PPB**		
02475383	*Apo-Ambrisentan*	Apotex	30	3189,86	➡	106,3287
02307073	*Volibris*	GSK	30	3600,00		120,0000

AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D') ⊕

Caps. L.A.				5 mg **PPB**		
02439239	*ACT Amphetamine XR*	ActavisPhm	100	53,72	➡	0,5372
02248808	*Adderall XR*	Takeda	100	205,78		2,0578
02445492	*Apo-Amphetamine XR*	Apotex	100	53,72	➡	0,5372
02440369	*pms-Amphetamines XR*	Phmscience	100	53,72	➡	0,5372
02457288	*Sandoz Amphetamine XR*	Sandoz	100	53,72	➡	0,5372
Caps. L.A.				10 mg **PPB**		
02439247	*ACT Amphetamine XR*	ActavisPhm	100	61,05	➡	0,6105
02248809	*Adderall XR*	Takeda	100	233,86		2,3386
02445506	*Apo-Amphetamine XR*	Apotex	100	61,05	➡	0,6105
02440377	*pms-Amphetamines XR*	Phmscience	100	61,05	➡	0,6105
02457296	*Sandoz Amphetamine XR*	Sandoz	100	61,05	➡	0,6105
Caps. L.A.				15 mg **PPB**		
02439255	*ACT Amphetamine XR*	ActavisPhm	100	68,38	➡	0,6838
02248810	*Adderall XR*	Takeda	100	261,94		2,6194
02445514	*Apo-Amphetamine XR*	Apotex	100	68,38	➡	0,6838
02440385	*pms-Amphetamines XR*	Phmscience	100	68,38	➡	0,6838
02457318	*Sandoz Amphetamine XR*	Sandoz	100	68,38	➡	0,6838

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps. L.A. 20 mg **PPB**

02439263	*ACT Amphetamine XR*	ActavisPhm	100	75,72	➡ 0,7572
02248811	*Adderall XR*	Takeda	100	290,01	2,9001
02445522	*Apo-Amphetamine XR*	Apotex	100	75,72	➡ 0,7572
02440393	*pms-Amphetamines XR*	Phmscience	100	75,72	➡ 0,7572
02457326	*Sandoz Amphetamine XR*	Sandoz	100	75,72	➡ 0,7572

Caps. L.A. 25 mg **PPB**

02439271	*ACT Amphetamine XR*	ActavisPhm	100	83,05	➡ 0,8305
02248812	*Adderall XR*	Takeda	100	318,09	3,1809
02445530	*Apo-Amphetamine XR*	Apotex	100	83,05	➡ 0,8305
02440407	*pms-Amphetamines XR*	Phmscience	100	83,05	➡ 0,8305
02457334	*Sandoz Amphetamine XR*	Sandoz	100	83,05	➡ 0,8305

Caps. L.A. 30 mg **PPB**

02439298	*ACT Amphetamine XR*	ActavisPhm	100	90,38	➡ 0,9038
02248813	*Adderall XR*	Takeda	100	346,18	3,4618
02445549	*Apo-Amphetamine XR*	Apotex	100	90,38	➡ 0,9038
02440415	*pms-Amphetamines XR*	Phmscience	100	90,38	➡ 0,9038
02457342	*Sandoz Amphetamine XR*	Sandoz	100	90,38	➡ 0,9038

APALUTAMIDE 🅿

Co. 60 mg

02478374	*Erleada*	Janss. Inc	120	3401,40	28,3450

APIXABAN 🅿

Co. 2,5 mg

02377233	*Eliquis*	B.M.S.	60	96,00	1,6000

Co. 5 mg

02397714	*Eliquis*	B.M.S.	60	96,00	1,6000
			180	288,00	1,6000

APOMORPHINE (CHLORHYDRATE D') 🅿

Film S-Ling. 10 mg

02500264	*Kynmobi*	Sunovion	30	258,00	8,6000

Film S-Ling. 15 mg

02500272	*Kynmobi*	Sunovion	30	258,00	8,6000

Film S-Ling. 20 mg

02500280	*Kynmobi*	Sunovion	30	258,00	8,6000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Film S-Ling.				25 mg	
02500299	*Kynmobi*	Sunovion	30	258,00	8,6000
Film S-Ling.				30 mg	
02500302	*Kynmobi*	Sunovion	30	258,00	8,6000
Sol. Inj. S.C. (stylo)				10 mg/mL (3 mL)	
02459132	*Movapo*	Paladin	5	214,76	42,9520

APREMILAST Pr

Co.		10 mg (4 co.) - 20 mg (4 co.) - 30 mg (19 co.)			
02434318	*Otezla (Emballage de départ)*	Amgen	27	510,41	
Co.				30 mg	
02434334	*Otezla*	Amgen	56	1058,63	18,9041

APRÉPITANT Pr

Caps.				80 mg	
02298791	*Emend*	Merck	2	60,36	30,1800
Caps.				125 mg	
02298805	*Emend*	Merck	6	181,08	30,1800
Caps.		125mg (1 caps.) et 80mg (2 caps.)			
02298813	*Emend Tri-Pack*	Merck	3	90,54	

ATOMOXÉTINE (CHLORHYDRATE D') Pr

Caps.				10 mg **PPB**	
02318024	*Apo-Atomoxetine*	Apotex	30	15,32 ➡	0,5106
02396904	*Atomoxetine*	Pro Doc	30	15,32 ➡	0,5106
02467747	*Atomoxetine*	Sanis	30	15,32 ➡	0,5106
02445883	*Atomoxetine*	Sivem	30	15,32 ➡	0,5106
02471485	*Auro-Atomoxetine*	Aurobindo	30	15,32 ➡	0,5106
			100	51,06 ➡	0,5106
02314541	*Novo-Atomoxetine*	Teva Can	30	15,32 ➡	0,5106
02381028	*pms-Atomoxetine*	Phmscience	30	15,32 ➡	0,5106
02405962	*Riva-Atomoxetine*	Riva	30	15,32 ➡	0,5106
			100	51,06 ➡	0,5106
02386410	*Sandoz Atomoxetine*	Sandoz	30	15,32 ➡	0,5106
02262800	*Strattera*	Lilly	28	72,80	2,6000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				18 mg **PPB**	
02318032	*Apo-Atomoxetine*	Apotex	30	17,24	➡ 0,5748
02396912	*Atomoxetine*	Pro Doc	30	17,24	➡ 0,5748
02467755	*Atomoxetine*	Sanis	30	17,24	➡ 0,5748
02445905	*Atomoxetine*	Sivem	30	17,24	➡ 0,5748
02471493	*Auro-Atomoxetine*	Aurobindo	30	17,24	➡ 0,5748
			100	57,48	➡ 0,5748
02314568	*Novo-Atomoxetine*	Teva Can	30	17,24	➡ 0,5748
02381036	*pms-Atomoxetine*	Phmscience	30	17,24	➡ 0,5748
02405970	*Riva-Atomoxetine*	Riva	30	17,24	➡ 0,5748
			100	57,48	➡ 0,5748
02386429	*Sandoz Atomoxetine*	Sandoz	30	17,24	➡ 0,5748
02262819	*Strattera*	Lilly	28	83,44	2,9800
Caps.				25 mg **PPB**	
02318040	*Apo-Atomoxetine*	Apotex	30	19,26	➡ 0,6420
			100	64,20	➡ 0,6420
02396920	*Atomoxetine*	Pro Doc	30	19,26	➡ 0,6420
02467763	*Atomoxetine*	Sanis	30	19,26	➡ 0,6420
02445913	*Atomoxetine*	Sivem	30	19,26	➡ 0,6420
02471507	*Auro-Atomoxetine*	Aurobindo	30	19,26	➡ 0,6420
			100	64,20	➡ 0,6420
02314576	*Novo-Atomoxetine*	Teva Can	30	19,26	➡ 0,6420
02381044	*pms-Atomoxetine*	Phmscience	30	19,26	➡ 0,6420
			100	64,20	➡ 0,6420
02405989	*Riva-Atomoxetine*	Riva	30	19,26	➡ 0,6420
			100	64,20	➡ 0,6420
02386437	*Sandoz Atomoxetine*	Sandoz	30	19,26	➡ 0,6420
02262827	*Strattera*	Lilly	28	92,12	3,2900
Caps.				40 mg **PPB**	
02318059	*Apo-Atomoxetine*	Apotex	30	22,11	➡ 0,7369
			100	73,69	➡ 0,7369
02396939	*Atomoxetine*	Pro Doc	30	22,11	➡ 0,7369
02467771	*Atomoxetine*	Sanis	30	22,11	➡ 0,7369
02445948	*Atomoxetine*	Sivem	30	22,11	➡ 0,7369
02471515	*Auro-Atomoxetine*	Aurobindo	30	22,11	➡ 0,7369
			100	73,69	➡ 0,7369
02381052	*pms-Atomoxetine*	Phmscience	30	22,11	➡ 0,7369
			100	73,69	➡ 0,7369
02405997	*Riva-Atomoxetine*	Riva	30	22,11	➡ 0,7369
			100	73,69	➡ 0,7369
02386445	*Sandoz Atomoxetine*	Sandoz	30	22,11	➡ 0,7369
02262835	*Strattera*	Lilly	28	105,00	3,7500
02314584	*Teva-Atomoxetine*	Teva Can	30	22,11	➡ 0,7369

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps. 60 mg **PPB**

02318067	*Apo-Atomoxetine*	Apotex	30	24,28	➡ 0,8092
02396947	*Atomoxetine*	Pro Doc	30	24,28	➡ 0,8092
02467798	*Atomoxetine*	Sanis	30	24,28	➡ 0,8092
02445956	*Atomoxetine*	Sivem	30	24,28	➡ 0,8092
02471523	*Auro-Atomoxetine*	Aurobindo	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02381060	*pms-Atomoxetine*	Phmscience	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02406004	*Riva-Atomoxetine*	Riva	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02386453	*Sandoz Atomoxetine*	Sandoz	30	24,28	➡ 0,8092
02262843	*Strattera*	Lilly	28	116,48	4,1600
02314592	*Teva-Atomoxetine*	Teva Can	30	24,28	➡ 0,8092

AXITINIB Ⓟ

Co. 1 mg

02389630	*Inlyta*	Pfizer	60	1116,00	18,6000

Co. 5 mg

02389649	*Inlyta*	Pfizer	60	5580,00	93,0000

AZACITIDINE Ⓟ

Co. 200 mg

02510197	*Onureg*	Celgene	7	6664,00	952,0000

Co. 300 mg

02510200	*Onureg*	Celgene	7	9996,00	1428,0000

AZÉLAÏQUE (ACIDE) Ⓟ

Gel Top. 15 %

02270811	*Finacea*	Leo	50 g	30,00	0,6000

AZTRÉONAM Ⓟ

Sol. pour Inh. 75 mg

02329840	*Cayston*	Gilead	84	3561,51	42,3989

BARICITINIB Ⓟ

Co. 2 mg

02480018	*Olumiant*	Lilly	30	1385,79	46,1930

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	

BINIMÉTINIB Ⓟ

Co. — 15 mg

+ 02513080	*Mektovi*	Pfizer	180	6570,00	36,5000

BISACODYL

Co. Ent. — 5 mg **PPB**

00545023	*Apo-Bisacodyl*	Apotex	1000	40,50	➡	0,0405
02273411	*Bisacodyl-Odan*	Odan	100	4,05	➡	0,0405
			1000	40,50	➡	0,0405
02246039	*Jamp-Bisacodyl*	Jamp	100	4,05	➡	0,0405

Supp. — 5 mg **PPB**

02458845	*Bisacodyl*	Cellchem	10	4,27	➡	0,4267
02410893	*Bisacodyl Suppository 5 mg*	Jamp	3	1,28	➡	0,4267

Supp. — 10 mg **PPB**

02458853	*Bisacodyl*	Cellchem	10	4,21	➡	0,4206
02361450	*Bisacodyl Suppository*	Jamp	100	42,06	➡	0,4206

BOSENTAN Ⓟ

Co. — 62,5 mg **PPB**

02466538	*Bio-Bosentan*	Biomed	56	898,50	➡	16,0446
02467984	*NAT-Bosentan*	Natco	56	898,50	➡	16,0446
			60	962,68	➡	16,0446
02383012	*pms-Bosentan*	Phmscience	60	962,68	➡	16,0446
02386275	*Sandoz Bosentan*	Sandoz	60	962,68	➡	16,0446
02483130	*Taro-Bosentan*	Taro	60	962,68	➡	16,0446
02244981	*Tracleer*	Janss. Inc	56	3594,00		64,1786

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				125 mg **PPB**	
02466546	*Bio-Bosentan*	Biomed	56	898,50	➡ 16,0446
02467992	*NAT-Bosentan*	Natco	56	898,50	➡ 16,0446
			60	962,68	➡ 16,0446
02383020	*pms-Bosentan*	Phmscience	60	962,68	➡ 16,0446
02386283	*Sandoz Bosentan*	Sandoz	60	962,68	➡ 16,0446
02483149	*Taro-Bosentan*	Taro	60	962,68	➡ 16,0446
02244982	*Tracleer*	Janss. Inc	56	3594,00	64,1786

BRIGATINIB Pr

Co.				30 mg	
02479206	*Alunbrig*	Takeda	28	3145,00	112,3214
Co.				90 mg	
02479214	*Alunbrig*	Takeda	28	9435,00	336,9643
Co.				180 mg	
02479222	*Alunbrig*	Takeda	28	9435,00	336,9643
Trousse (orale solide)			90 mg (7 co.) - 180 mg (21 co.)		
02479230	*Alunbrig*	Takeda	1	9435,00	

BRIVARACÉTAM Pr

Co.				10 mg	
02452936	*Brivlera*	U.C.B.	60	259,20	4,3200
Co.				25 mg	
02452944	*Brivlera*	U.C.B.	60	259,20	4,3200
Co.				50 mg	
02452952	*Brivlera*	U.C.B.	60	259,20	4,3200
Co.				75 mg	
02452960	*Brivlera*	U.C.B.	60	259,20	4,3200
Co.				100 mg	
02452979	*Brivlera*	U.C.B.	60	259,20	4,3200

BRODALUMAB Pr

Sol. Inj. S.C.			140 mg/mL (1,5 mL)		
02473623	*Siliq (seringue)*	Valeant	2	1290,00	645,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BUPRÉNORPHINE Ⓝ

Sol. Inj. S.C. (ser) — 100 mg/0,5 mL

02483084	*Sublocade*	Indivior	1	550,00	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 300 mg/1,5 mL

02483092	*Sublocade*	Indivior	1	550,00	

BUPRÉNORPHINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓝ

Trousse (implants) — 80 mg/implant

02474921	*Probuphine*	Knight	1	1495,00	

BUROSUMAB Ⓟ

Sol. Inj. S.C. — 10 mg/mL (1 mL)

02483629	*Crysvita*	Kyowa	1	4514,94	

Sol. Inj. S.C. — 20 mg/mL (1 mL)

02483637	*Crysvita*	Kyowa	1	9029,90	

Sol. Inj. S.C. — 30 mg/mL (1 mL)

02483645	*Crysvita*	Kyowa	1	13544,84	

CABERGOLINE Ⓟ

Co. — 0,5 mg **PPB**

* 02455897	*Apo-Cabergoline*	Apotex	8	89,86	➡	11,2325
02242471	*Dostinex*	Paladin	8	105,72		13,2150

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) Pr

Gel Top. — 50 mcg/g -0,5 mg/g **PPB**

*	02319012	*Dovobet Gel*	Leo	80 g	105,14	1,3143
+	02525178	*Taro-Calcipotriol/ Betamethasone Gel*	Taro	60 g	71,59	➡ 1,1932

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	64,43	➡ 1,0738
				120 g	128,86	➡ 1,0738

CALCIUM (CARBONATE DE)

Mousse orale — 500 mg/6 g

80057859	*Pluscal*	Medelys	180 g	13,50	

CALCIUM (CITRATE DE)

Pd. Orale — 500 mg/sachet

80104213	*MCal Citrate poudre*	Mantra Ph.	30	32,50	1,0833

Sol. Orale — 500 mg/15 mL **PPB**

80106659	*AG-Calcium Citrate Liquid*	Angita	450 ml	32,50	➡ 0,0722
80068122	*Jamp-Calcium Citrate liq*	Jamp	450 ml	32,50	➡ 0,0722
80054756	*MCal Citrate liquide*	Mantra Ph.	450 ml	32,50	➡ 0,0722

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Pd. Orale — 500 mg - 1 000 UI/sachet

80106098	*MCal Citrate poudre D 1000*	Mantra Ph.	30	34,50	1,1500

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**

80106657	*AG-Calcium Citrate Liquid D 1000*	Angita	450 ml	34,50	➡ 0,0767
80068124	*Jamp-Calcium Citrate liq D1000*	Jamp	450 ml	34,50	➡ 0,0767
80049201	*MCal Citrate liquide D1000*	Mantra Ph.	450 ml	34,50	➡ 0,0767

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	*Gluco Cal*	Altamed	350 ml	15,60	0,0446
80096222	*Jamp Lactogluconate Calcium*	Jamp	350 ml	15,60	0,0446
99100833	*SoluCAL (toutes saveurs)*	Orimed	350 ml	15,60	0,0446
			1500 ml	66,06	0,0440

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

Sol. Orale — 500 mg - 400 UI/25 mL **PPB**

80094870	*Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400*	Jamp	350 ml	16,33	0,0467
99100830	*SoluCAL D (toutes saveurs)*	Orimed	350 ml	16,33	0,0467
			1500 ml	69,99	0,0467

Sol. Orale — 500 mg - 1000 UI/25ml **PPB**

80094869	*Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000*	Jamp	350 ml	16,33	0,0467
99101332	*Solucal D+1000 (toutes saveurs)*	Orimed	350 ml	16,33	0,0467
			700 ml	32,69	0,0467

CANAGLIFLOZINE Ⓟ

Co. — 100 mg

02425483	*Invokana*	Janss. Inc	30	78,53	2,6177

Co. — 300 mg

02425491	*Invokana*	Janss. Inc	30	78,53	2,6177

CAPTEUR DEXCOM G6 Ⓟ

Capteur

99113874	*Dexcom G6*	Dexcom	3	299,00	99,6667

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE Ⓟ

Capteur

99101399	*FreeStyle Libre*	Ab Diabete	1	89,00	

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 2 Ⓟ

Capteur

+ 99114031	*FreeStyle Libre 2*	Ab Diabete	1	89,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE

Sol. Oph. — 0,5 % (0,4 mL)

02049260	*Refresh plus*	Allergan	30	8,85	0,2950

Sol. Oph. — 1 % (0,4 mL)

00870153	*Refresh Celluvisc*	Allergan	30	9,58	0,3193

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE

Sol. Oph. — 0,5 %

02231008	*Refresh tears*	Allergan	15 ml	6,25	

CASPOFONGINE (ACÉTATE DE) ℞

Pd. Inj. I.V. — 50 mg **PPB**

02244265	*Cancidas*	Merck	1	222,00	
02486989	*Caspofongine pour injection*	Fresenius	1	➡ 166,50	
02460947	*Caspofongine pour injection*	Juno	1	➡ 166,50	

Pd. Inj. I.V. — 70 mg **PPB**

02244266	*Cancidas*	Merck	1	222,00	
02486997	*Caspofongine pour injection*	Fresenius	1	➡ 166,50	
02460955	*Caspofongine pour injection*	Juno	1	➡ 166,50	

CEFTOBIPROLE ℞

Pd. Perf. I.V. — 500 mg

02446685	*Zevtera*	Avir	1	58,40	
			10	584,00	58,4000

CEFTOLOZANE/TAZOBACTAM ℞

Pd. Inj. I.V. — 1 g - 0,5 g

02446901	*Zerbaxa*	Merck	10	1366,30	136,6300

CÉRITINIB ℞

Caps. — 150 mg

02436779	*Zykadia*	Novartis	150	7800,00	52,0000

CERTOLIZUMAB PEGOL ℞

Sol. Inj. S.C. (ser) — 200 mg/ml (1 ml)

02331675	*Cimzia*	U.C.B.	2	1262,56	631,2800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj. S.C. (stylo) — 200 mg/ml (1 ml)

02465574	*Cimzia*	U.C.B.	2	1262,56	631,2800

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA P

Sol. Inj. S.C. (ser) — 250 mcg

02262088	*Ovidrel*	Serono	1	72,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo) — 250 mcg/0,5 mL

02371588	*Ovidrel*	Serono	1	72,00	

CINACALCET (CHLORHYDRATE DE) P

Co. — 30 mg **PPB**

02452693	*Apo-Cinacalcet*	Apotex	30	82,25	➡	2,7418
02478900	*Auro-Cinacalcet*	Aurobindo	30	82,25	➡	2,7418
02500094	*Jamp Cinacalcet*	Jamp	30	82,25	➡	2,7418
02480298	*Mar-Cinacalcet*	Marcan	30	82,25	➡	2,7418
02481987	*M-Cinacalcet*	Mantra Ph.	30	82,25	➡	2,7418
02434539	*Mylan-Cinacalcet*	Mylan	30	82,25	➡	2,7418
02499355	*Priva-Cinacalcet*	Pharmapar	30	82,25	➡	2,7418
02257130	*Sensipar*	Amgen	30	323,52		10,7840
02441624	*Teva-Cinacalcet*	Teva Can	30	82,25	➡	2,7418

Co. — 60 mg **PPB**

02452707	*Apo-Cinacalcet*	Apotex	30	149,99	➡	4,9995
02478919	*Auro-Cinacalcet*	Aurobindo	30	149,99	➡	4,9995
02500108	*Jamp Cinacalcet*	Jamp	30	149,99	➡	4,9995
02480301	*Mar-Cinacalcet*	Marcan	30	149,99	➡	4,9995
02481995	*M-Cinacalcet*	Mantra Ph.	30	149,99	➡	4,9995
02434547	*Mylan-Cinacalcet*	Mylan	30	149,99	➡	4,9995
02499363	*Priva-Cinacalcet*	Pharmapar	30	149,99	➡	4,9995
02257149	*Sensipar*	Amgen	30	589,81		19,6603
02441632	*Teva-Cinacalcet*	Teva Can	30	149,99	➡	4,9995

Co. — 90 mg **PPB**

02452715	*Apo-Cinacalcet*	Apotex	30	218,26	➡	7,2752
02478943	*Auro-Cinacalcet*	Aurobindo	30	218,26	➡	7,2752
02500116	*Jamp Cinacalcet*	Jamp	30	218,26	➡	7,2752
02480328	*Mar-Cinacalcet*	Marcan	30	218,26	➡	7,2752
02482002	*M-Cinacalcet*	Mantra Ph.	30	218,26	➡	7,2752
02434555	*Mylan-Cinacalcet*	Mylan	30	218,26	➡	7,2752
02499371	*Priva-Cinacalcet*	Pharmapar	30	218,26	➡	7,2752
02257157	*Sensipar*	Amgen	30	858,43		28,6143
02441640	*Teva-Cinacalcet*	Teva Can	30	218,26	➡	7,2752

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CLADRIBINE ℞

Co. 10 mg

02470179	*Mavenclad*	Serono	1	3082,70	
			4	12330,80	3082,7000
			6	18496,20	3082,7000

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) ℞

Cr. Vag. 20 mg/g

02060604	*Dalacin*	Paladin	40 g	26,26	

COBIMÉTINIB ℞

Co. 20 mg

02452340	*Cotellic*	Roche	63	7567,00	120,1111

CODÉINE (PHOSPHATE DE) Ⓝ

Sir. 25 mg/5 mL

00050024	*Codéine*	Atlas	500 ml	19,43	0,0389
			2000 ml	62,71	0,0314

COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE) ℞

Co. 625 mg **PPB**

02494051	*Apo-Colesevelam*	Apotex	180	160,13	➡	0,8896
02373955	*Lodalis*	Valeant	180	198,00		1,1000

COLLAGÉNASE ℞

Pom. Top. 250 U/g

02063670	*Santyl*	S. & N.	30 g	87,50	2,9167

CRIZOTINIB ℞

Caps. 200 mg

02384256	*Xalkori*	Pfizer	60	7800,00	130,0000

Caps. 250 mg

02384264	*Xalkori*	Pfizer	60	7800,00	130,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CYANOCOBALAMINE

Co. L.A. — 1200 mcg **PPB**

80106052	*AG-Vitamin B12 ER*	Angita	500	52,50	➡ 0,1050
80075338	*Alta-B12*	Altamed	500	52,50	➡ 0,1050
80025207	*Beduzil*	Orimed	500	52,50	➡ 0,1050
80091185	*Bio-Vitamine B12*	Biomed	500	52,50	➡ 0,1050
80061573	*Euro-B12 LA*	Sandoz	500	52,50	➡ 0,1050
80021427	*Jamp-Vitamine B12 L.A.*	Jamp	500	52,50	➡ 0,1050
80042834	*M-B12 1200 mcg L.A.*	Mantra Ph.	500	52,50	➡ 0,1050
80062941	*Opus Vitamine B12 L.A.*	Opus	500	52,50	➡ 0,1050

Co. L.A. — 1500 mcg

80043158	*Beduzil 1500*	Orimed	500	52,50	0,1050

Sol. Orale — 200 mcg/mL

80026092	*Jamp-Vitamine B12*	Jamp	350 ml	12,50	0,0357

CYCLOSPORINE Ⓟ

Sol. Oph. — 0,1 % (0,3 mL)

02484137	*Verkazia*	Santen	30	110,00	3,6667

CYSTÉAMINE Ⓟ

Sol. Oph. — 0,37 %

02485605	*Cystadrops*	RRDC	5 ml	1986,00	

CYSTÉAMINE (BITARTRATE DE) Ⓟ

Caps. L.A. — 25 mg

02464705	*Procysbi*	Horizon Ph	60	621,00	10,3500

Caps. L.A. — 75 mg

02464713	*Procysbi*	Horizon Ph	250	7762,50	31,0500

DABIGATRAN ETEXILATE Ⓟ

Caps. — 110 mg

02312441	*Pradaxa*	Bo. Ing.	60	96,00	1,6000

Caps. — 150 mg **PPB**

02468913	*Apo-Dabigatran*	Apotex	60	75,24	➡ 1,2540
02358808	*Pradaxa*	Bo. Ing.	60	96,00	1,6000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DABRAFÉNIB (MÉSYLATE DE) Pr

Caps. 50 mg

02409607	*Tafinlar*	Novartis	120	5066,67	42,2223

Caps. 75 mg

02409615	*Tafinlar*	Novartis	120	7600,00	63,3333

DAPAGLIFLOZINE Pr

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) Pr

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 Pr

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
Seringue				80 mcg/0,4 mL	
02391767	*Aranesp*	Amgen	4	857,60	214,4000
Seringue				100 mcg/0,5 mL	
02391775	*Aranesp*	Amgen	4	1072,00	268,0000
Seringue				130 mcg/0,65 mL	
02391783	*Aranesp*	Amgen	4	1393,60	348,4000
Seringue				150 mcg/0,3 mL	
02391791	*Aranesp*	Amgen	4	1608,00	402,0000
Seringue				200 mcg/0,4 mL	
02391805	*Aranesp*	Amgen	1	536,00	
Seringue				300 mcg/0,6 mL	
02391821	*Aranesp*	Amgen	1	828,00	
Seringue				500 mcg/1,0 mL	
02392364	*Aranesp*	Amgen	1	1380,00	

DAROLUTAMIDE 🅿

Co.				300 mg	
02496348	*Nubeqa*	Bayer	120	3401,28	28,3440

DARUNAVIR 🅿

Co.				600 mg **PPB**		
02487241	*Apo-Darunavir*	Apotex	60	438,81	➡	7,3135
02486121	*Auro-Darunavir*	Aurobindo	60	438,81	➡	7,3135
02521342	*Darunavir*	Jamp	60	438,81	➡	7,3135
02522284	*M-Darunavir*	Mantra Ph.	60	438,81	➡	7,3135
02324024	*Prezista*	Janss. Inc	60	877,62		14,6270

DASATINIB 🅿

Co.				20 mg **PPB**		
02470705	*Apo-Dasatinib*	Apotex	30	290,14	➡	9,6713
02514737	*Reddy-Dasatinib*	Dr Reddy's	60	580,28	➡	9,6713
02293129	*Sprycel*	B.M.S.	60	2195,08		36,5847
02499282	*Taro-Dasatinib*	Taro	60	580,28	➡	9,6713
02478307	*Teva-Dasatinib*	Teva Can	60	580,28	➡	9,6713

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg **PPB**	
02470713	*Apo-Dasatinib*	Apotex	30	583,93	➡ 19,4642
02514745	*Reddy-Dasatinib*	Dr Reddy's	60	1167,85	➡ 19,4642
02293137	*Sprycel*	B.M.S.	60	4390,13	73,1688
02499304	*Taro-Dasatinib*	Taro	60	1167,85	➡ 19,4642
02478315	*Teva-Dasatinib*	Teva Can	60	1167,85	➡ 19,4642
Co.				70 mg **PPB**	
02481499	*Apo-Dasatinib*	Apotex	30	643,53	➡ 21,4511
02514753	*Reddy-Dasatinib*	Dr Reddy's	60	1287,07	➡ 21,4511
02293145	*Sprycel*	B.M.S.	60	4841,45	80,6908
02499312	*Taro-Dasatinib*	Taro	60	1287,07	➡ 21,4511
02478323	*Teva-Dasatinib*	Teva Can	60	1287,07	➡ 21,4511
Co.				100 mg **PPB**	
02470721	*Apo-Dasatinib*	Apotex	30	1167,06	➡ 38,9021
02514788	*Reddy-Dasatinib*	Dr Reddy's	30	1167,06	➡ 38,9021
02320193	*Sprycel*	B.M.S.	30	4390,13	146,3377
02499339	*Taro-Dasatinib*	Taro	30	1167,06	➡ 38,9021
02478358	*Teva-Dasatinib*	Teva Can	30	1167,06	➡ 38,9021

DENOSUMAB 🅿

Sol. Inj.				120 mg/1,7 mL	
02368153	*Xgeva*	Amgen	1	538,45	
Sol. Inj. S.C. (ser)				60 mg/mL	
02343541	*Prolia*	Amgen	1	330,00	

DEXAMÉTHASONE 🅿

Implant Intravitréen				0,7 mg	
02363445	*Ozurdex*	Allergan	1	1295,00	

DICLOFÉNAC SODIQUE 🅿

Sol. Oph.				0,1 % **PPB**	
02441020	*Apo-Diclofenac Ophtalmic*	Apotex	5 ml	➡ 6,20	
02475065	*Diclofenac*	Stulln	15 ml	➡ 18,60	
02475197	*Mint-Diclofenac*	Mint	5 ml	➡ 6,20	
02454807	*Sandoz Diclofenac Ophtha*	Sandoz	5 ml	➡ 6,20	
			10 ml	➡ 12,40	
01940414	*Voltaren Ophtha*	Novartis	5 ml	12,60	
			10 ml	25,21	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DIMÉTHYLE (FUMARATE DE) Ⓟ

Caps. L.A. 120 mg **PPB**

02495341	*ACH-Dimethyl Fumarate*	Accord	14	61,97	➡ 4,4264
02505762	*Apo-Dimethyl Fumarate*	Apotex	14	61,97	➡ 4,4264
			56	247,88	➡ 4,4264
02494809	*GLN-Dimethyl Fumarate*	Glenmark	14	61,97	➡ 4,4264
02516047	*Jamp Dimethyl Fumarate*	Jamp	56	247,88	➡ 4,4264
02502690	*Mar-Dimethyl Fumarate*	Marcan	56	247,88	➡ 4,4264
02497026	*pms-Dimethyl Fumarate*	Phmscience	14	61,97	➡ 4,4264
			56	247,88	➡ 4,4264
02513781	*Sandoz Dimethyl Fumarate*	Sandoz	56	247,88	➡ 4,4264
02404508	*Tecfidera*	Biogen	14	178,36	12,7396
			56	713,42	12,7396

Caps. L.A. 240 mg **PPB**

02495368	*ACH-Dimethyl Fumarate*	Accord	56	486,57	➡ 8,6888
02505770	*Apo-Dimethyl Fumarate*	Apotex	56	486,57	➡ 8,6888
02494817	*GLN-Dimethyl Fumarate*	Glenmark	60	521,33	➡ 8,6888
02516055	*Jamp Dimethyl Fumarate*	Jamp	56	486,57	➡ 8,6888
02502704	*Mar-Dimethyl Fumarate*	Marcan	56	486,57	➡ 8,6888
02497034	*pms-Dimethyl Fumarate*	Phmscience	56	486,57	➡ 8,6888
02513803	*Sandoz Dimethyl Fumarate*	Sandoz	56	486,57	➡ 8,6888
02420201	*Tecfidera*	Biogen	56	1426,85	25,4795

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. 50 mg **PPB**

02257556	*Jamp-Diphenhydramine*	Jamp	100	7,04	➡ 0,0704
			500	35,20	➡ 0,0704
00757691	*pdp-Diphenhydramine*	Pendopharm	100	7,04	➡ 0,0704
			500	35,20	➡ 0,0704

Co. ou Caps. 25 mg **PPB**

02257548	*Jamp-Diphenhydramine*	Jamp	250	13,35	➡ 0,0534
			500	26,70	➡ 0,0534
02239029	*Nadryl 25*	Riva	100	5,34	➡ 0,0534
00757683	*pdp-Diphenhydramine*	Pendopharm	100	5,34	➡ 0,0534

DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE) Ⓟ

Caps. 200 mg L.A. - 25 mg

02471051	*Taro-Dipyridamole/ASA*	Taro	60	39,94	0,6656

DOCUSATE DE CALCIUM

Caps. 240 mg

02283255	*Jamp-Docusate Calcium*	Jamp	250	20,40	0,0816

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DOCUSATE DE SODIUM

Caps. 100 mg **PPB**

02500019	*AG-Docusate Sodium*	Angita	1000	25,00	➡ 0,0250
02465329	*Alta-Docusate Sodium*	Altamed	1000	25,00	➡ 0,0250
00716731	*Docusate Sodique*	Taro	100	2,50	➡ 0,0250
			1000	25,00	➡ 0,0250
02326086	*Docusate sodium*	Pro Doc	1000	25,00	➡ 0,0250
02426838	*Docusate sodium*	Sanis	1000	25,00	➡ 0,0250
02247385	*Euro-Docusate*	Sandoz	1000	25,00	➡ 0,0250
02376121	*Jamp Docusate S Oblong*	Jamp	1000	25,00	➡ 0,0250
02245946	*Jamp-Docusate Sodium*	Jamp	1000	25,00	➡ 0,0250
02437317	*M-Docusate Sodium*	Mantra Ph.	1000	25,00	➡ 0,0250
00703494	*pms-Docusate Sodium*	Phmscience	100	2,50	➡ 0,0250
			1000	25,00	➡ 0,0250
00870196	*ratio-Docusate Sodium*	Ratiopharm	1000	25,00	➡ 0,0250
00514888	*Selax*	Odan	1000	25,00	➡ 0,0250

Caps. 200 mg

02029529	*Soflax*	Phmscience	500	41,95	0,0839

Sir. 20 mg/5 mL **PPB**

02238283	*Docusate de Sodium*	Atlas	225 ml	4,95	➡ 0,0220
			500 ml	5,95	➡ 0,0119
00703508	*pms-Docusate Sodium*	Phmscience	500 ml	5,95	➡ 0,0119
00870226	*ratio-Docusate Sodium*	Ratiopharm	500 ml	5,95	➡ 0,0119

Sir. 50 mg/mL

02283220	*Jamp-Docusate Sodium*	Jamp	500 ml	429,19	0,8584

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE) P

Co. ou Co. Diss. Orale — 5 mg **PPB**

02397617	*ACT Donepezil ODT*	ActavisPhm	28	12,84	➡	0,4586
02432684	*AG-Donepezil*	Angita	100	45,86	➡	0,4586
02362260	*Apo-Donepezil*	Apotex	100	45,86	➡	0,4586
02232043	*Aricept*	Pfizer	28	132,23		4,7223
			30	141,67		4,7223
02269457	*Aricept RDT*	Pfizer	28	133,50		4,7679
02400561	*Auro-Donepezil*	Aurobindo	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02412853	*Bio-Donepezil*	Biomed	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02402645	*Donepezil*	Accord	100	45,86	➡	0,4586
02416417	*Donepezil*	Pro Doc	100	45,86	➡	0,4586
02475278	*Donepezil*	Riva	100	45,86	➡	0,4586
02426846	*Donepezil*	Sanis	100	45,86	➡	0,4586
02420597	*Donepezil*	Sivem	100	45,86	➡	0,4586
02416948	*Jamp-Donepezil Tablets*	Jamp	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02402092	*Mar-Donepezil*	Marcan	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02467453	*M-Donepezil*	Mantra Ph.	100	45,86	➡	0,4586
02408600	*Mint-Donepezil*	Mint	100	45,86	➡	0,4586
02439557	*NAT-Donepezil*	Natco	100	45,86	➡	0,4586
02322331	*pms-Donepezil*	Phmscience	100	45,86	➡	0,4586
02446669	*Priva-Donepezil*	Pharmapar	100	45,86	➡	0,4586
			500	229,30	➡	0,4586
02381508	*Ran-Donepezil*	Ranbaxy	100	45,86	➡	0,4586
			500	229,30	➡	0,4586
02328666	*Sandoz Donepezil*	Sandoz	100	45,86	➡	0,4586
02340607	*Teva-Donepezil*	Teva Can	100	45,86	➡	0,4586

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. ou Co. Diss. Orale — 10 mg **PPB**

02397625	*ACT Donepezil ODT*	ActavisPhm	28	12,84	➡ 0,4586
02432692	*AG-Donepezil*	Angita	100	45,86	➡ 0,4586
02362279	*Apo-Donepezil*	Apotex	100	45,86	➡ 0,4586
02232044	*Aricept*	Pfizer	28	132,23	4,7223
			30	141,67	4,7223
02269465	*Aricept RDT*	Pfizer	28	133,50	4,7679
02400588	*Auro-Donepezil*	Aurobindo	30	13,76	➡ 0,4586
			100	45,86	➡ 0,4586
02412861	*Bio-Donepezil*	Biomed	30	13,76	➡ 0,4586
			100	45,86	➡ 0,4586
02402653	*Donepezil*	Accord	100	45,86	➡ 0,4586
02416425	*Donepezil*	Pro Doc	100	45,86	➡ 0,4586
02475286	*Donepezil*	Riva	100	45,86	➡ 0,4586
02426854	*Donepezil*	Sanis	100	45,86	➡ 0,4586
02420600	*Donepezil*	Sivem	100	45,86	➡ 0,4586
02416956	*Jamp-Donepezil Tablets*	Jamp	30	13,76	➡ 0,4586
			250	114,65	➡ 0,4586
02402106	*Mar-Donepezil*	Marcan	30	13,76	➡ 0,4586
			100	45,86	➡ 0,4586
02467461	*M-Donepezil*	Mantra Ph.	100	45,86	➡ 0,4586
02408619	*Mint-Donepezil*	Mint	100	45,86	➡ 0,4586
02439565	*NAT-Donepezil*	Natco	100	45,86	➡ 0,4586
02322358	*pms-Donepezil*	Phmscience	100	45,86	➡ 0,4586
02446677	*Priva-Donepezil*	Pharmapar	100	45,86	➡ 0,4586
			500	229,30	➡ 0,4586
02381516	*Ran-Donepezil*	Ranbaxy	100	45,86	➡ 0,4586
			500	229,30	➡ 0,4586
02328682	*Sandoz Donepezil*	Sandoz	100	45,86	➡ 0,4586
02340615	*Teva-Donepezil*	Teva Can	30	13,76	➡ 0,4586
			100	45,86	➡ 0,4586

DORNASE ALFA 🅿

Sol. pour Inh. — 1 mg/mL (2,5 mL)

02046733	*Pulmozyme*	Roche	30	1130,66	37,6887

DULAGLUTIDE 🅿

Sol. Inj. S.C. — 0,75 mg/0,5 mL

02448599	*Trulicity*	Lilly	4	168,28	42,0700

Sol. Inj. S.C. — 1,5 mg/0,5 mL

02448602	*Trulicity*	Lilly	4	168,28	42,0700

DUPILUMAB 🅿

Sol. Inj. S.C. (ser) — 150 mg/mL (2 mL)

02470365	*Dupixent*	SanofiAven	2	1876,71	938,3550

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)			175 mg/mL (1,14 mL)		
02492504	*Dupixent*	SanofiAven	2	1876,71	938,3550

ÉCULIZUMAB Pr

Sol. Perf. I.V.			10 mg/mL (30 mL)		
* 02322285	*Soliris*	Alexion	1	6675,30	

ÉDARAVONE Pr

Sol. Perf. I.V.			0,3 mg/mL (100 mL)		
02475472	*Radicava*	Mitsubishi	2	920,00	

ÉDOXABAN Pr

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 Pr

Co.			50 mg -100 mg		
02451131	*Zepatier*	Merck	28	18674,32	666,9400

ÉLEXACAFTOR/TÉZACAFTOR/IVACAFTOR ET IVACAFTOR (EMBALLAGE COMBINÉ) Pr

Trousse (orale solide)			50 mg - 25 mg - 37,5 mg et 75 mg		
+ 02526670	*Trikafta*	Vertex	84	23520,00	
Trousse (orale solide)			100 mg - 50 mg - 75 mg - 150 mg		
02517140	*Trikafta*	Vertex	84	23520,00	

ELTROMBOPAG Pr

Co.				25 mg	
02361825	*Revolade*	Novartis	14	735,00	52,5000
			28	1470,00	52,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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	

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

ENCORAFÉNIB ℞

Caps.				75 mg	
+ 02513099	*Braftovi*	Pfizer	120	6030,00	50,2500
			180	9045,00	50,2500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ENFUVIRTIDE ℞

Pd. Inj. S.C. — 108 mg

02247725	*Fuzeon*	Roche	60	2385,60	39,7600

ENTRECTINIB ℞

Caps. — 100 mg

02495007	*Rozlytrek*	Roche	30	1430,00	47,6667

Caps. — 200 mg

02495015	*Rozlytrek*	Roche	90	8580,00	95,3333

ENZALUTAMIDE ℞

Caps. — 40 mg

02407329	*Xtandi*	Astellas	120	3401,40	28,3450

ÉPLÉRÉNONE ℞

Co. — 25 mg **PPB**

02323052	*Inspra*	Upjohn	30	76,69	2,5563
02471442	*Mint-Eplerenone*	Mint	90	185,36 ➡	2,0595

Co. — 50 mg **PPB**

02323060	*Inspra*	Upjohn	30	76,69	2,5563
02471450	*Mint-Eplerenone*	Mint	90	185,36 ➡	2,0595

ÉPOÉTINE ALFA ℞

Seringue — 1 000 UI/0,5 mL

02231583	*Eprex*	Janss. Inc	6	85,50	14,2500

Seringue — 2 000 UI/0,5 mL

02231584	*Eprex*	Janss. Inc	6	171,00	28,5000

Seringue — 3 000 UI/0,3 mL

02231585	*Eprex*	Janss. Inc	6	256,50	42,7500

Seringue — 4 000 UI/0,4 mL

02231586	*Eprex*	Janss. Inc	6	342,00	57,0000

Seringue — 5 000 UI/0,5 mL

02243400	*Eprex*	Janss. Inc	6	427,50	71,2500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Seringue				6 000 UI/0,6 mL	
02243401	*Eprex*	Janss. Inc	6	513,00	85,5000
Seringue				8 000 UI/0,8 mL	
02243403	*Eprex*	Janss. Inc	6	684,00	114,0000
Seringue				10 000 UI/1,0 mL	
02231587	*Eprex*	Janss. Inc	6	803,70	133,9500
Seringue				20 000 UI/0,5 mL	
02243239	*Eprex*	Janss. Inc	1	278,52	
Seringue				30 000 UI/0,75 mL	
02288680	*Eprex*	Janss. Inc	1	357,19	
Seringue				40 000 UI/mL (1 mL)	
02240722	*Eprex*	Janss. Inc	1	417,77	

ÉPOPROSTÉNOL SODIQUE 🅿

Pd. Inj.				0,5 mg **PPB**	
02397447	*Caripul*	Janss. Inc	1	➡ 17,18	
02230845	*Flolan*	GSK	1	18,13	

Pd. Inj.				1,5 mg **PPB**	
02397455	*Caripul*	Janss. Inc	1	➡ 34,45	
02230848	*Flolan*	GSK	1	36,26	

ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D') 🅿

Co.				100 mg **PPB**	
02461870	*Apo-Erlotinib*	Apotex	30	396,00	➡ 13,2000
02483920	*NAT-Erlotinib*	Natco	30	396,00	➡ 13,2000
02454386	*pms-Erlotinib*	Phmscience	30	396,00	➡ 13,2000
02269015	*Tarceva*	Roche	30	1600,00	53,3333
02377705	*Teva-Erlotinib*	Teva Can	30	396,00	➡ 13,2000

Co.				150 mg **PPB**	
02461889	*Apo-Erlotinib*	Apotex	30	594,00	➡ 19,8000
02483939	*NAT-Erlotinib*	Natco	30	594,00	➡ 19,8000
02454394	*pms-Erlotinib*	Phmscience	30	594,00	➡ 19,8000
02269023	*Tarceva*	Roche	30	2400,00	80,0000
02377713	*Teva-Erlotinib*	Teva Can	30	594,00	➡ 19,8000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D') ℞

Co. 200 mg

02426862	*Aptiom*	Sunovion	30	286,80	9,5600

Co. 400 mg

02426870	*Aptiom*	Sunovion	30	286,80	9,5600

Co. 600 mg

02426889	*Aptiom*	Sunovion	60	573,60	9,5600

Co. 800 mg

02426897	*Aptiom*	Sunovion	30	286,80	9,5600

ESTRADIOL-17B ℞

Timbre cut. 0,025 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02247499	*Climara-25*	Bayer	4	19,67		4,9175
02245676	*Estradot*	Novartis	8	20,04		2,5050
02243722	*Oesclim 25*	Search Phm	8	19,28	➡	2,4100

Timbre cut. 0,0375 mg/24 h

02243999	*Estradot*	Novartis	8	20,04	2,5050

Timbre cut. 0,05 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02231509	*Climara -50*	Bayer	4	21,01		5,2525
02244000	*Estradot*	Novartis	8	21,44		2,6800
02243724	*Oesclim 50*	Search Phm	8	19,85		2,4813
02246967	*Sandoz Estradiol Derm 50*	Sandoz	8	16,80	➡	2,1000

Timbre cut. 0,075 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02247500	*Climara-75*	Bayer	4	22,40		5,6000
02244001	*Estradot*	Novartis	8	23,00		2,8750
02246968	*Sandoz Estradiol Derm 75*	Sandoz	8	17,90	➡	2,2375

Timbre cut. 0,1 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02244002	*Estradot*	Novartis	8	23,88		2,9850
02246969	*Sandoz Estradiol Derm 100*	Sandoz	8	18,70	➡	2,3375

ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) ℞

Timbre cut. 0,05 mg -0,14 mg/24 h

02241835	*Estalis 140/50*	Novartis	8	23,95	2,9938

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.			0,05 mg -0,25 mg/24 h		
02241837	*Estalis 250/50*	Novartis	8	23,95	2,9938

ÉTANERCEPT Ⓟ

Sol. Inj. S.C.			50 mg/mL (0,5 mL)		
02462877	*Erelzi (seringue)*	Sandoz	4	482,00	120,5000

Sol. Inj. S.C.			50 mg/mL (1 mL)		
02455323	*Brenzys (seringue)*	Organon	4	964,00	241,0000
02455331	*Brenzys (stylo)*	Organon	4	964,00	241,0000
02462869	*Erelzi (seringue)*	Sandoz	4	964,00	241,0000
02462850	*Erelzi SensoReady Pen*	Sandoz	4	964,00	241,0000

ÉTANERCEPT (ENBREL) Ⓟ

Pd. Inj. S.C.			25 mg		
02242903	*Enbrel*	Amgen	4	728,55	182,1375

ÉTRAVIRINE Ⓟ

Co.			100 mg		
02306778	*Intelence*	Janss. Inc	120	671,40	5,5950

Co.			200 mg		
02375931	*Intelence*	Janss. Inc	60	654,00	10,9000

ÉVÉROLIMUS Ⓟ

Co.			2,5 mg **PPB**		
02369257	*Afinitor*	Novartis	30	5580,00	186,0000
02504677	*pms-Everolimus*	Phmscience	30	1519,91	➡ 50,6637
02492911	*Sandoz Everolimus*	Sandoz	30	1519,91	➡ 50,6637
02463229	*Teva-Everolimus*	Teva Can	30	1519,91	➡ 50,6637

Co.			5 mg **PPB**		
02339501	*Afinitor*	Novartis	30	5580,00	186,0000
02504685	*pms-Everolimus*	Phmscience	30	1519,91	➡ 50,6637
02492938	*Sandoz Everolimus*	Sandoz	30	1519,91	➡ 50,6637
02463237	*Teva-Everolimus*	Teva Can	30	1519,91	➡ 50,6637

Co.			10 mg **PPB**		
02339528	*Afinitor*	Novartis	30	5580,00	186,0000
02504693	*pms-Everolimus*	Phmscience	30	1519,91	➡ 50,6637
02492946	*Sandoz Everolimus*	Sandoz	30	1519,91	➡ 50,6637
02463253	*Teva-Everolimus*	Teva Can	30	1519,91	➡ 50,6637

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉVOLOCUMAB ℞

Sol. Inj. S.C. (stylo) — 140 mg/mL (1 mL)

02446057	*Repatha*	Amgen	2	503,82	251,9100

Sol.Inj.S.C.(mini-doseur) — 120 mg/mL (3,5 mL)

02459779	*Repatha*	Amgen	1	545,80	

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	11,93	➡	0,3975
02473607	*Mar-Febuxostat*	Marcan	100	39,75	➡	0,3975
02466198	*Teva-Febuxostat*	Teva Can	100	39,75	➡	0,3975
02357380	*Uloric*	Takeda	30	47,70		1,5900

FÉDRATINIB ℞

Caps. — 100 mg

02502445	*Inrebic*	Celgene	120	10127,16	84,3930

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE) ℞

Co. L.A. — 4 mg **PPB**

02521768	*Sandoz Fesoterodine Fumarate*	Sandoz	30	33,75	➡	1,1250
			100	112,50	➡	1,1250
02380021	*Toviaz*	Pfizer	30	45,00		1,5000

Co. L.A. — 8 mg **PPB**

02521776	*Sandoz Fesoterodine Fumarate*	Sandoz	100	112,50	➡	1,1250
02380048	*Toviaz*	Pfizer	30	45,00		1,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FIDAXOMICINE ℞

Co. 200 mg

02387174	*Dificid*	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

Sol. Inj. (ser) 600 mcg/mL (0,8 mL)

02454548	*Grastofil*	Apotex	1	230,90	
			10	2309,00	230,9000
02485583	*Nivestym*	Pfizer	1	230,90	
			10	2309,00	230,9000

FINGOLIMOD (CHLORHYDRATE DE) ℞

Caps. 0,5 mg **PPB**

02469936	*Apo-Fingolimod*	Apotex	28	608,66	➡	21,7380
02365480	*Gilenya*	Novartis	28	2384,62		85,1650
02487772	*Jamp Fingolimod*	Jamp	30	652,14	➡	21,7380
02474743	*Mar-Fingolimod*	Marcan	30	652,14	➡	21,7380
02469715	*Mylan-Fingolimod*	Mylan	28	608,66	➡	21,7380
02469782	*pms-Fingolimod*	Phmscience	28	608,66	➡	21,7380
02482606	*Sandoz Fingolimod*	Sandoz	28	608,66	➡	21,7380
02469618	*Taro-Fingolimod*	Taro	28	608,66	➡	21,7380
02469561	*Teva-Fingolimod*	Teva Can	30	652,14	➡	21,7380

FLUCONAZOLE ℞

Susp. Orale 50 mg/5 mL

02024152	*Diflucan*	Pfizer	35 ml	33,65	0,9614

FOLLITROPINE ALPHA ℞

Pd. Inj. 75 UI

02248154	*Gonal-f*	Serono	1	70,88	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (stylo)				300 UI	
02270404	*Gonal-f*	Serono	1	283,50	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				450 UI	
02270390	*Gonal-f*	Serono	1	425,25	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				900 UI	
02270382	*Gonal-f*	Serono	1	850,50	
FOLLITROPINE BÊTA					
Cartouche				300 UI	
02243948	*Puregon*	Organon	1	291,00	
Cartouche				600 UI	
99100718	*Puregon*	Organon	1	582,00	
Cartouche				900 UI	
99100637	*Puregon*	Organon	1	873,00	
FOLLITROPINE DELTA					
Cartouche				12 mcg	
02474093	*Rekovelle*	Ferring	1	178,00	
Cartouche				36 mcg	
02474085	*Rekovelle*	Ferring	1	536,00	
Cartouche				72 mcg	
02474077	*Rekovelle*	Ferring	1	1073,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				12 mcg/0,36 mL	
02487462	*Rekovelle*	Ferring	1	178,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				36 mcg/1,08 mL	
02487470	*Rekovelle*	Ferring	1	536,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				72 mcg/2,16 mL	
02487489	*Rekovelle*	Ferring	1	1073,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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)/ BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) ℞

Aéro. oral 5,8 mcg - 182 mcg - 8,2 mcg /dose

+ 02518058	*Breztri Aerosphere*	AZC	120 dose(s)	127,00	

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

Aéro. oral 5 mcg - 100 mcg

02361752	*Zenhale*	Organon	120 dose(s)	78,00	

Aéro. oral 5 mcg - 200 mcg

02361760	*Zenhale*	Organon	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
99114005	*KetoVie 4:1 non aromatisé*	Ajinomoto	30	169,76	5,6587
99113797	*KetoVie 4:1 vanille*	Ajinomoto	30	162,92	5,4307

FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE ℞

Pd. Orale 300 g suppl.

99113792	*KetoCal 4:1*	Nutricia	6	180,00	30,0000

FORMULE NUTRITIVE CÉTOGÈNE (ALLERGIE AUX PROTÉINES DE LAIT OU DE SOYA)

Liq. 250 mL suppl.

+ 99114030	*KetoVie 4:1 LQ Plant Based Protein*	Ajinomoto	30	267,07	8,9023

FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE (SEMI-ÉLÉMENTAIRE)

Liq. 250 mL suppl.

99113949	*KetoVie Peptide 4:1*	Ajinomoto	30	267,07	8,9023

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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 - INSUFFISANCE RÉNALE (ENFANT)

Pd. — 400 g

99113884	*Renastart*	Vitaflo	6	237,78	39,6300

FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO

Pd. Orale — 410 g — suppl.

00881201	*Portagen*	M.J.	1	20,22	

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE

Pd. Orale — 48,7 g/sachet — suppl.

99000229	*Vivonex Pédiatrique*	Nestlé H.S	6	39,42	6,5700

Pd. Orale — 79,5 g/ sac. — suppl.

00921017	*Vivonex Plus*	Nestlé H.S	6	39,39	6,5650

Pd. Orale — 80 g/sac. — suppl.

00861464	*Tolerex*	Nestlé H.S	6	23,40	3,9000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Orale			80,4 g/sac.	suppl.	
00895229	*Vivonex T.E.N.*	Nestlé H.S	10	65,60	6,5600

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)

Liq.			237 mL	suppl.	
99100463	*Neocate Splash*	Nutricia	27	178,76	6,6207
Pd. Orale Péd.			400 g	suppl.	
99114004	*Essential Care Jr (toutes saveurs)*	Ajinomoto	6	280,26	46,7100
99100892	*Neocate avec DHA et ARA*	Nutricia	4	199,28	49,8198
99004402	*Neocate Junior*	Nutricia	4	191,23	47,8075
99100790	*Neocate Junior avec fibres*	Nutricia	4	184,00	46,0000
99100715	*PurAmino A+*	M.J.	1	51,66	
99101278	*PurAmino A+ Junior*	M.J.	1	47,22	

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS

Liq.			1 L	suppl.	
* 99003635	*Compleat 1.06*	Nestlé H.S	1	7,45	
99100393	*Jevity 1,5 Cal*	Abbott	1	10,07	
99003597	*Jevity 1.2 cal*	Abbott	1	8,06	
99100703	*Nepro*	Abbott	1	8,01	
99100462	*TwoCal HN*	Abbott	1	9,84	
Liq.			1,5 L	suppl.	
99004496	*Isosource Fibres 1.0 HP*	Nestlé H.S	1	12,15	
99000202	*Isosource Fibres 1.2*	Nestlé H.S	1	10,29	
99004127	*Isosource Fibres 1.5*	Nestlé H.S	1	10,53	
99100645	*Jevity 1 cal*	Abbott	1	10,63	
99100402	*Jevity 1,5 Cal*	Abbott	1	15,10	
99003600	*Jevity 1.2 cal*	Abbott	1	12,09	
* 99100042	*Resource pour diabétiques 1.05*	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	*Compleat 1.06*	Nestlé H.S	1	1,90	
* 99004658	*Compleat Junior 1.0*	Nestlé H.S	1	2,42	
00920347	*Glucerna 1.0 Cal*	Abbott	1	1,57	
99000180	*Isosource Fibres 1.0 HP*	Nestlé H.S	1	1,98	
00801194	*Isosource Fibres 1.2*	Nestlé H.S	1	1,72	
99004135	*Isosource Fibres 1.5*	Nestlé H.S	1	1,75	
99000482	*Jevity 1 cal*	Abbott	1	1,65	
99100417	*Jevity 1,5 Cal*	Abbott	1	2,38	
99003392	*Jevity 1.2 cal*	Abbott	1	1,89	
99100702	*Nepro*	Abbott	1	1,90	
* 99003414	*Nutren Junior Fibres 1.0*	Nestlé H.S	1	1,54	
99001381	*Pediasure avec fibres*	Abbott	1	1,56	
99005050	*Pediasure Plus avec fibres*	Abbott	1	2,35	
99100216	*Resource Essentiels Jeunesse 1,5*	Nestlé H.S	1	2,17	
* 99002019	*Resource pour diabétiques 1.05*	Nestlé H.S	1	1,63	
99002647	*Suplena*	Abbott	1	2,00	
Pd. Orale			85 g/sac.	suppl.	
99003236	*Scandishake Aromatisée*	Aptalis	4	11,81	2,9525

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS (INTOLÉRANCE OU ALLERGIE)

Liq.			1 L	suppl.	
99114000	*Compleat 1.5*	Nestlé H.S	6	64,60	10,7667
Liq.			250 mL	suppl.	
99113857	*Compleat 1.5*	Nestlé H.S	24	64,60	2,6917
* 99113858	*Compleat 1.5 Junior*	Nestlé H.S	24	88,40	3,6833

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS

Liq.			1 L	suppl.	
99100395	*Isosource 2.0*	Nestlé H.S	1	9,42	
99100244	*Novasource Renal*	Nestlé H.S	1	8,38	
Liq.			1,5 L	suppl.	
99000164	*Isosource 1.2*	Nestlé H.S	1	7,50	
99002000	*Isosource 1.5*	Nestlé H.S	1	10,75	
99003570	*Osmolite 1.0 cal*	Abbott	1	8,01	
99004216	*Osmolite 1.2 cal*	Abbott	1	8,08	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Liq. 235 mL à 250 mL suppl.

00898708	*Boost 1.5*	Nestlé H.S	1	1,45	
99000512	*Isosource 1.2*	Nestlé H.S	1	1,12	
00907766	*Isosource 1.5*	Nestlé H.S	1	1,77	
99003546	*Novasource Renal*	Nestlé H.S	1	1,92	
* 99003406	*Nutren Junior 1.0*	Nestlé H.S	1	1,54	
99004224	*Osmolite 1.2 cal*	Abbott	1	1,25	
99000474	*Pediasure*	Abbott	1	1,56	
99001543	*Promote*	Abbott	1	1,36	
99003554	*Resource 2.0*	Nestlé H.S	1	1,92	
99004690	*TwoCal HN*	Abbott	1	2,32	

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS - USAGE SPÉCIFIQUE

Pd. Orale 400 g suppl.

* 99100792	*Modulen*	Nestlé H.S	1	27,10	

FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)

Pd. Orale Péd. 363 g suppl.

99100122	*Enfamil Enfacare A+*	M.J.	1	14,45	
99100123	*Similac Neosure*	Abbott	1	14,41	

FORMULE NUTRITIVE - PROTÉINE

Pd. Orale 227 g suppl.

99003783	*Beneprotein*	Nestlé H.S	6	91,86	15,3100

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE

Liq. 1 L suppl.

99002922	*Peptamen 1.5*	Nestlé H.S	1	38,36	
99100826	*Peptamen AF*	Nestlé H.S	1	38,08	
99101178	*Vital Peptide 1.5 Cal*	Abbott	1	28,88	

Liq. 1,5 L suppl.

99100094	*Peptamen avec Prebio 1*	Nestlé H.S	1	39,90	

Liq. 220 mL à 250 mL suppl.

99101181	*PediaSure Peptide 1 Cal*	Abbott	1	2,49	
00908444	*Peptamen*	Nestlé H.S	1	6,65	
99003031	*Peptamen 1.5*	Nestlé H.S	1	9,59	
99100309	*Peptamen AF*	Nestlé H.S	1	9,77	
99004631	*Peptamen avec Prebio 1*	Nestlé H.S	1	6,65	
99000296	*Peptamen Junior*	Nestlé H.S	1	6,65	
99100789	*Peptamen Junior 1.5*	Nestlé H.S	1	9,98	
99101182	*Vital Peptide 1 Cal*	Abbott	1	4,39	
99101183	*Vital Peptide 1.5 Cal*	Abbott	1	6,35	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE HYPERPROTÉINÉE

Liq. — 1 L suppl.

99101234	*Peptamen Intense Hyperprotéiné*	Nestlé H.S	1	32,95	

Liq. — 250 mL suppl.

99101235	*Peptamen Intense Hyperprotéiné*	Nestlé H.S	1	8,24	

FRÉMANEZUMAB Pr

Sol. Inj. S.C. — 150 mg/mL (1,5 mL)

02497859	*Ajovy (seringue)*	Teva Innov	1	535,72	
02509474	*Ajovy (stylo)*	Teva Innov	1	535,72	

FULVESTRANT Pr

Sol. Inj. I.M. (ser) — 50 mg/mL (5 mL) **PPB**

02248624	*Faslodex*	AZC	2	1153,11		576,5550
02486792	*Fulvestrant Injectable*	Accord	2	582,90	➡	291,4500
02483610	*Fulvestrant Injectable*	Sandoz	2	582,90	➡	291,4500
02460130	*Teva-Fulvestrant Injection*	Teva Can	2	582,90	➡	291,4500

GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE) Pr

Caps. L.A. — 8 mg **PPB**

02425157	*Auro-Galantamine ER*	Aurobindo	30	34,43	➡	1,1475
			100	114,75	➡	1,1475
02443015	*Galantamine ER*	Sanis	100	114,75	➡	1,1475
02339439	*Mylan-Galantamine ER*	Mylan	30	34,43	➡	1,1475
			100	114,75	➡	1,1475
02398370	*pms-Galantamine ER*	Phmscience	30	34,43	➡	1,1475
			100	114,75	➡	1,1475

Caps. L.A. — 16 mg **PPB**

02425165	*Auro-Galantamine ER*	Aurobindo	30	34,43	➡	1,1475
			100	114,75	➡	1,1475
02416581	*Galantamine ER*	Pro Doc	30	34,43	➡	1,1475
02443023	*Galantamine ER*	Sanis	100	114,75	➡	1,1475
02339447	*Mylan-Galantamine ER*	Mylan	30	34,43	➡	1,1475
			100	114,75	➡	1,1475
02398389	*pms-Galantamine ER*	Phmscience	30	34,43	➡	1,1475
			100	114,75	➡	1,1475

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.				24 mg **PPB**	
02425173	*Auro-Galantamine ER*	Aurobindo	30	34,43 ➡	1,1475
			100	114,75 ➡	1,1475
02443031	*Galantamine ER*	Sanis	100	114,75 ➡	1,1475
02339455	*Mylan-Galantamine ER*	Mylan	30	34,43 ➡	1,1475
			100	114,75 ➡	1,1475
02398397	*pms-Galantamine ER*	Phmscience	30	34,43 ➡	1,1475
			100	114,75 ➡	1,1475

GÉFITINIB Ⓟ

Co.				250 mg **PPB**	
02468050	*Apo-Gefitinib*	Apotex	30	1869,15 ➡	62,3050
02248676	*Iressa*	AZC	30	2199,00	73,3000
02500663	*Jamp Gefitinib*	Jamp	30	1869,15 ➡	62,3050
02491796	*Nat-Gefitinib*	Natco	30	1869,15 ➡	62,3050
02487748	*Sandoz Gefitinib*	Sandoz	30	1869,15 ➡	62,3050

GENTAMICINE (SULFATE DE) Ⓟ

Sol. Inj.				40 mg/mL	
02242652	*Gentamicine Injection*	Sandoz	2 ml	15,56	

GILTÉRITINIB Ⓟ

Co.				40 mg	
02495058	*Xospata*	Astellas	90	25805,70	286,7300

GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT) Ⓟ

Sol. Inj. S.C. (ser)				20 mg/mL (1 mL)	
02460661	*Glatect*	Phmscience	30	972,00	32,4000

GLÉCAPRÉVIR/PIBRENTASVIR Ⓟ

Trousse (orale solide)				100 mg -40 mg	
02467550	*Maviret*	AbbVie	28	20000,00	714,2857

GLIMÉPIRIDE Ⓟ

Co.				1 mg	
02269589	*Sandoz Glimepiride*	Sandoz	30	11,57	0,3857

Co.				2 mg	
02269597	*Sandoz Glimepiride*	Sandoz	30	11,57	0,3857

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				4 mg	
02269619	*Sandoz Glimepiride*	Sandoz	30	11,57	0,3857

GLYCÉRINE [5]

Supp.					
99100357			12		

GOLIMUMAB Pr

Sol. Inj. S.C. (App.)				50 mg/0,5 mL	
02324784	*Simponi*	Janss. Inc	1	1447,00	
Sol. Inj. S.C. (ser)				50 mg/0,5 mL	
02324776	*Simponi*	Janss. Inc	1	1447,00	
Sol. Perf. I.V.				12,5 mg/mL (4 mL)	
02417472	*Simponi I.V.*	Janss. Inc	1	826,86	

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE Pr

Pd. Inj.				10 000 U **PPB**	
02247459	*Gonadotrophine Chorionique*	Fresenius	1	➡ 72,00	
02182904	*Pregnyl*	Organon	1	➡ 72,00	

GONADOTROPHINES Pr

Pd. Inj.				75 UI	
02283093	*Menopur*	Ferring	5	275,00	55,0000

GRANISÉTRON (CHLORHYDRATE DE) Pr

Co.				1 mg **PPB**	
02308894	*Apo-Granisetron*	Apotex	10	45,00	➡ 4,5000
02472686	*Jamp Granisetron*	Jamp	10	45,00	➡ 4,5000
02452359	*Nat-Granisetron*	Natco	10	45,00	➡ 4,5000

GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE) Pr

Co. L.A.				1 mg **PPB**	
02523728	*Apo-Guanfacine XR*	Apotex	30	46,13	➡ 1,5375
			100	153,75	➡ 1,5375
02409100	*Intuniv XR*	Takeda	100	300,00	3,0000
02523558	*Jamp Guanfacine XR*	Jamp	100	153,75	➡ 1,5375

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. L.A.				2 mg **PPB**	
02523736	*Apo-Guanfacine XR*	Apotex	30	56,12 ➡	1,8707
			100	187,07 ➡	1,8707
02409119	*Intuniv XR*	Takeda	100	365,00	3,6500
02523566	*Jamp Guanfacine XR*	Jamp	100	187,07 ➡	1,8707
Co. L.A.				3 mg **PPB**	
02523744	*Apo-Guanfacine XR*	Apotex	30	66,11 ➡	2,2038
			100	220,38 ➡	2,2038
02409127	*Intuniv XR*	Takeda	100	430,00	4,3000
02523574	*Jamp Guanfacine XR*	Jamp	100	220,38 ➡	2,2038
Co. L.A.				4 mg **PPB**	
02523752	*Apo-Guanfacine XR*	Apotex	30	76,11 ➡	2,5369
			100	253,69 ➡	2,5369
02409135	*Intuniv XR*	Takeda	100	495,00	4,9500
02523582	*Jamp Guanfacine XR*	Jamp	100	253,69 ➡	2,5369

HUILE MINÉRALE

Liq.				100 %	
00704172	*Huile Minérale*	Atlas	250 ml	2,15	0,0086
			500 ml	3,11	0,0062
Liq. (Rect.)					
00107875	*Fleet Huileux*	CB Fleet	130 ml	5,59	

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE

Sol. Oph.				0,5 %	
00000809	*Isopto Tears*	Alcon	15 ml	4,16	
Sol. Oph.				1 %	
00000817	*Isopto Tears*	Alcon	15 ml	4,70	

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70

Sol. Oph.				0,3 % -0,1 %	
00743445	*Tears Naturale II*	Alcon	15 ml	5,10	

IBRUTINIB Ⓟ

Caps.				140 mg	
02434407	*Imbruvica*	Janss. Inc	90	8158,50	90,6500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ICATIBANT (ACÉTATE D') 🅿

Sol. Inj. S.C. (ser) — 10 mg/mL (3 mL)

02425696	*Firazyr*	Takeda	1	2700,00	

ICOSAPENT ÉTHYLE 🅿

Caps. — 1 g

02495244	*Vascepa*	HLS	120	294,00	2,4500

IDÉLALISIB 🅿

Co. — 100 mg

02438798	*Zydelig*	Gilead	60	5121,00	85,3500

Co. — 150 mg

02438801	*Zydelig*	Gilead	60	5121,00	85,3500

IMATINIB (MÉSYLATE D') 🅿

Co. — 100 mg **PPB**

02490986	*ACH-Imatinib*	Accord	120	624,95	➡	5,2079
02355337	*Apo-Imatinib*	Apotex	30	156,24	➡	5,2079
02253275	*Gleevec*	Novartis	120	3182,21		26,5184
02504596	*Imatinib*	Sanis	30	156,24	➡	5,2079
02495066	*Jamp Imatinib*	Jamp	120	624,95	➡	5,2079
02492334	*Mint-Imatinib*	Mint	120	624,95	➡	5,2079
02397285	*NAT-Imatinib*	Natco	30	156,24	➡	5,2079
02431114	*pms-Imatinib*	Phmscience	120	624,95	➡	5,2079
02399806	*Teva-Imatinib*	Teva Can	120	624,95	➡	5,2079

Co. — 400 mg **PPB**

02490994	*ACH-Imatinib*	Accord	30	624,94	➡	20,8314
02355345	*Apo-Imatinib*	Apotex	30	624,94	➡	20,8314
02253283	*Gleevec*	Novartis	30	3182,21		106,0737
02504618	*Imatinib*	Sanis	30	624,94	➡	20,8314
02495074	*Jamp Imatinib*	Jamp	30	624,94	➡	20,8314
02492342	*Mint-Imatinib*	Mint	30	624,94	➡	20,8314
02397293	*NAT-Imatinib*	Natco	30	624,94	➡	20,8314
02431122	*pms-Imatinib*	Phmscience	30	624,94	➡	20,8314
02399814	*Teva-Imatinib*	Teva Can	30	624,94	➡	20,8314

IMATINIB (MÉSYLATE D') - TUMEUR STROMALE GASTRO-INTESTINALE 🅿

Co. — 100 mg

99100983	*Gleevec*	Novartis	120	3182,21	26,5184

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				400 mg	
99100982	*Gleevec*	Novartis	30	3182,21	106,0737

IMIQUIMOD ℙ

Cr. Top.				5 % **PPB**	
02239505	*Aldara P*	Valeant	7,5 g	287,52	
02482983	*Taro-Imiquimod Pump*	Taro	7,5 g	➡ 244,39	

INCOBOTULINUMTOXINA ℙ

Pd. Inj.				50 U	
02371081	*Xeomin*	Merz	1	165,00	
Pd. Inj.				100 U	
02324032	*Xeomin*	Merz	1	330,00	

INDACATÉROL (ACÉTATE D')/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE) ℙ

Pd. pour inh. (App.)				150 mcg - 50 mcg - 160 mcg	
02501244	*Enerzair Breezhaler*	Valeo	30	102,83	

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

Pd. pour inh. (App.)				150 mcg - 80 mcg	
02498685	*Atectura Breezhaler*	Valeo	30	32,19	
Pd. pour inh. (App.)				150 mcg - 160 mcg	
02498707	*Atectura Breezhaler*	Valeo	30	40,26	
Pd. pour inh. (App.)				150 mcg - 320 mcg	
02498693	*Atectura Breezhaler*	Valeo	30	55,42	

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

Pd. pour inh. (App.)				110 mcg - 50 mcg/caps.	
02418282	*Ultibro Breezhaler*	Covis	30	77,49	

INFLIXIMAB ℙ

Pd. Perf. I.V.				100 mg	
02496933	*Avsola*	Amgen	1	493,00	
02419475	*Inflectra*	Pfizer	1	525,00	
02470373	*Renflexis*	Organon	1	493,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

INFLIXIMAB (REMICADE) ℙ

Pd. Perf. I.V. — 100 mg

02244016	*Remicade*	Janss. Inc	1	940,00	

INOTERSEN ℙ

Sol. Inj. S.C. (ser) — 189 mg/mL (1,5 mL)

02481383	*Tegsedi*	Akcea	4	32173,95	8043,4874

INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE

Susp. Inj. S.C. — 30 % - 70 % (3 mL)

02265435	*NovoMix30*	N.Nordisk	5	52,20	

INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE

Susp. Inj. S.C. — 25 % - 75 % (3mL)

02240294	*Humalog Mix 25*	Lilly	5	51,44	
02403420	*Humalog Mix 25 KwikPen*	Lilly	5	51,44	

INTERFÉRON BÊTA-1A ℙ

Sol. Inj. I.M. — 30 mcg (6 MUI)

99100763	*Avonex Pen*	Biogen	4	1409,85	352,4625
02269201	*Avonex PS*	Biogen	4	1409,85	352,4625

Sol. Inj. S.C. — 22 mcg/0.5 mL (1,5 mL)

02318253	*Rebif*	Serono	4	1434,74	358,6850

Sol. Inj. S.C. — 44 mcg/0.5 mL (1,5 mL)

02318261	*Rebif*	Serono	4	1746,62	436,6550

Sol. Inj. S.C. (ser) — 22 mcg (6 MUI)

02237319	*Rebif*	Serono	3	358,69	119,5633

Sol. Inj. S.C. (ser) — 44 mcg (12 MUI)

02237320	*Rebif*	Serono	3	436,66	145,5533

INTERFÉRON BÊTA-1B ℙ

Pd. Inj. — 0,3 mg

02169649	*Betaseron*	Bayer	15	1490,39	99,3593
			45	4471,17	99,3593
02337819	*Extavia*	Novartis	15	1490,39	99,3593

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ISAVUCONAZOLE ℙ

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') ℙ

Co. 5 mg

02459973	*Lancora*	Servier	56	47,63	0,8505

Co. 7,5 mg

02459981	*Lancora*	Servier	56	87,18	1,5568

IVACAFTOR ℙ

Trousse (orale solide) 150 mg

02397412	*Kalydeco*	Vertex	56	23520,00	

IXÉKIZUMAB ℙ

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) ℙ

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	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LACOSAMIDE 🅿

Co. 50 mg **PPB**

02489287	*ACH-Lacosamide*	Accord	60	37,88	➡ 0,6313
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
02512874	*Lacosamide*	Sanis	60	37,88	➡ 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

Co. 100 mg **PPB**

02489295	*ACH-Lacosamide*	Accord	60	52,50	➡ 0,8750
02501929	*AG-Lacosamide*	Angita	100	87,50	➡ 0,8750
02475340	*Auro-Lacosamide*	Aurobindo	60	52,50	➡ 0,8750
02488396	*Jamp-Lacosamide*	Jamp	100	87,50	➡ 0,8750
02512882	*Lacosamide*	Sanis	60	52,50	➡ 0,8750
02487810	*Mar-Lacosamide*	Marcan	60	52,50	➡ 0,8750
02490552	*Mint-Lacosamide*	Mint	60	52,50	➡ 0,8750
02499576	*NRA-Lacosamide*	Nora	60	52,50	➡ 0,8750
02478218	*Pharma-Lacosamide*	Phmscience	60	52,50	➡ 0,8750
02474689	*Sandoz Lacosamide*	Sandoz	60	52,50	➡ 0,8750
02472910	*Teva-Lacosamide*	Teva Can	60	52,50	➡ 0,8750
02357623	*Vimpat*	U.C.B.	60	199,20	3,3200

Co. 150 mg **PPB**

02489309	*ACH-Lacosamide*	Accord	60	70,58	➡ 1,1763
02501937	*AG-Lacosamide*	Angita	100	117,63	➡ 1,1763
02475359	*Auro-Lacosamide*	Aurobindo	60	70,58	➡ 1,1763
02488418	*Jamp-Lacosamide*	Jamp	100	117,63	➡ 1,1763
02512890	*Lacosamide*	Sanis	60	70,58	➡ 1,1763
02487829	*Mar-Lacosamide*	Marcan	60	70,58	➡ 1,1763
02490560	*Mint-Lacosamide*	Mint	60	70,58	➡ 1,1763
02499584	*NRA-Lacosamide*	Nora	60	70,58	➡ 1,1763
02478226	*Pharma-Lacosamide*	Phmscience	60	70,58	➡ 1,1763
02474697	*Sandoz Lacosamide*	Sandoz	60	70,58	➡ 1,1763
02472929	*Teva-Lacosamide*	Teva Can	60	70,58	➡ 1,1763
02357631	*Vimpat*	U.C.B.	60	259,20	4,3200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE

Co. 200 mg **PPB**

02489317	*ACH-Lacosamide*	Accord	60	87,00	➡	1,4500
02501945	*AG-Lacosamide*	Angita	100	145,00	➡	1,4500
02475367	*Auro-Lacosamide*	Aurobindo	60	87,00	➡	1,4500
02488426	*Jamp-Lacosamide*	Jamp	100	145,00	➡	1,4500
02512904	*Lacosamide*	Sanis	60	87,00	➡	1,4500
02487837	*Mar-Lacosamide*	Marcan	60	87,00	➡	1,4500
02490579	*Mint-Lacosamide*	Mint	60	87,00	➡	1,4500
02499592	*NRA-Lacosamide*	Nora	60	87,00	➡	1,4500
02478234	*Pharma-Lacosamide*	Phmscience	60	87,00	➡	1,4500
02474700	*Sandoz Lacosamide*	Sandoz	60	87,00	➡	1,4500
02472937	*Teva-Lacosamide*	Teva Can	60	87,00	➡	1,4500
02357658	*Vimpat*	U.C.B.	60	319,20		5,3200

LACTULOSE

Sir. ou Sol. Orale 667 mg/mL **PPB**

02242814	*Apo-Lactulose*	Apotex	500 ml	7,25	➡	0,0145
			1000 ml	14,50	➡	0,0145
02295881	*Jamp-Lactulose*	Jamp	500 ml	7,25	➡	0,0145
			1000 ml	14,50	➡	0,0145
02412268	*Lactulose*	Sanis	500 ml	7,25	➡	0,0145
02247383	*Pharma-Lactulose*	Phmscience	500 ml	7,25	➡	0,0145
			1000 ml	14,50	➡	0,0145
00703486	*pms-Lactulose*	Phmscience	500 ml	7,25	➡	0,0145
			1000 ml	14,50	➡	0,0145
02469391	*pms-Lactulose-Pharma*	Phmscience	500 ml	7,25	➡	0,0145
			1000 ml	14,50	➡	0,0145
00854409	*ratio-Lactulose*	Ratiopharm	500 ml	7,25	➡	0,0145
			1000 ml	14,50	➡	0,0145

LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE) [F]

Co. Croq. 250 mg **PPB**

02287145	*Fosrenol*	Takeda	90	96,38		1,0709
02498731	*Nat-Lanthanum*	Natco	90	92,06	➡	1,0229

Co. Croq. 500 mg **PPB**

02287153	*Fosrenol*	Takeda	90	192,74		2,1416
02498758	*Nat-Lanthanum*	Natco	90	184,13	➡	2,0459

Co. Croq. 750 mg **PPB**

02287161	*Fosrenol*	Takeda	90	290,06		3,2229
02498766	*Nat-Lanthanum*	Natco	90	277,07	➡	3,0786

Co. Croq. 1000 mg **PPB**

02287188	*Fosrenol*	Takeda	90	384,56		4,2729
02498774	*Nat-Lanthanum*	Natco	90	367,34	➡	4,0815

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LAPATINIB ℞

Co. 250 mg

02326442	*Tykerb*	Novartis	70	1645,00	23,5000

LÉDIPASVIR/SOFOSBUVIR ℞

Co. 90 mg -400 mg

02432226	*Harvoni*	Gilead	28	22333,33	797,6189

LÉNALIDOMIDE ℞

Caps. 2,5 mg **PPB**

02507927	*Apo-Lenalidomide*	Apotex	21	1729,88	➡	82,3750
02506130	*Jamp Lenalidomide*	Jamp	21	1729,88	➡	82,3750
02493837	*NAT-Lenalidomide*	Natco	21	1729,88	➡	82,3750
02484714	*Reddy-Lenalidomide*	Dr Reddy's	21	1729,88	➡	82,3750
02459418	*Revlimid*	Celgene	21	6919,50		329,5000
02518562	*Sandoz Lenalidomide*	Sandoz	21	1729,88	➡	82,3750
+ 02507862	*Taro-Lenalidomide*	Taro	21	1729,88	➡	82,3750

Caps. 5 mg **PPB**

02507935	*Apo-Lenalidomide*	Apotex	28	2380,00	➡	85,0000
02506149	*Jamp Lenalidomide*	Jamp	28	2380,00	➡	85,0000
02493845	*NAT-Lenalidomide*	Natco	28	2380,00	➡	85,0000
02483017	*Reddy-Lenalidomide*	Dr Reddy's	28	2380,00	➡	85,0000
02304899	*Revlimid*	Celgene	28	9520,00		340,0000
02518570	*Sandoz Lenalidomide*	Sandoz	28	2380,00	➡	85,0000
+ 02507870	*Taro-Lenalidomide*	Taro	28	2380,00	➡	85,0000

Caps. 10 mg **PPB**

02507943	*Apo-Lenalidomide*	Apotex	28	2527,00	➡	90,2500
02506157	*Jamp Lenalidomide*	Jamp	28	2527,00	➡	90,2500
02493861	*NAT-Lenalidomide*	Natco	28	2527,00	➡	90,2500
02483025	*Reddy-Lenalidomide*	Dr Reddy's	28	2527,00	➡	90,2500
02304902	*Revlimid*	Celgene	28	10108,00		361,0000
02518589	*Sandoz Lenalidomide*	Sandoz	28	2527,00	➡	90,2500
+ 02507889	*Taro-Lenalidomide*	Taro	28	2527,00	➡	90,2500

Caps. 15 mg **PPB**

02507951	*Apo-Lenalidomide*	Apotex	21	2005,50	➡	95,5000
02506165	*Jamp Lenalidomide*	Jamp	21	2005,50	➡	95,5000
02493888	*NAT-Lenalidomide*	Natco	21	2005,50	➡	95,5000
02483033	*Reddy-Lenalidomide*	Dr Reddy's	21	2005,50	➡	95,5000
02317699	*Revlimid*	Celgene	21	8022,00		382,0000
02518597	*Sandoz Lenalidomide*	Sandoz	21	2005,50	➡	95,5000
+ 02507897	*Taro-Lenalidomide*	Taro	21	2005,50	➡	95,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps. 20 mg **PPB**

02507978	*Apo-Lenalidomide*	Apotex	21	2115,75	➡ 100,7500
02506173	*Jamp Lenalidomide*	Jamp	21	2115,75	➡ 100,7500
02493896	*NAT-Lenalidomide*	Natco	21	2115,75	➡ 100,7500
02483041	*Reddy-Lenalidomide*	Dr Reddy's	21	2115,75	➡ 100,7500
02440601	*Revlimid*	Celgene	21	8463,00	403,0000
02518600	*Sandoz Lenalidomide*	Sandoz	21	2115,75	➡ 100,7500
+ 02507900	*Taro-Lenalidomide*	Taro	21	2115,75	➡ 100,7500

Caps. 25 mg **PPB**

02507986	*Apo-Lenalidomide*	Apotex	21	2226,00	➡ 106,0000
02506181	*Jamp Lenalidomide*	Jamp	21	2226,00	➡ 106,0000
02493918	*NAT-Lenalidomide*	Natco	21	2226,00	➡ 106,0000
02483068	*Reddy-Lenalidomide*	Dr Reddy's	21	2226,00	➡ 106,0000
02317710	*Revlimid*	Celgene	21	8904,00	424,0000
02518619	*Sandoz Lenalidomide*	Sandoz	21	2226,00	➡ 106,0000
+ 02507919	*Taro-Lenalidomide*	Taro	21	2226,00	➡ 106,0000

LENVATINIB 🅿

Trousse (orale solide) dose quotidienne de 4 mg : 4 mg (5 caps.)

* 02484056	*Lenvima*	Eisai	6	977,15	162,8575

Trousse (orale solide) dose quotidienne de 8 mg : 4 mg (10 caps.)

* 02468220	*Lenvima*	Eisai	6	1954,29	325,7150

Trousse (orale solide) dose quotidienne de 10 mg : 10 mg (5 caps.)

* 02450321	*Lenvima*	Eisai	6	2149,20	358,2000

Trousse (orale solide) dose quotidienne de 12 mg : 4 mg (15 caps.)

* 02484129	*Lenvima*	Eisai	6	2931,44	488,5725

Trousse (orale solide) dose quotidienne de 14 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (5 caps.)

* 02450313	*Lenvima*	Eisai	6	3312,60	552,1000

Trousse (orale solide) dose quotidienne de 20 mg : 10 mg (10 caps.)

* 02450305	*Lenvima*	Eisai	6	4969,20	828,2000

Trousse (orale solide) dose quotidienne de 24 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (10 caps.)

* 02450291	*Lenvima*	Eisai	6	6625,20	1104,2000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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	

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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*	Takeda	100	201,00	2,0100
Caps.				20 mg	
02347156	*Vyvanse*	Takeda	100	224,00	2,2400
Caps.				30 mg	
02322951	*Vyvanse*	Takeda	100	251,00	2,5100
Caps.				40 mg	
02347164	*Vyvanse*	Takeda	100	278,00	2,7800
Caps.				50 mg	
02322978	*Vyvanse*	Takeda	100	305,00	3,0500
Caps.				60 mg	
02347172	*Vyvanse*	Takeda	100	331,00	3,3100

LOMITAPIDE (MÉSYLATE DE) 🅿

Caps.				5 mg	
02420341	*Juxtapid*	Medison	28	29120,00	1040,0000
Caps.				10 mg	
02420376	*Juxtapid*	Medison	28	29120,00	1040,0000
Caps.				20 mg	
02420384	*Juxtapid*	Medison	28	29120,00	1040,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co. 20 mg **PPB**

02516438	*Jamp Lurasidone*	Jamp	30	36,75	➡ 1,2250
02422050	*Latuda*	Sunovion	30	107,10	3,5700
02505878	*pms-Lurasidone*	Phmscience	30	36,75	➡ 1,2250
02521075	*Sandoz Lurasidone*	Sandoz	30	36,75	➡ 1,2250
			100	122,50	➡ 1,2250
02504499	*Taro-Lurasidone*	Taro	30	36,75	➡ 1,2250

Co. 40 mg **PPB**

02516446	*Jamp Lurasidone*	Jamp	30	36,75	➡ 1,2250
02387751	*Latuda*	Sunovion	30	107,10	3,5700
02505886	*pms-Lurasidone*	Phmscience	30	36,75	➡ 1,2250
02521091	*Sandoz Lurasidone*	Sandoz	30	36,75	➡ 1,2250
			100	122,50	➡ 1,2250
02504502	*Taro-Lurasidone*	Taro	30	36,75	➡ 1,2250

Co. 60 mg **PPB**

02516454	*Jamp Lurasidone*	Jamp	30	36,75	➡ 1,2250
02413361	*Latuda*	Sunovion	30	107,10	3,5700
02505894	*pms-Lurasidone*	Phmscience	30	36,75	➡ 1,2250
02521105	*Sandoz Lurasidone*	Sandoz	30	36,75	➡ 1,2250
02504510	*Taro-Lurasidone*	Taro	30	36,75	➡ 1,2250

Co. 80 mg **PPB**

02516462	*Jamp Lurasidone*	Jamp	30	36,75	➡ 1,2250
02387778	*Latuda*	Sunovion	30	107,10	3,5700
02505908	*pms-Lurasidone*	Phmscience	30	36,75	➡ 1,2250
02521113	*Sandoz Lurasidone*	Sandoz	30	36,75	➡ 1,2250
02504529	*Taro-Lurasidone*	Taro	30	36,75	➡ 1,2250

Co. 120 mg **PPB**

02387786	*Latuda*	Sunovion	30	107,10	3,5700
02505916	*pms-Lurasidone*	Phmscience	30	73,50	➡ 2,4500
02504537	*Taro-Lurasidone*	Taro	30	73,50	➡ 2,4500

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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	*Celsentri*	ViiV	60	990,00	16,5000

Co. 300 mg

02299852	*Celsentri*	ViiV	60	990,00	16,5000

MÉMANTINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓡ

Co. 10 mg **PPB**

02324067	*ACT Memantine*	ActavisPhm	30	13,26	➡	0,4420
			100	44,20	➡	0,4420
02366487	*Apo-Memantine*	Apotex	100	44,20	➡	0,4420
02260638	*Ebixa*	Lundbeck	30	70,10		2,3367
02443082	*Memantine*	Sanis	100	44,20	➡	0,4420
02446049	*Memantine*	Sivem	30	13,26	➡	0,4420
			100	44,20	➡	0,4420
02321130	*pms-Memantine*	Phmscience	30	13,26	➡	0,4420
			100	44,20	➡	0,4420
02348950	*Riva-Memantine*	Riva	30	13,26	➡	0,4420
			100	44,20	➡	0,4420
02375532	*Sandoz Memantine FCT*	Sandoz	100	44,20	➡	0,4420

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

MÉPOLIZUMAB ℙ

Pd. Inj. S.C. — 100 mg

02449781	*Nucala*	GSK	1	1938,46	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 100 mg/mL

02492997	*Nucala*	GSK	1	1938,46	

Sol. Inj. S.C. (stylo) — 100 mg/mL

02492989	*Nucala*	GSK	1	1938,46	

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) ⊕

Caps. L.A. — 10 mg

02277166	*Biphentin*	Elvium	100	67,45	0,6745

Caps. L.A. — 15 mg

02277131	*Biphentin*	Elvium	100	96,57	0,9657

Caps. L.A. — 20 mg

02277158	*Biphentin*	Elvium	100	124,68	1,2468

Caps. L.A. — 30 mg

02277174	*Biphentin*	Elvium	100	171,18	1,7118

Caps. L.A. — 40 mg

02277182	*Biphentin*	Elvium	100	218,15	2,1815

Caps. L.A. — 50 mg

02277190	*Biphentin*	Elvium	50	132,20	2,6440

Caps. L.A. — 60 mg

02277204	*Biphentin*	Elvium	50	156,20	3,1240

Caps. L.A. — 80 mg

02277212	*Biphentin*	Elvium	50	202,86	4,0572

Co. L.A. (12 h) — 18 mg

02441934	*ACT Methylphenidate ER*	Teva Can	100	50,99	0,5099
02452731	*Apo-Methylphenidate ER*	Apotex	100	50,99	0,5099
02247732	*Concerta*	Janss. Inc	100	203,64	2,0364

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A. (12 h)				27 mg	
02441942	*ACT Methylphenidate ER*	Teva Can	100	58,84	0,5884
02452758	*Apo-Methylphenidate ER*	Apotex	100	58,84	0,5884
02250241	*Concerta*	Janss. Inc	100	235,01	2,3501
Co. L.A. (12 h)				36 mg	
02441950	*ACT Methylphenidate ER*	Teva Can	100	68,63	0,6863
02452766	*Apo-Methylphenidate ER*	Apotex	100	68,63	0,6863
02247733	*Concerta*	Janss. Inc	100	266,38	2,6638
Co. L.A. (12 h)				54 mg	
02441969	*ACT Methylphenidate ER*	Teva Can	100	82,40	0,8240
02330377	*Apo-Methylphenidate ER*	Apotex	100	82,40	0,8240
02247734	*Concerta*	Janss. Inc	100	329,12	3,2912

MÉTRONIDAZOLE Pr

Gel Vag.				0,75 %	
02125226	*Nidagel*	Valeant	70 g	18,62	

MICAFUNGINE SODIQUE Pr

Pd. Perf. I.V.				50 mg	
02294222	*Mycamine*	Astellas	1	98,00	
Pd. Perf. I.V.				100 mg	
02311054	*Mycamine*	Astellas	1	196,00	

MIGALASTAT Pr

Caps.				123 mg	
02468042	*Galafold*	Amicus	14	23800,00	1700,0000

MIRABEGRON Pr

Co. L.A.				25 mg	
02402874	*Myrbetriq*	Astellas	30	43,80	1,4600
			90	131,40	1,4600
Co. L.A.				50 mg	
02402882	*Myrbetriq*	Astellas	30	43,80	1,4600
			90	131,40	1,4600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MODAFINIL Ⓟ

Co. 100 mg **PPB**

02285398	*Apo-Modafinil*	Apotex	100	31,71	➡ 0,3171
02430487	*Auro-Modafinil*	Aurobindo	30	9,51	➡ 0,3171
			100	31,71	➡ 0,3171
02503727	*Jamp Modafinil*	Jamp	100	31,71	➡ 0,3171
02432560	*Mar-Modafinil*	Marcan	100	31,71	➡ 0,3171
02420260	*Teva-Modafinil*	Teva Can	30	9,51	➡ 0,3171

MULTIVITAMINES [5]

Caps. ou Co.

99002493			1		

Co. Croq.

99002507			1		

NAPROXÈNE/ÉSOMÉPRAZOLE Ⓟ

Co. 375 mg - 20 mg **PPB**

02458608	*Mylan-Naproxen/ Esomeprazole MR*	Mylan	60	46,92	➡ 0,7820
02361701	*Vimovo*	Xediton	60	55,20	0,9200

Co. 500 mg - 20 mg **PPB**

02443449	*Mylan-Naproxen/ Esomeprazole MR*	Mylan	60	46,92	➡ 0,7820
02361728	*Vimovo*	Xediton	60	55,20	0,9200

NATALIZUMAB Ⓟ

Sol. Inj. I.V. 300mg/15ml

02286386	*Tysabri*	Biogen	1	2451,32	

NÉTUPITANT/PALONOSÉTRON (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Caps. 300 mg - 0,5 mg

02468735	*Akynzeo*	Elvium	1	135,00	

NILOTINIB Ⓟ

Caps. 150 mg

02368250	*Tasigna*	Novartis	112	3054,72	27,2743

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
Caps.				200 mg	
02315874	*Tasigna*	Novartis	112	3947,17	35,2426

NINTEDANIB (ÉSILATE DE) ℙ

Caps.				100 mg	
02443066	*Ofev*	Bo. Ing.	60	1630,80	27,1800
Caps.				150 mg	
02443074	*Ofev*	Bo. Ing.	30	1630,80	54,3600
			60	3261,60	54,3600

NIRAPARIB (TOSYLATE DE) ℙ

Caps.				100 mg	
02489783	*Zejula*	GSK	56	7379,96	131,7850
			84	11069,94	131,7850

NITRAZÉPAM ⊠

Co.				5 mg	
00511528	*Mogadon*	AA Pharma	100	15,34	0,1534
Co.				10 mg	
00511536	*Mogadon*	AA Pharma	100	22,96	0,2296

OCRÉLIZUMAB ℙ

Sol. Perf. I.V.				30 mg/mL (10 mL)	
02467224	*Ocrevus*	Roche	1	8150,00	

OFATUMUMAB ℙ

Sol. Inj. S.C.				20 mg/0,4 mL	
02511355	*Kesimpta (stylo)*	Novartis	1	2208,33	

OLAPARIB ℙ

Co.				100 mg	
02475200	*Lynparza*	AZC	60	3953,55	65,8925
			120	7907,10	65,8925
Co.				150 mg	
02475219	*Lynparza*	AZC	60	3953,55	65,8925
			120	7907,10	65,8925

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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

Sol. pour Inh. (App.) 2,5 mcg - 2,5 mcg

02441888	*Inspiolto Respimat*	Bo. Ing.	60 dose(s)	60,90	

OMALIZUMAB Ⓟ

Pd. Inj. S.C. 150 mg

02260565	*Xolair*	Novartis	1	618,00	

ONABOTULINUMTOXINA Ⓟ

Pd. Inj. 50 U

99100741	*Botox*	Allergan	1	178,50	

Pd. Inj. 100 U

01981501	*Botox*	Allergan	1	357,00	

Pd. Inj. 200 U

99100646	*Botox*	Allergan	1	714,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ONDANSÉTRON P

Co. Diss.Orale,Co ou Film 4 mg **PPB**

02296349	*ACT Ondansetron*	Teva Can	10	25,56	➡ 2,5556
02369370	*AG-Ondansetron*	Angita	100	255,56	➡ 2,5556
02288184	*Apo-Ondansetron*	Apotex	10	25,56	➡ 2,5556
			30	76,67	➡ 2,5556
02511282	*Auro-Ondansetron ODT*	Aurobindo	10	25,56	➡ 2,5556
02458810	*CCP-Ondansetron*	Cellchem	30	76,67	➡ 2,5556
			100	255,56	➡ 2,5556
02313685	*Jamp-Ondansetron*	Jamp	10	25,56	➡ 2,5556
			100	255,56	➡ 2,5556
02371731	*Mar-Ondansetron*	Marcan	10	25,56	➡ 2,5556
			30	76,67	➡ 2,5556
02514966	*Mar-Ondansetron ODT*	Marcan	10	25,56	➡ 2,5556
02305259	*Mint-Ondansetron*	Mint	10	25,56	➡ 2,5556
			30	76,67	➡ 2,5556
02487330	*Mint-Ondansetron ODT*	Mint	10	25,56	➡ 2,5556
02297868	*Mylan-Ondansetron*	Mylan	10	25,56	➡ 2,5556
			100	255,56	➡ 2,5556
02417839	*NAT-Ondansetron*	Natco	10	25,56	➡ 2,5556
			30	76,67	➡ 2,5556
02421402	*Ondansetron*	Sanis	100	255,56	➡ 2,5556
02519232	*Ondansetron ODT*	Jamp	10	25,56	➡ 2,5556
02481723	*Ondansetron ODT*	Sandoz	10	25,56	➡ 2,5556
02389983	*Ondissolve ODF*	Takeda	10	32,72	3,2720
02258188	*pms-Ondansetron*	Phmscience	10	25,56	➡ 2,5556
			100	255,56	➡ 2,5556
02519445	*pms-Ondansetron ODT*	Phmscience	10	25,56	➡ 2,5556
02274310	*Sandoz Ondansetron*	Sandoz	10	25,56	➡ 2,5556
			100	255,56	➡ 2,5556
02444674	*VPI-Ondansetron ODT*	VPI	10	25,56	➡ 2,5556
02213567	*Zofran*	Novartis	10	126,60	12,6600
02239372	*Zofran ODT*	Novartis	10	123,71	12,3710

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss.Orale,Co ou Film				8 mg **PPB**	
02296357	*ACT Ondansetron*	Teva Can	10	40,88	➡ 4,0880
02369389	*AG-Ondansetron*	Angita	100	408,80	➡ 4,0880
02288192	*Apo-Ondansetron*	Apotex	10	40,88	➡ 4,0880
			30	122,64	➡ 4,0880
02511290	*Auro-Ondansetron ODT*	Aurobindo	10	40,88	➡ 4,0880
02458802	*CCP-Ondansetron*	Cellchem	30	122,64	➡ 4,0880
			100	408,80	➡ 4,0880
02313693	*Jamp-Ondansetron*	Jamp	10	40,88	➡ 4,0880
			100	408,80	➡ 4,0880
02371758	*Mar-Ondansetron*	Marcan	10	40,88	➡ 4,0880
			30	122,64	➡ 4,0880
02514974	*Mar-Ondansetron ODT*	Marcan	10	40,88	➡ 4,0880
02305267	*Mint-Ondansetron*	Mint	10	40,88	➡ 4,0880
			30	122,64	➡ 4,0880
02487349	*Mint-Ondansetron ODT*	Mint	10	40,88	➡ 4,0880
02297876	*Mylan-Ondansetron*	Mylan	10	40,88	➡ 4,0880
			100	408,80	➡ 4,0880
02417847	*NAT-Ondansetron*	Natco	10	40,88	➡ 4,0880
			30	122,64	➡ 4,0880
02325160	*Ondansetron*	Pro Doc	10	40,88	➡ 4,0880
02421410	*Ondansetron*	Sanis	100	408,80	➡ 4,0880
02519240	*Ondansetron ODT*	Jamp	10	40,88	➡ 4,0880
02481731	*Ondansetron ODT*	Sandoz	10	40,88	➡ 4,0880
02389991	*Ondissolve ODF*	Takeda	10	49,93	4,9930
02258196	*pms-Ondansetron*	Phmscience	10	40,88	➡ 4,0880
			100	408,80	➡ 4,0880
02519453	*pms-Ondansetron ODT*	Phmscience	10	40,88	➡ 4,0880
02274329	*Sandoz Ondansetron*	Sandoz	10	40,88	➡ 4,0880
			100	408,80	➡ 4,0880
02444682	*VPI-Ondansetron ODT*	VPI	10	40,88	➡ 4,0880
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	*Apo-Oxcarbazepine*	Apotex	100	62,09	➡ 0,6209
02440717	*Jamp-Oxcarbazepine*	Jamp	100	62,09	➡ 0,6209

Co. 300 mg **PPB**

02284308	*Apo-Oxcarbazepine*	Apotex	100	72,42	➡ 0,7242
02440725	*Jamp-Oxcarbazepine*	Jamp	100	72,42	➡ 0,7242
02242068	*Trileptal*	Novartis	50	42,60	0,8520

Co. 600 mg **PPB**

02284316	*Apo-Oxcarbazepine*	Apotex	100	144,84	➡ 1,4484
02440733	*Jamp-Oxcarbazepine*	Jamp	100	144,84	➡ 1,4484
02242069	*Trileptal*	Novartis	50	85,20	1,7040

Susp. Orale 60 mg/mL

02244673	*Trileptal*	Novartis	250 ml	77,45	0,3098

OXYBUTYNINE Ⓟ

Timbre cut. 36 mg

02254735	*Oxytrol*	Actavis	8	51,82	6,4775

OXYBUTYNINE (CHLORURE D') Ⓟ

Co. L.A. 5 mg

* 02243960	*Ditropan XL*	Janss. Inc	100	183,30	**R**

Co. L.A. 10 mg

* 02243961	*Ditropan XL*	Janss. Inc	100	183,30	**R**

OXYCODONE Ⓝ

Co. L.A. 5 mg

02366746	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	34,02	0,3402

Co. L.A. 10 mg **PPB**

02366754	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	47,41	➡ 0,4741
02372525	*OxyNEO*	Purdue	60	52,68	0,8780
02309882	*pms-Oxycodone CR*	Phmscience	100	47,41	➡ 0,4741

Co. L.A. 15 mg **PPB**

02394766	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	57,24	➡ 0,5724
02372533	*OxyNEO*	Purdue	60	63,60	1,0600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				20 mg	**PPB**
02366762	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	71,12	➡ 0,7112
02372797	*OxyNEO*	Purdue	60	79,02	1,3170
02309890	*pms-Oxycodone CR*	Phmscience	100	71,12	➡ 0,7112
Co. L.A.				30 mg	**PPB**
02394774	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	93,96	➡ 0,9396
02372541	*OxyNEO*	Purdue	60	104,40	1,7400
Co. L.A.				40 mg	**PPB**
02306530	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	123,26	➡ 1,2326
02372568	*OxyNEO*	Purdue	60	136,95	2,2825
02309904	*pms-Oxycodone CR*	Phmscience	100	123,26	➡ 1,2326
Co. L.A.				60 mg	**PPB**
02394782	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	170,10	➡ 1,7010
02372576	*OxyNEO*	Purdue	60	189,00	3,1500
Co. L.A.				80 mg	**PPB**
02366789	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	227,66	➡ 2,2766
02372584	*OxyNEO*	Purdue	60	252,96	4,2160
02309912	*pms-Oxycodone CR*	Phmscience	100	227,66	➡ 2,2766

OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE Ⓟ

Co. Croq.				500 mg (Fe)	
02471574	*Velphoro*	Vifor	90	378,32	4,2036

PALBOCICLIB Ⓟ

Caps.				75 mg	
02453150	*Ibrance*	Pfizer	21	5332,16	253,9124
Caps.				100 mg	
02453169	*Ibrance*	Pfizer	21	5332,16	253,9124
Caps.				125 mg	
02453177	*Ibrance*	Pfizer	21	5332,16	253,9124
Co.				75 mg	
02493535	*Ibrance*	Pfizer	21	5332,16	253,9124

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg	
02493543	*Ibrance*	Pfizer	21	5332,16	253,9124
Co.				125 mg	
02493551	*Ibrance*	Pfizer	21	5332,16	253,9124

PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM

Mèche				1 m	
00920525	*Mesalt (1 m)*	Mölnlycke	10	44,70	4,4700
Pans.		100 cm² à 200 cm² (surface active)			
00899496	*Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	30	27,29	0,9097
Pans.		201 cm² à 500 cm² (surface active)			
99004712	*Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm²)*	Covidien	96	202,04	2,1046
Pans.		Moins de 100 cm² (surface active)			
00899429	*Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	30	21,25	0,7083
00899518	*Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)*	Mölnlycke	30	22,99	0,7663

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES

Mèche			30 cm à 90 cm		
99003260	*Algisite M 30 cm*	S. & N.	5	24,81	4,9620
00921157	*Algosteril (30 cm)*	Erfa	10	49,97	4,9970
99100955	*Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm)*	Convatec	5	33,93	6,7860
99001705	*Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm)*	Convatec	5	41,60	8,3200
99100155	*Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2")*	Coloplast	6	41,22	6,8700
99101379	*Exufiber (2 cm x 45 cm)*	Mölnlycke	5	33,91	6,7820
00898899	*Kaltostat 40 cm*	Convatec	5	35,49	7,0980
99100659	*Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm)*	Medline	20	80,35	4,0175
99003015	*Melgisorb Plus 45 cm*	Mölnlycke	5	21,51	4,3020
			50	215,18	4,3036
99100100	*Pansement à l'alginate de calcium 30 cm*	Covidien	1	4,17	
99100101	*Pansement à l'alginate de calcium 60 cm*	Covidien	1	5,97	
99100102	*Pansement à l'alginate de calcium 90 cm*	Covidien	1	10,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		100 cm² à 200 cm² (surface active)			
00920223	*Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Erfa	16	68,00	4,2500
00921092	*Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Erfa	16	105,50	6,5938
99101009	*Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	38,00	3,8000
99100975	*Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	38,00	3,8000
99101232	*Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Convatec	5	38,00	7,6000
99001772	*Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	61,44	6,1440
99100153	*Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	34,20	3,4200
99101377	*Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	10	35,20	3,5200
00898643	*Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Convatec	10	85,60	8,5600
99101217	*Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm²)*	Covidien	10	13,48	1,3475
99101224	*Kendall Pans. sup. alg. calcium (10.2 cmx10.2 cm - 104 cm²)*	Covidien	10	13,48	1,3475
99101216	*Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm²)*	Covidien	10	13,48	1,3475
99100656	*Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)*	Medline	100	134,75	1,3475
99003007	*Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	10 50	36,46 182,33	3,6460 3,6466
99003023	*Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Mölnlycke	10 50	68,49 342,47	6,8490 6,8494
99003481	*Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm²*	3M Canada	10	38,97	3,8970
99100285	*Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm²*	3M Canada	1	7,53	
99100467	*Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)*	Convatec	10	51,79	5,1790

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99003279	*Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	S. & N.	10	100,28	10,0280
99101010	*Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	46,58	9,3160
99100932	*Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	46,91	9,3820
99100931	*Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	Convatec	5	62,55	12,5100
99100934	*Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Convatec	5	83,40	16,6800
99001764	*Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	65,35	13,0700
99100891	*Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	10	87,75	8,7750
99101378	*Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	10	87,75	8,7750
99101218	*Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2xm x 20,3cm-207 cm²)*	Covidien	5	13,20	2,6400
99101219	*Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm²)*	Covidien	10	26,40	2,6400
99100657	*Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)*	Medline	50	235,00	4,7000
99100468	*Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	52,49	10,4980
99100472	*Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Convatec	5	96,72	19,3440

Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
00920266	*Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Erfa	10	17,04	1,7040
99101133	*Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	17,67	1,7670
99100937	*Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	16,50	1,6500
99001780	*Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	24,97	2,4970
99100156	*Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Coloplast	30	52,50	1,7500
99101380	*Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	10	16,85	1,6850
00898627	*Kaltotstat (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	19,02	1,9020
00898635	*Kaltotstat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²)*	Convatec	10	55,57	5,5570
99101221	*Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm-26cm²)*	Covidien	10	8,40	0,8400
99100658	*Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²)*	Medline	100	160,50	1,6050
99003066	*Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	5 50	8,92 89,23	1,7840 1,7846
99100466	*Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)*	Convatec	10	33,95	3,3950

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			Plus de 500 cm² (surface active)		
99100888	*Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm²)*	Convatec	5	220,00	44,0000
99101220	*Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm²)*	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	*Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	49,50	4,9500
99100475	*Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	S. & N.	10	100,05	10,0050
00907863	*Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	1	5,02	
00920738	*Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	S. & N.	1	10,01	
99100135	*Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	39,50	3,9500
99100601	*Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Coloplast	5	39,50	7,9000
+ 99114022	*Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	39,50	3,9500
+ 99114054	*Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Coloplast	5	39,50	7,9000
+ 99114024	*Biatain Silicone Non-Border (12.5 cm x 12.5 cm - 156.25 cm²)*	Coloplast	10	61,70	6,1700
99100298	*Biatain Soft-Hold (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	5	19,75	3,9500
99100600	*Biatain Soft-Hold (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Coloplast	5	39,50	7,9000
99002787	*Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²)*	Convatec	10	54,88	5,4880
99100794	*Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	BSN Med	10	37,44	3,7440
99100744	*Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	BSN Med	10	37,44	3,7440
99100745	*Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	BSN Med	10	79,00	7,9000
99101206	*Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	BSN Med	10	37,44	3,7440
99101207	*Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	BSN Med	10	79,00	7,9000
99101188	*Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm -161 cm²)*	Covidien	10	14,61	1,4610
99004801	*Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm- 100 cm²)*	Covidien	50	94,88	1,8976
99003244	*Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	5	24,70	4,9400
99003252	*Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²)*	Mölnlycke	5	46,70	9,3400
99101382	*Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	5 10	19,35 38,70	3,8700 3,8700
99101383	*Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm²)*	Mölnlycke	5 10	34,60 69,20	6,9200 6,9200
99100664	*Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²)*	Medline	100	146,10	1,4610
99100666	*Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)*	Medline	100	230,56	2,3056
99100193	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm²*	3M Canada	1	4,41	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99100889	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm²*	3M Canada	5	39,50	7,9000
99100708	*UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Urgo	10	35,32	3,5320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99100536	*Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	95,60	9,5600
99100535	*Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	S. & N.	10	170,00	17,0000
99002949	*Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	S. & N.	1	9,69	
00907855	*Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	S. & N.	1	17,22	
99100571	*Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	44,50	8,9000
99100603	*Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Coloplast	5	79,00	15,8000
+ 99114025	*Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	41,50	8,3000
+ 99114055	*Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Coloplast	5	73,80	14,7600
99100572	*Biatain Soft-Hold (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	44,50	8,9000
99005034	*Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²)*	Convatec	1	11,16	
99100793	*Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	BSN Med	5	41,51	8,3020
99100746	*Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	BSN Med	10	83,04	8,3040
99100747	*Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	BSN Med	5	71,10	14,2200
99101208	*Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	BSN Med	10	83,04	8,3040
99101209	*Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	BSN Med	5	71,10	14,2200
99101187	*Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm²)*	Covidien	10	33,60	3,3600
99101189	*Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm²)*	Covidien	10	33,60	3,3600
99101190	*Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm²)*	Covidien	10	33,60	3,3600
99100602	*Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	5	47,00	9,4000
99003538	*Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Mölnlycke	5	92,60	18,5200
99101384	*Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	5 10	40,95 81,90	8,1900 8,1900
99101385	*Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Mölnlycke	5 10	72,80 145,60	14,5600 14,5600
99100667	*Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)*	Medline	100	443,45	4,4345
99100196	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm²*	3M Canada	30	492,37	16,4123
99100709	*UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	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	*Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	1	1,75	
00920711	*Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	1	1,78	
99100599	*Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm²)*	Coloplast	10	13,83	1,3830
+ 99114027	*Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7.5 cm - 37.5 cm²)*	Coloplast	10	21,30	2,1300
+ 99114028	*Biatain Silicone Non-Border (7.5 cm x 7.5 cm - 56.25 cm²)*	Coloplast	10	32,00	3,2000
99004534	*Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)*	Convatec	10	33,54	3,3540
99100743	*Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²)*	BSN Med	10	17,07	1,7070
99101210	*Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm²)*	BSN Med	10	17,07	1,7070
99101191	*Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)*	Covidien	10	5,10	0,5100
99004852	*Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Covidien	25	36,25	1,4500
99100665	*Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)*	Medline	200	102,05	0,5103
Pans.			Plus de 500 cm² (surface active)		
99100604	*Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)*	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
99101386	*Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm²)*	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
99100195	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm²*	3M Canada	1	25,78	
Pans.			Sacrum ou triangulaire		
99101388	*Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²)*	Coloplast	5	52,50	10,5000
99101389	*Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²)*	Coloplast	5	67,50	13,5000
Pans. mince			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99100749	*Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	BSN Med	10	34,20	3,4200
99100133	*Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	1	3,54	
Pans. mince			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99100750	*Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	BSN Med	10	57,31	5,7310
99100134	*Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	1	6,37	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100748	*Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²)*	BSN Med	10	12,99	1,2990
99100132	*Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²)*	Mölnlycke	1	2,11	
Pans. mince			Plus de 500 cm² (surface active)		
99100605	*Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)*	Mölnlycke	4	154,76	38,6900

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES DE POLYESTER ET RAYONNE

Pans.			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
00920509	*Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	10	28,80	2,8800
00920495	*Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm²)*	Mölnlycke	10	36,70	3,6700
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
00920487	*Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	10	23,80	2,3800

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES

Pans.			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99101213	*Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm²)*	Convatec	5	40,50	8,1000
			10	81,00	8,1000
99101214	*Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm²)*	Convatec	5	50,62	10,1240
			10	101,24	10,1240
99100944	*Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)*	Convatec	10	112,08	11,2080
99113984	*Aquacel Foam Pro (15 cm x 15 cm - 121 cm²)*	Convatec	10	81,67	8,1670
99100469	*Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²)*	Convatec	10	70,51	7,0510
99100470	*Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²)*	Convatec	5	69,15	13,8300
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99100942	*Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)*	Convatec	5	77,02	15,4040
99100943	*Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)*	Convatec	5	121,52	24,3040
99100471	*Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²)*	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	*Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)*	Convatec	10	41,70	4,1700
99101212	*Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm²)*	Convatec	5	38,25	7,6500
			10	76,50	7,6500
99100977	*Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)*	Convatec	10	61,20	6,1200
99101185	*Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm²)*	Convatec	10	25,50	2,5500
99113979	*Aquacel Foam Pro (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)*	Convatec	10	35,90	3,5900
99113983	*Aquacel Foam Pro (8 cm x 8 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	21,25	2,1250
99100464	*Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²)*	Convatec	10	41,68	4,1680
Pans.				Sacrum	
99100945	*Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm²)*	Convatec	5	43,00	8,6000
99113981	*Aquacel Foam Pro (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm²)*	Convatec	5	42,99	8,5980
99113982	*Aquacel Foam Pro (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm²)*	Convatec	5	63,01	12,6020
99100465	*Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²)*	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	*Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	58,65	5,8650
99004585	*Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²)*	S. & N.	10	110,18	11,0180
99100476	*Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	59,00	5,9000
99100139	*Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²)*	Coloplast	5	52,92	10,5840
99100654	*Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²)*	Coloplast	5	32,75	6,5500
99100742	*Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²)*	Coloplast	5	48,95	9,7900
99005026	*Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²)*	Convatec	1	12,00	
99100752	*Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²)*	BSN Med	10	58,00	5,8000
99100753	*Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²)*	BSN Med	5	43,61	8,7220
99004321	*Mepilex Border (15 cm x 15 cm - 121 cm²)*	Mölnlycke	1	7,96	
99004348	*Mepilex Border (15 cm x 20 cm - 168 cm²)*	Mölnlycke	1	11,77	
99110093	*Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm²)*	Mölnlycke	10	74,10	7,4100
99109793	*Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm²)*	Mölnlycke	10	108,10	10,8100
99100661	*Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²)*	Medline	100	440,30	4,4030
99100199	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm²*	3M Canada	1	6,87	
99100854	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm²*	3M Canada	5	55,00	11,0000
99101337	*UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²)*	Urgo	10	87,20	8,7200

Pans. 201 cm² à 500 cm² (surface active)

99001659	*Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm2)*	S. & N.	1	11,72	
99001896	*Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²)*	S. & N.	1	22,41	
99100477	*Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	118,00	11,8000
99004526	*Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	51,54	10,3080
99100754	*Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²)*	BSN Med	5	66,86	13,3720

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		Moins de 100 cm² (surface active)			
99001713	*Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	10	24,14	2,4140
99100474	*Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²)*	S. & N.	10	49,00	4,9000
99100612	*Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²)*	Coloplast	10	27,10	2,7100
99100137	*Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	Coloplast	10	44,80	4,4800
99100613	*Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)*	Coloplast	10	12,10	1,2100
99100820	*Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²)*	Coloplast	10	32,00	3,2000
99101375	*Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm²)*	Coloplast	5	35,00	7,0000
99100653	*Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	Coloplast	10	52,00	5,2000
99004968	*Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²)*	Convatec	1	3,20	
99001853	*Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²)*	Convatec	10	45,83	4,5830
99101205	*Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm²)*	BSN Med	10	87,12	8,7120
99100751	*Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	BSN Med	10	52,00	5,2000
99004313	*Mepilex Border (10 cm x 10 cm - 42 cm²)*	Mölnlycke	1	4,55	
99100445	*Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm²)*	Mölnlycke	5	44,17	8,8340
99100355	*Mepilex Border (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)*	Mölnlycke	5	29,45	5,8900
99100606	*Mepilex Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	5	11,90	2,3800
99109593	*Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm²)*	Mölnlycke	10	36,00	3,6000
99109693	*Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm²)*	Mölnlycke	10	62,40	6,2400
99109893	*Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)*	Mölnlycke	10	17,50	1,7500
99100660	*Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²)*	Medline	100	243,10	2,4310
99100198	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm²*	3M Canada	1	4,41	
99100853	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm²*	3M Canada	5	25,00	5,0000
99100197	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm²*	3M Canada	1	2,68	
99101310	*UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)*	Urgo	10	31,50	3,1500
99101309	*UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm²)*	Urgo	10	61,80	6,1800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			Sacrum ou triangulaire		
99004259	*Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)*	S. & N.	1	9,39	
99002957	*Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)*	S. & N.	1	17,05	
99101315	*Biatain adhésif (Sacrum 23 cm x 23 cm - 123 cm²)*	Coloplast	5	46,35	9,2700
99005018	*Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²)*	Convatec	1	8,62	
99100105	*Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²)*	Convatec	1	14,39	
99100447	*Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm²)*	Mölnlycke	10	95,80	9,5800
99100448	*Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm²)*	Mölnlycke	10	139,60	13,9600
99101316	*UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm²)*	Urgo	10	137,50	13,7500
Pans. mince			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99100887	*Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm²)*	S. & N.	10	59,95	5,9950
99101328	*Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm²)*	Convatec	10	49,70	4,9700
99100297	*Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)*	Mölnlycke	5	24,88	4,9760

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100886	*Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm²)*	S. & N.	10	36,83	3,6830
99100885	*Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²)*	S. & N.	10	25,69	2,5690
99100884	*Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²)*	S. & N.	10	20,15	2,0150
99100952	*Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm²)*	Coloplast	10	24,80	2,4800
99100890	*Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	Coloplast	10	27,80	2,7800
99101211	*Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)*	Coloplast	10	17,50	1,7500
99101327	*Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)*	Convatec	10	40,00	4,0000
99101893	*Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm²)*	Convatec	10	82,51	8,2510
99101329	*Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm²)*	Convatec	10	22,50	2,2500
99101326	*Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	23,67	2,3670
99100296	*Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm²)*	Mölnlycke	5	14,94	2,9880
99100293	*Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm²)*	Mölnlycke	10	13,89	1,3890
99100294	*Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm²)*	Mölnlycke	5	10,68	2,1360
99100295	*Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)*	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	*Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100456	*Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100953	*Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	63,90	6,3900
99100998	*Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	65,00	6,5000
99101228	*Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	65,00	6,5000
99100324	*Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	5	33,25	6,6500
99100325	*Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Coloplast	5	66,50	13,3000
99100541	*Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	52,50	5,2500
99101452	*Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	10	64,70	6,4700
99100545	*Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	10	59,74	5,9740
99100366	*Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	5	34,33	6,8660
99100367	*Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²)*	Mölnlycke	5	64,67	12,9340
99100663	*Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Medline	100	453,00	4,5300
99100288	*Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	KCI	5	80,44	16,0880
99100289	*Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²)*	KCI	10	96,00	9,6000
99101346	*Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm- 200 cm²)*	KCI	5	64,99	12,9980
99101347	*Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm- 121 cm²)*	KCI	10	78,64	7,8640
99100852	*Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 10,2x12,7-129 cm²*	3M Canada	10	59,70	5,9700
99100349	*Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cm x 20cm-200cm²)*	3M Canada	1	7,94	
99100348	*Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cmx12,7cm-127cm²)*	3M Canada	1	5,24	
99100562	*UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm²)*	Urgo	10	83,27	8,3270

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		201 cm² à 500 cm² (surface active)			
99100560	*Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	157,50	15,7500
99100561	*Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	S. & N.	10	280,40	28,0400
99100455	*Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	159,50	15,9500
99100457	*Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	S. & N.	10	283,96	28,3960
99100326	*Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²)*	Convatec	5	93,02	18,6040
99100954	*Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	73,13	14,6260
99101000	*Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	74,70	14,9400
99101001	*Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	Convatec	5	99,60	19,9200
99101005	*Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Convatec	5	132,80	26,5600
99101229	*Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	74,70	14,9400
99100595	*Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	74,81	14,9620
99100329	*Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Coloplast	5	124,80	24,9600
+ 99114020	*Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	10	102,30	10,2300
99101381	*Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	10	148,10	14,8100
99100543	*Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	10	102,29	10,2290
99100368	*Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	5	77,06	15,4120
99100369	*Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Mölnlycke	5	124,83	24,9660
99100350	*Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (20cm x 20cm-400cm²)*	3M Canada	1	15,52	
99100825	*UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm -300 cm²)*	Urgo	10	194,40	19,4400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		Moins de 100 cm² (surface active)			
99100557	*Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100450	*Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100338	*Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²)*	Convatec	10	102,78	10,2780
99100974	*Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	28,34	2,8340
99101006	*Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	28,38	2,8380
99101231	*Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	28,38	2,8380
99100594	*Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm²)*	Coloplast	5	11,64	2,3280
+ 99114021	*Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Coloplast	10	84,00	8,4000
99101454	*Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	10	28,00	2,8000
99100544	*Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	10	27,75	2,7750
99100287	*Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	KCI	10	31,70	3,1700
99101348	*Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm- 25 cm²)*	KCI	10	28,36	2,8360
99100851	*Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 5,1 x 5,1-26cm²*	3M Canada	10	27,50	2,7500
99100347	*Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (5cm x 5cm - 25 cm²)*	3M Canada	1	2,55	
Pans.		Plus de 500 cm² (surface active)			
99100235	*Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm2)*	S. & N.	1	66,28	
99100236	*Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)*	S. & N.	1	130,27	
99100593	*Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)*	S. & N.	6	781,62	130,2700
99100328	*Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²)*	Convatec	5	224,00	44,8000
99100973	*Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)*	Convatec	5	233,70	46,7400
99101230	*Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)*	Convatec	5	233,70	46,7400
99101453	*Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm²)*	Mölnlycke	5	233,00	46,6000
99100596	*Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)*	Mölnlycke	2	106,20	53,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			Sacrum ou triangulaire		
99100451	*Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)*	S. & N.	10	151,40	15,1400
99100452	*Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)*	S. & N.	10	244,30	24,4300
99101094	*Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm²)*	Convatec	5	60,95	12,1900
99100247	*Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm²)*	Coloplast	5	100,00	20,0000
99100800	*Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²)*	Mölnlycke	1	22,87	
99100801	*Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²)*	Mölnlycke	1	13,09	

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE

Pâte

99100098	*Iodosorb*	S. & N.	5 g 10 g 17 g	8,49 16,99 28,86	

Pom. Top.

99100099	*Iodosorb*	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	*Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	118,19	11,8190
99100564	*Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	118,19	11,8190
99101002	*Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)*	Convatec	10	220,52	22,0520
99100597	*Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm²)*	Coloplast	5	92,95	18,5900
99113835	*Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm²)*	Coloplast	5	77,15	15,4300
99101274	*Biatain silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm²)*	Coloplast	5	65,16	13,0320
99101277	*Biatain silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm²)*	Coloplast	5	99,89	19,9780
99100799	*Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²)*	Mölnlycke	1	15,67	
99100712	*Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²)*	Mölnlycke	1	13,87	
99100713	*Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²)*	Mölnlycke	1	19,86	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99100454	*Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	276,70	27,6700
99100565	*Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	276,70	27,6700
99101007	*Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)*	Convatec	5	177,74	35,5480
99101008	*Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)*	Convatec	5	280,44	56,0880
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100449	*Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	10	53,00	5,3000
99100563	*Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	10	53,00	5,3000
99101003	*Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)*	Convatec	10	81,88	8,1880
99101091	*Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)*	Convatec	10	120,31	12,0310
99101092	*Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm²)*	Convatec	10	53,47	5,3470
99100245	*Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	Coloplast	5	35,20	7,0400
99100598	*Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)*	Coloplast	5	13,20	2,6400
99100926	*Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²)*	Coloplast	5	24,75	4,9500
99113834	*Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm²)*	Coloplast	5	68,20	13,6400
99100927	*Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	Coloplast	5	50,55	10,1100
99100710	*Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²)*	Mölnlycke	1	6,94	
99100798	*Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²)*	Mölnlycke	1	13,88	
99100711	*Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	1	4,67	
99100662	*Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²)*	Medline	100	433,00	4,3300
Pans.			Sacrum ou triangulaire		
99113837	*Biatain Silicone Ag (25 cm x 25 cm - 289 cm²)*	Coloplast	5	146,20	29,2400
99113836	*Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm²)*	Coloplast	5	78,55	15,7100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ

Pans. 100 cm² à 200 cm² (surface active)

99001802	*Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²)*	KCI	50	95,12	1,9024
99001810	*Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²)*	KCI	50	212,90	4,2580

Pans. Moins de 100 cm² (surface active)

99100103	*Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm²)*	KCI	1	2,70	

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE

Pans. 100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100609	*Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	28,00	2,8000
00899666	*DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	5	21,70	4,3400
			20	86,82	4,3410
99004984	*DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm²)*	Convatec	1	8,15	
99004720	*Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm²)*	Covidien	5	18,00	3,6000
00801011	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 10 cm - 100cm²)*	3M Canada	1	3,55	

Pans. 201 cm² à 500 cm² (surface active)

99100610	*Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	31,50	6,3000
99100611	*Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Coloplast	5	56,00	11,2000
00899674	*DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	1	9,50	
00801046	*DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	Convatec	1	12,65	
00899682	*DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Convatec	1	16,87	
99004992	*DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm²)*	Convatec	1	16,36	
99004747	*Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm²)*	Covidien	30	229,90	7,6633
99004755	*Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm²)*	Covidien	30	273,20	9,1067
00800996	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (15 cm x 15 cm - 225cm²)*	3M Canada	1	8,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100608	*Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²)*	Coloplast	30	20,16	0,6720
99004976	*DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm²)*	Convatec	1	4,09	
Pans.			Plus de 500 cm² (surface active)		
00800988	*DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm2)*	Convatec	1	17,92	
Pans.			Sacrum ou triangulaire		
99100148	*Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm²)*	Coloplast	5	46,75	9,3500
00907758	*DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm²)*	Convatec	1	5,43	
00907782	*DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm²)*	Convatec	1	11,17	
99100108	*DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm²)*	Convatec	1	14,13	
99100107	*DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm²)*	Convatec	1	10,65	
99100106	*DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm²)*	Convatec	1	16,33	
Pans. mince			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99100143	*Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	28,10	2,8100
99101135	*Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm²)*	Coloplast	10	36,20	3,6200
99100147	*Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm²)*	Coloplast	10	36,60	3,6600
99000261	*DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	1 10	3,00 30,00	 3,0000
00920029	*DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm²)*	Convatec	1	3,82	
00920088	*DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm²)*	Convatec	1	3,24	
99100655	*Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Medline	10	21,28	2,1280
99100290	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 10cm-100cm²*	3M Canada	1	3,10	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99100144	*Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	27,30	5,4600
99101136	*Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	27,25	5,4500
00908134	*DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	1	5,77	
Pans. mince			Moins de 100 cm² (surface active)		
99101134	*Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm²)*	Coloplast	10	26,20	2,6200
99100146	*Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm²)*	Coloplast	10	15,80	1,5800
00920231	*DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²)*	Convatec	1	1,96	
00920010	*DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)*	Convatec	1	2,60	
Pans. mince				Sacrum	
00920037	*DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm²)*	Convatec	1	8,43	
99100652	*Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²)*	Medline	5	36,79	7,3580

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

Pans.			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
00907707	*DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²)*	Convatec	1	4,39	
00800961	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (17 cm x 20 cm - 187cm²)*	3M Canada	1	6,50	
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
00907715	*DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²)*	Convatec	1	11,35	
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
00907804	*DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)*	Convatec	1	2,31	
00801038	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 12 cm - 50 cm²)*	3M Canada	1	2,99	
00801003	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (13 cm x 15 cm - 94 cm²)*	3M Canada	1	4,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.				Sacrum	
99100855	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde 16,1cm x 17,1cm-172cm²*	3M Canada	6	54,81	9,1350
Pans. mince			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99100292	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 17cm x 20cm-187cm²*	3M Canada	1	5,61	
Pans. mince			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100857	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 12cm-63cm²*	3M Canada	10	19,56	1,9560
99100291	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 13cm x15cm-94cm²*	3M Canada	1	3,38	

PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE

Pans.			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99100239	*Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²)*	Mölnlycke	1	7,40	
99100353	*Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm²*	3M Canada	1	5,23	
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99100354	*Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm²*	3M Canada	1	15,84	
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100237	*Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²)*	Mölnlycke	1	3,48	
99100238	*Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²)*	Mölnlycke	1	4,52	
99100352	*Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm²*	3M Canada	1	3,39	
Pans.			Plus de 500 cm² (surface active)		
99100240	*Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²)*	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	*Lacrilube*	Allergan	3,5 g	6,98	

PATISIRAN Ⓟ

Sol. Perf. I.V. — 2 mg/mL (5 mL)

02489252	*Onpattro*	Alnylam	1	10502,41	

PAZOPANIB (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. — 200 mg

02352303	*Votrient*	Novartis	120	4129,20	34,4100

PEGFILGRASTIM Ⓟ

Sol. Inj. S.C. (ser) — 10 mg/mL (0,6 mL)

02484153	*Fulphila*	BGP Pharma	1	1375,00	
02474565	*Lapelga*	Apotex	1	1375,00	
02506238	*Nyvepria*	Pfizer	1	1375,00	
02497395	*Ziextenzo*	Sandoz	1	1375,00	

PEGINTERFÉRON ALFA-2A Ⓟ

Sol. Inj. S.C. — 180 mcg/0.5 mL

02248077	*Pegasys*	Roche	1	395,84	

PENTOXIFYLLINE Ⓟ

Co. L.A. — 400 mg

02230090	*Pentoxifylline SR*	AA Pharma	100	58,46	0,5846

PÉRAMPANEL Ⓟ

Co. — 2 mg

02404516	*Fycompa*	Eisai	7	66,15	9,4500

Co. — 4 mg

02404524	*Fycompa*	Eisai	28	264,60	9,4500

Co. — 6 mg

02404532	*Fycompa*	Eisai	28	264,60	9,4500

Co. — 8 mg

02404540	*Fycompa*	Eisai	28	264,60	9,4500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg	
02404559	*Fycompa*	Eisai	28	264,60	9,4500
Co.				12 mg	
02404567	*Fycompa*	Eisai	28	264,60	9,4500

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL Pr

Liq.				1,1 g/mL	
02453304	*Ravicti*	Horizon	25 ml	1200,00	48,0000

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM

Sol. Rect.			160 mg -60 mg/mL		
02096900	*Lax-A NEMA*	Pendopharm	130 ml	2,99	
Sol. Rect. Péd.			160 mg -60 mg/mL	**PPB**	
00108065	*Fleet Pédiatrique*	CB Fleet	65 ml	➡ 3,90	
99101425	*Lax-A Nema Pédiatrique*	Pendopharm	67 ml	2,66	**R**

PIMÉCROLIMUS Pr

Cr. Top.				1 %	
02247238	*Elidel*	Valeant	30 g	62,94	2,0980
			60 g	125,89	2,0982

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE) Pr

Co.				15 mg **PPB**	
02302861	*ACT Pioglitazone*	Teva Can	100	50,00	➡ 0,5000
02302942	*Apo-Pioglitazone*	Apotex	100	50,00	➡ 0,5000
02397307	*Jamp-Pioglitazone*	Jamp	90	45,00	➡ 0,5000
02326477	*Mint-Pioglitazone*	Mint	100	50,00	➡ 0,5000
02391600	*Pioglitazone*	Accord	90	45,00	➡ 0,5000
02312050	*Pro-Pioglitazone*	Pro Doc	90	45,00	➡ 0,5000
02297906	*Sandoz Pioglitazone*	Sandoz	90	45,00	➡ 0,5000
Co.				30 mg **PPB**	
02302888	*ACT Pioglitazone*	Teva Can	100	70,00	➡ 0,7000
02302950	*Apo-Pioglitazone*	Apotex	100	70,00	➡ 0,7000
02365529	*Jamp-Pioglitazone*	Jamp	90	63,00	➡ 0,7000
02326485	*Mint-Pioglitazone*	Mint	100	70,00	➡ 0,7000
02339587	*Pioglitazone*	Accord	90	63,00	➡ 0,7000
02312069	*Pro-Pioglitazone*	Pro Doc	90	63,00	➡ 0,7000
02297914	*Sandoz Pioglitazone*	Sandoz	90	63,00	➡ 0,7000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				45 mg	**PPB**
02302896	*ACT Pioglitazone*	Teva Can	100	105,00	➡ 1,0500
02302977	*Apo-Pioglitazone*	Apotex	100	105,00	➡ 1,0500
02365537	*Jamp-Pioglitazone*	Jamp	90	94,50	➡ 1,0500
02326493	*Mint-Pioglitazone*	Mint	100	105,00	➡ 1,0500
02339595	*Pioglitazone*	Accord	90	94,50	➡ 1,0500
02312077	*Pro-Pioglitazone*	Pro Doc	90	94,50	➡ 1,0500
02297922	*Sandoz Pioglitazone*	Sandoz	90	94,50	➡ 1,0500

PIRFÉNIDONE fr

Caps.				267 mg	**PPB**
02393751	*Esbriet*	Roche	63	820,89	13,0300
			270	3518,10	13,0300
02509938	*Jamp Pirfenidone*	Jamp	63	422,86	➡ 6,7120
			270	1812,24	➡ 6,7120
02488833	*Sandoz Pirfenidone Capsules*	Sandoz	270	1812,24	➡ 6,7120
Co.				267 mg	**PPB**
02464489	*Esbriet*	Roche	21	273,63	13,0300
			270	3518,10	13,0300
02514702	*Jamp Pirfenidone*	Jamp	90	604,08	➡ 6,7120
02488507	*Sandoz Pirfenidone*	Sandoz	21	140,95	➡ 6,7120
			270	1812,24	➡ 6,7120
Co.				801 mg	**PPB**
02464500	*Esbriet*	Roche	90	3518,10	39,0900
02514710	*Jamp Pirfenidone*	Jamp	90	1812,24	➡ 20,1360
02488515	*Sandoz Pirfenidone*	Sandoz	90	1812,24	➡ 20,1360

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL

Pd. Orale				1 g/g	**PPB**
02460297	*Comfilax*	Cellchem	238 g	➡ 5,93	
			510 g	➡ 12,70	
02374137	*Emolax*	Jamp	510 g	➡ 12,70	
99113714	*Emolax (30 sachets de 17 grammes)*	Jamp	510 g	12,70	➡ 0,0249
02453193	*Lax-A-Day Pharma*	Phmscience	510 g	➡ 12,70	
02450070	*M-Peg 3350*	Mantra Ph.	510 g	➡ 12,70	
02358034	*Peg 3350*	Medisca	255 g	➡ 6,35	
			510 g	14,74	
* 02346672	*Relaxa*	Medexus	510 g	➡ 12,70	
* 99101166	*Relaxa (30 sachets de 17 grammes)*	Medexus	510 g	12,70	➡ 0,0249

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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

Pd. Orale — 0,851 g - 0,082 g - 0,024 g - 0,021 g - 0,011 g / g **PPB**

02378329	*Jamplyte (280g)*	Jamp	1	➡ 16,45	
99100717	*PegLyte (280 g)*	Pendopharm	1	➡ 16,45	

POLYVINYLIQUE (ALCOOL)

Sol. Oph. — 1,4 % (0,4 mL)

02138670	*Refresh*	Allergan	30	9,95	0,3317

POMALIDOMIDE Ⓟ

Caps. — 1 mg

02419580	*Pomalyst*	Celgene	21	10500,00	500,0000

Caps. — 2 mg

02419599	*Pomalyst*	Celgene	21	10500,00	500,0000

Caps. — 3 mg

02419602	*Pomalyst*	Celgene	21	10500,00	500,0000

Caps. — 4 mg

02419610	*Pomalyst*	Celgene	21	10500,00	500,0000

POSACONAZOLE Ⓟ

Co. L.A. — 100 mg **PPB**

02424622	*Posanol*	Merck	60	2556,18	➡ 42,6030
02496259	*Sandoz Posaconazole*	Sandoz	60	2556,18	➡ 42,6030

Susp. Orale — 40 mg/mL

02293404	*Posanol*	Merck	1	981,18	

PRASUGREL Ⓟ

Co. — 10 mg

02502429	*Jamp Prasugrel*	Jamp	30	50,04	1,6680

PROGESTÉRONE Ⓟ

Co. Vag. (eff.) — 100 mg

02334992	*Endometrin*	Ferring	21	84,00	4,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Gel vag. (App.)				8 %	
02241013	*Crinone*	Serono	18	144,00	

PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE) Pr

Sol. Orale				3,75 mg/mL	
02457857	*Hemangiol*	Pierre Fab	120 ml	273,70	2,2808

PSYLLIUM (MUCILAGE DE) [5]

Pd. Orale					
99002876			1 g		

RANIBIZUMAB Pr

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 (MÉSYLATE DE) Pr

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	

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

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

RIBOCICLIB (SUCCINATE DE) Ⓟ
Co. 200 mg

02473569	*Kisqali*	Novartis	21	1777,65	84,6500
			42	3555,30	84,6500
			63	5332,95	84,6500

RIFAXIMINE Ⓟ
Co. 550 mg

02410702	*Zaxine*	Salix	60	460,65	7,6775

RILUZOLE Ⓟ
Co. 50 mg **PPB**

02352583	*Apo-Riluzole*	Apotex	60	206,17	➡ 3,4361
02390299	*Mylan-Riluzole*	Mylan	60	206,17	➡ 3,4361
02242763	*Rilutek*	SanofiAven	60	585,84	9,7640

RIOCIGUAT Ⓟ
Co. 0,5 mg

02412764	*Adempas*	Bayer	42	1795,50	42,7500

Co. 1 mg

02412772	*Adempas*	Bayer	42	1795,50	42,7500

Co. 1,5 mg

02412799	*Adempas*	Bayer	42	1795,50	42,7500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg	
02412802	*Adempas*	Bayer	42	1795,50	42,7500
Co.				2,5 mg	
02412810	*Adempas*	Bayer	42	1795,50	42,7500

RISANKIZUMAB ℞

Sol. Inj. S.C.				150 mg/mL (1 mL)	
02519283	*Skyrizi (seringue)*	AbbVie	1	4935,00	
02519291	*Skyrizi (stylo)*	AbbVie	1	4935,00	
Sol. Inj. S.C. (ser)				90 mg/mL (0,83 mL)	
02487454	*Skyrizi*	AbbVie	2	4935,00	

RISDIPLAM ℞

Pd. Orale				60 mg (0,75 mg/mL)	
02514931	*Evrysdi*	Roche	1	11638,35	

RITUXIMAB ℞

Sol. Perf. I.V.				10 mg/mL	
02513447	*Riabni*	Amgen	10 ml	297,00	
			50 ml	1485,00	
02498316	*Riximyo*	Sandoz	10 ml	297,00	
			50 ml	1485,00	
02495724	*Ruxience*	Pfizer	10 ml	297,00	
			50 ml	1485,00	
02478382	*Truxima*	Teva Innov	10 ml	297,00	
02478390	*Truxima*	Teva Innov	50 ml	1485,00	

RITUXIMAB (GRANULOMATOSE AVEC POLYANGÉITE OU POLYANGÉITE MICROSCOPIQUE) ℞

Sol. Perf. I.V.				10 mg/mL	
+ 99114051	*Riximyo*	Sandoz	10 ml	297,00	
			50 ml	1485,00	
99113950	*Truxima*	Teva Innov	10 ml	297,00	
99113952	*Truxima*	Teva Innov	50 ml	1485,00	

RIVAROXABAN ℞

Co.				2,5 mg	
02480808	*Xarelto*	Bayer	100	142,00	1,4200
Co.				10 mg	
02316986	*Xarelto*	Bayer	50	142,00	2,8400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				15 mg	
02378604	*Xarelto*	Bayer	90	255,60	2,8400
Co.				20 mg	
02378612	*Xarelto*	Bayer	90	255,60	2,8400

RIVASTIGMINE Ⓟ

Caps.				1,5 mg	**PPB**	
02336715	*Apo-Rivastigmine*	Apotex	100	65,13	➡	0,6513
02242115	*Exelon*	Novartis	56	136,50		2,4375
02485362	*Jamp Rivastigmine*	Jamp	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02401614	*Med-Rivastigmine*	GMP	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02416999	*Rivastigmine*	Pro Doc	100	65,13	➡	0,6513
02324563	*Sandoz Rivastigmine*	Sandoz	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
Caps.				3 mg	**PPB**	
02336723	*Apo-Rivastigmine*	Apotex	100	65,13	➡	0,6513
02242116	*Exelon*	Novartis	56	136,50		2,4375
02485370	*Jamp Rivastigmine*	Jamp	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02401622	*Med-Rivastigmine*	GMP	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02417006	*Rivastigmine*	Pro Doc	100	65,13	➡	0,6513
02324571	*Sandoz Rivastigmine*	Sandoz	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
Caps.				4,5 mg	**PPB**	
02336731	*Apo-Rivastigmine*	Apotex	100	65,13	➡	0,6513
02242117	*Exelon*	Novartis	56	136,50		2,4375
02485389	*Jamp Rivastigmine*	Jamp	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02401630	*Med-Rivastigmine*	GMP	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02417014	*Rivastigmine*	Pro Doc	100	65,13	➡	0,6513
02324598	*Sandoz Rivastigmine*	Sandoz	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				6 mg	**PPB**
02336758	*Apo-Rivastigmine*	Apotex	100	65,13	➡ 0,6513
02242118	*Exelon*	Novartis	56	136,50	2,4375
02485397	*Jamp Rivastigmine*	Jamp	56	36,47	➡ 0,6513
			100	65,13	➡ 0,6513
02401649	*Med-Rivastigmine*	GMP	56	36,47	➡ 0,6513
			100	65,13	➡ 0,6513
02417022	*Rivastigmine*	Pro Doc	100	65,13	➡ 0,6513
02324601	*Sandoz Rivastigmine*	Sandoz	56	36,47	➡ 0,6513
			100	65,13	➡ 0,6513
Sol. Orale				2 mg/mL	
02245240	*Exelon*	Novartis	120 ml	153,02	1,2752
Timbre cut.				4,6 mg/24H	**PPB**
02302845	*Exelon Patch 5*	Novartis	30	131,63	4,3877
02423413	*Mylan-Rivastigmine Patch 5*	Mylan	30	119,32	➡ 3,9773
02479540	*Rivastigmine Patch*	Strides	30	119,32	➡ 3,9773
02426293	*Sandoz Rivastigmine Patch 5*	Sandoz	30	119,32	➡ 3,9773
Timbre cut.				9,5 mg/24H	**PPB**
02302853	*Exelon Patch 10*	Novartis	30	131,63	4,3877
02423421	*Mylan-Rivastigmine Patch 10*	Mylan	30	119,32	➡ 3,9773
02479559	*Rivastigmine Patch*	Strides	30	119,32	➡ 3,9773
02426307	*Sandoz Rivastigmine Patch 10*	Sandoz	30	119,32	➡ 3,9773

ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE) 🅿

Co.				2 mg	
02403366	*Rosiglitazone*	AA Pharma	100	103,16	1,0316
Co.				4 mg	
02403374	*Rosiglitazone*	AA Pharma	100	161,88	1,6188
Co.				8 mg	
02403382	*Rosiglitazone*	AA Pharma	100	231,50	2,3150

ROTIGOTINE 🅿

Timbre cut.				1 mg/24 h	
02403897	*Neupro*	U.C.B.	30	106,20	3,5400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.				2 mg/24 h	
02403900	*Neupro*	U.C.B.	30	106,20	3,5400
Timbre cut.				3 mg/24 h	
02403919	*Neupro*	U.C.B.	30	195,00	6,5000
Timbre cut.				4 mg/24 h	
02403927	*Neupro*	U.C.B.	30	195,00	6,5000
Timbre cut.				6 mg/24 h	
02403935	*Neupro*	U.C.B.	30	218,10	7,2700
Timbre cut.				8 mg/24 h	
02403943	*Neupro*	U.C.B.	30	218,10	7,2700
RUFINAMIDE P					
Co.				100 mg	
02369613	*Banzel*	Eisai	30	21,54	0,7180
Co.				200 mg	
02369621	*Banzel*	Eisai	120	172,36	1,4363
Co.				400 mg	
02369648	*Banzel*	Eisai	120	375,58	3,1298
RUXOLITINIB (PHOSPHATE DE) P					
Co.				5 mg	
02388006	*Jakavi*	Novartis	56	4602,74	82,1918
Co.				10 mg	
02434814	*Jakavi*	Novartis	56	4602,74	82,1918
Co.				15 mg	
02388014	*Jakavi*	Novartis	56	4602,74	82,1918
Co.				20 mg	
02388022	*Jakavi*	Novartis	56	4602,74	82,1918

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SACUBITRIL/VALSARTAN Ⓟ

Co. 24,3 mg - 25,7 mg

02446928	*Entresto*	Novartis	30	108,60	3,6200

Co. 48,6 mg - 51,4 mg

02446936	*Entresto*	Novartis	60	217,20	3,6200

Co. 97,2 mg - 102,8 mg

02446944	*Entresto*	Novartis	60	217,20	3,6200

SALBUTAMOL (SULFATE DE) Ⓟ

Pd. pour Inh. 200 mcg/coque

02243115	*Ventolin Diskus*	GSK	60 dose(s)	9,40	

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE) Ⓟ

Aéro. oral 25 mcg -125 mcg/dose

02245126	*Advair 125*	GSK	120 dose(s)	90,69	

Aéro. oral 25 mcg -250 mcg/dose

02245127	*Advair 250*	GSK	120 dose(s)	128,74	

Pd. pour Inh. 50 mcg-100 mcg/coque **PPB**

02240835	*Advair 100 Diskus*	GSK	60 dose(s)	75,79	
02494507	*pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol*	Phmscience	60 dose(s)	➡ 42,41	
02495597	*Wixela Inhub*	Mylan	60 dose(s)	➡ 42,41	

Pd. pour Inh. 50 mcg-250 mcg/coque **PPB**

02240836	*Advair 250 Diskus*	GSK	60 dose(s)	90,69	
02494515	*pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol*	Phmscience	60 dose(s)	➡ 50,76	
02495600	*Wixela Inhub*	Mylan	60 dose(s)	➡ 50,76	

Pd. pour Inh. 50 mcg-500 mcg/coque **PPB**

02240837	*Advair 500 Diskus*	GSK	60 dose(s)	128,74	
02494523	*pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol*	Phmscience	60 dose(s)	➡ 72,06	
02495619	*Wixela Inhub*	Mylan	60 dose(s)	➡ 72,06	

SAPROPTÉRINE (DICHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. 100 mg

02350580	*Kuvan*	Biomarin	120	3960,00	33,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SARILUMAB 🅿

Sol. Inj. S.C. (ser) — 150 mg/1,14 mL

02460521	*Kevzara*	SanofiAven	2	1400,00	700,0000

Sol. Inj. S.C. (ser) — 200 mg/1,14 mL

02460548	*Kevzara*	SanofiAven	2	1400,00	700,0000

Sol. Inj. S.C. (stylo) — 150 mg/1,14 mL

02472961	*Kevzara*	SanofiAven	2	1400,00	700,0000

Sol. Inj. S.C. (stylo) — 200 mg/1,14 mL

02472988	*Kevzara*	SanofiAven	2	1400,00	700,0000

SATRALIZUMAB 🅿

Sol. Inj. S.C. — 120 mg/mL

+ 02499681	*Enspryng (seringue)*	Roche	1	9450,00	

SAXAGLIPTINE 🅿

Co. — 2,5 mg **PPB**

02507471	*Apo-Saxagliptin*	Apotex	30	37,95	➡ 1,2650
			100	126,50	➡ 1,2650
02375842	*Onglyza*	AZC	30	69,00	2,3000
02468603	*Sandoz Saxagliptin*	Sandoz	30	37,95	➡ 1,2650

Co. — 5 mg **PPB**

02507498	*Apo-Saxagliptin*	Apotex	30	45,59	➡ 1,5195
			100	151,95	➡ 1,5195
02333554	*Onglyza*	AZC	30	69,00	2,3000
			100	230,00	2,3000
02468611	*Sandoz Saxagliptin*	Sandoz	30	45,59	➡ 1,5195
			100	151,95	➡ 1,5195

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co. — 2,5 mg - 500 mg

02389169	*Komboglyze*	AZC	60	76,20	1,2700

Co. — 2,5 mg - 850 mg

02389177	*Komboglyze*	AZC	60	76,20	1,2700

Co. — 2,5 mg - 1 000 mg

02389185	*Komboglyze*	AZC	60	76,20	1,2700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SÉBÉLIPASE ALFA ℞

Sol. Perf. I.V. — 2 mg/mL (10 mL)

02469596	*Kanuma*	Alexion	10 ml	8546,00	

SÉCUKINUMAB ℞

Sol. Inj. S.C. — 150 mg/mL (1 mL)

02438070	*Cosentyx (seringue)*	Novartis	1	772,50	
			2	1545,00	772,5000
99101215	*Cosentyx (stylo)*	Novartis	1	772,50	
			2	1545,00	772,5000

SELEXIPAG ℞

Co. — 200 mcg

02451158	*Uptravi*	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co. — 400 mcg

02451166	*Uptravi*	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co. — 600 mcg

02451174	*Uptravi*	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co. — 800 mcg

02451182	*Uptravi*	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

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	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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
80110688	*Senna*	Jamp	100	4,64	➡	0,0464
			500	23,19	➡	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

Co. 12 mg **PPB**

80009183	*Jamp-Sennosides Enrobé*	Jamp	500	27,75	➡	0,0555
80055641	*M-Sennosides 12 mg*	Mantra Ph.	500	27,75	➡	0,0555
00896403	*pms-Sennosides*	Phmscience	100	5,55	➡	0,0555
			500	27,75	➡	0,0555
80069733	*Sennalax Forte*	Cellchem	60	3,33	➡	0,0555

SÉVÉLAMER (CARBONATE DE) Pr

Co. 800 mg **PPB**

02461501	*Accel-Sevelamer*	Accel	180	227,42	➡	1,2634
02354586	*Renvela*	SanofiAven	180	227,42	➡	1,2634

Pd. Orale 2,4 g

02485567	*Renvela*	SanofiAven	90	341,12	3,7902

Pd. Orale 800 mg

02485559	*Renvela*	SanofiAven	90	113,71	1,2634

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co.				800 mg	
02244310	*Renagel*	SanofiAven	180	277,36	1,5409

SILDÉNAFIL (CITRATE DE) 🅿

Co.				20 mg **PPB**	
02469669	*Jamp-Sildenafil R*	Jamp	30	88,86	➡ 2,9620
			90	266,58	➡ 2,9620
02412179	*pms-Sildenafil R*	Phmscience	90	266,58	➡ 2,9620
			100	296,20	➡ 2,9620
02319500	*ratio-Sildenafil R*	Ratiopharm	100	296,20	➡ 2,9620
02279401	*Revatio*	Upjohn	90	962,75	10,6972

SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE) 🅿

Co.				0,25 mg	
02496429	*Mayzent*	Novartis	120	2679,42	22,3285

Co.				2 mg	
02496437	*Mayzent*	Novartis	28	2500,82	89,3150

SITAGLIPTINE 🅿

Co.				25 mg	
02388839	*Januvia*	Merck	30	78,53	2,6177

Co.				50 mg	
02388847	*Januvia*	Merck	30	78,53	2,6177

Co.				100 mg	
02303922	*Januvia*	Merck	30	78,53	2,6177
			100	261,77	2,6177

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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
SOMATOTROPHINE					
Cartouche				5 mg	
02325063	*Omnitrope*	Sandoz	1 5	139,50 697,50	 139,5000
Cartouche				6 mg	
02243077 02350122	*Humatrope* *Saizen*	Lilly Serono	1 1	261,00 261,00	
Cartouche				10 mg	
02325071	*Omnitrope*	Sandoz	1 5	279,00 1395,00	 279,0000
Cartouche				12 mg	
02243078 02350130	*Humatrope* *Saizen*	Lilly Serono	1 1	334,80 334,80	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Cartouche				15 mg	
02459647	*Omnitrope*	Sandoz	1 5	418,50 2092,50	418,5000
Cartouche				20 mg	
02350149	*Saizen*	Serono	1	778,88	
Cartouche				24 mg	
02243079	*Humatrope*	Lilly	1	1120,08	
Pd. Inj.				5 mg	
02237971	*Saizen*	Serono	1	139,50	
Sol. Inj. S.C. (ser)				0,6 mg	
02401762	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	117,18	16,7400
Sol. Inj. S.C. (ser)				0,8 mg	
02401770	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	156,24	22,3200
Sol. Inj. S.C. (ser)				1 mg	
02401789	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	195,30	27,9000
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,2 mg	
02401797	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	234,36	33,4800
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,4 mg	
02401800	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	273,42	39,0600
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,6 mg	
02401819	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	312,48	44,6400
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,8 mg	
02401827	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	351,54	50,2200
Sol. Inj. S.C. (ser)				2 mg	
02401835	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	390,60	55,8000
Sty				5 mg	
02399091	*Nutropin AQ NuSpin 5*	Roche	1	139,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sty				5,3 mg	
02401703	*Genotropin GoQuick*	Pfizer	5	739,35	147,8700
Sty				10 mg	
02376393	*Nutropin AQ NuSpin 10*	Roche	1	279,00	
Sty				12 mg	
02401711	*Genotropin GoQuick*	Pfizer	5	1674,00	334,8000
Sty				20 mg	
02399083	*Nutropin AQ NuSpin 20*	Roche	1	778,88	

SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER P

Sty				5 mg	
02334852	*Norditropin Nordiflex*	N.Nordisk	1	139,50	
Sty				10 mg	
02334860	*Norditropin Nordiflex*	N.Nordisk	1	279,00	
Sty				15 mg	
02334879	*Norditropin Nordiflex*	N.Nordisk	1	418,50	

SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE LIÉ À L'INSUFFISANCE RÉNALE P

Cartouche				6 mg	
99101243	*Saizen*	Serono	1	261,00	
Cartouche				10 mg	
99101242	*Nutropin AQ NuSpin 10*	Roche	1	279,00	
Cartouche				12 mg	
99101245	*Saizen*	Serono	1	334,80	
Cartouche				20 mg	
99101246	*Saizen*	Serono	1	778,88	
Pd. Inj.				5 mg	
99101244	*Saizen*	Serono	1	139,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sty				5 mg	
99101238	*Nutropin AQ NuSpin 5*	Roche	1	139,50	
Sty				20 mg	
99101240	*Nutropin AQ NuSpin 20*	Roche	1	778,88	
SORAFENIB (TOSYLATE DE) ℞					
Co.				200 mg	
02284227	*Nexavar*	Bayer	120	5521,06	46,0088
STIRIPENTOL ℞					
Caps.				250 mg	
02398958	*Diacomit*	Biocodex	60	353,90	5,8983
Caps.				500 mg	
02398966	*Diacomit*	Biocodex	60	706,70	11,7783
Pd. Orale				250 mg/sachet	
02398974	*Diacomit*	Biocodex	60	353,90	5,8983
SUNITINIB (MALATE DE) ℞					
Caps.				12,5 mg	
02280795	*Sutent*	Pfizer	28	1768,27	63,1525
Caps.				25 mg	
02280809	*Sutent*	Pfizer	28	3536,52	126,3043
Caps.				50 mg	
02280817	*Sutent*	Pfizer	28	7073,05	252,6089
TACROLIMUS ℞					
Pom. Top.				0,03 %	
02244149	*Protopic*	Leo	30 g 60 g	64,50 129,00	2,1500 2,1500
Pom. Top.				0,1 %	
02244148	*Protopic*	Leo	30 g 60 g	69,00 138,00	2,3000 2,3000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

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. — 61 mg

02517841	*Vyndamax*	Pfizer	30	16028,40	534,2800

TAFAMIDIS MÉGLUMINE 🅿

Caps. — 20 mg

02495732	*Vyndaqel*	Pfizer	120	16028,40	133,5700

TÉRIFLUNOMIDE 🅿

Co. — 14 mg **PPB**

+ 02502933	*ACH-Teriflunomide*	Accord	28	418,04	➡ 14,9300
+ 02500639	*Apo-Teriflunomide*	Apotex	28	418,04	➡ 14,9300
* 02416328	*Aubagio*	Genzyme	28	1426,82	50,9579
+ 02504170	*Jamp Teriflunomide*	Jamp	28	418,04	➡ 14,9300
+ 02500469	*Mar-Teriflunomide*	Marcan	28	418,04	➡ 14,9300
+ 02523833	*M-Teriflunomide*	Mantra Ph.	30	447,90	➡ 14,9300
+ 02500310	*NAT-Teriflunomide*	Natco	28	418,04	➡ 14,9300
+ 02500434	*pms-Teriflunomide*	Phmscience	30	447,90	➡ 14,9300
+ 02505843	*Sandoz Teriflunomide*	Sandoz	28	418,04	➡ 14,9300
+ 02501090	*Teva-Teriflunomide*	Teva Can	28	418,04	➡ 14,9300
			30	447,90	➡ 14,9300

TÉRIPARATIDE 🅿

Sol. Inj. S.C. — 250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL)

02486423	*Teva-Teriparatide injectable*	Teva Can	1	565,26	

TÉRIPARATIDE (BIOSIMILAIRE) 🅿

Sol. Inj. S.C. — 250 mcg/mL (2,4 mL)

02495589	*Osnuvo*	Avir	1	565,26	

THALIDOMIDE 🅿

Caps. — 50 mg

02355191	*Thalomid*	Celgene	28	825,13	29,4689

Caps. — 100 mg

02355205	*Thalomid*	Celgene	28	1650,26	58,9379

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				200 mg	
02355221	*Thalomid*	Celgene	28	3300,64	117,8800

TICAGRÉLOR 🅿

Co.				90 mg **PPB**	
02368544	*Brilinta*	AZC	60	88,80	1,4800
02492598	*Taro-Ticagrelor*	Taro	60	80,78 ➡	1,3463

TIGÉCYCLINE 🅿

Pd. Perf. I.V.				50 mg **PPB**	
02409356	*Tigecycline*	Apotex	10	714,23 ➡	71,4225
02285401	*Tygacil*	Pfizer	10	802,50	80,2500

TIPRANAVIR 🅿

Caps.				250 mg	
02273322	*Aptivus*	Bo. Ing.	120	990,00	8,2500

TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co.				4 mg	
02259893	*Tizanidine*	AA Pharma	100	36,86	0,3686

TOBRAMYCINE (SULFATE DE) 🅿

Pd. pour Inh.				28 mg	
02365154	*Tobi Podhaler*	BGP Pharma	224	2880,36	
Sol. pour Inh.				300 mg/5 mL **PPB**	
02389622	*Teva-Tobramycin*	Teva Can	56	1533,36 ➡	27,3814
02239630	*Tobi*	BGP Pharma	56	2880,36	51,4350

TOCILIZUMAB 🅿

Sol. Inj. S.C. (ser)				162 mg/0,9 mL	
02424770	*Actemra*	Roche	4	1420,00	355,0000
Sol. Inj. S.C. (stylo)				162 mg/0,9 mL	
02483327	*Actemra*	Roche	4	1420,00	355,0000
Sol. Perf. I.V.				20 mg/mL (4 mL)	
02350092	*Actemra*	Roche	1	179,20	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Perf. I.V.			20 mg/mL (10 mL)		
02350106	*Actemra*	Roche	1	448,00	
Sol. Perf. I.V.			20 mg/mL (20 mL)		
02350114	*Actemra*	Roche	1	896,00	
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

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.				2 mg	
02409658	*Mekinist*	Novartis	30	8700,00	290,0000

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 %	
00657204	*Stieva-A*	GSK	25 g	7,30	0,2920
Cr. Top.				0,025 %	
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

TRIENTINE (CHLORHYDRATE DE) Pr

Caps. 250 mg

02504855	*Mar-Trientine*	Marcan	100	2000,00	20,0000

TRIFLURIDINE/TIPIRACIL (CHLORHYDRATE DE) Pr

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

TROSPIUM (CHLORURE DE) Pr

Co. 20 mg **PPB**

02488353	*Mar-Trospium*	Marcan	60	36,65	➡	0,6108
02275066	*Trosec*	Sunovion	60	36,65	➡	0,6108

USTEKINUMAB Pr

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) Pr

Co. 450 mg **PPB**

02435179	*Auro-Valganciclovir*	Aurobindo	60	348,19	➡	5,8031
			100	580,31	➡	5,8031
02495457	*Mint-Valganciclovir*	Mint	60	348,19	➡	5,8031
02413825	*Teva-Valganciclovir*	Teva Can	60	348,19	➡	5,8031
02245777	*Valcyte*	Roche	60	1371,49		22,8582

Susp. Orale 50 mg/mL

02306085	*Valcyte*	Roche	100 ml	253,98	2,5398

VEDOLIZUMAB Pr

Pd. Perf. I.V. 300 mg

02436841	*Entyvio*	Takeda	1	3290,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.				108 mg/0,68 mL	
02497875	*Entyvio (seringue)*	Takeda	1	822,50	
			2	1645,00	822,5000
02497867	*Entyvio (stylo)*	Takeda	1	822,50	
			2	1645,00	822,5000

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	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

VISMODEGIB Pr

Caps. 150 mg

02409267	*Erivedge*	Roche	28	8238,26	294,2236

VORICONAZOLE Pr

Co. 50 mg **PPB**

02399245	*Sandoz Voriconazole*	Sandoz	30	95,87	➡	3,1957
02396866	*Teva-Voriconazole*	Teva Can	30	95,87	➡	3,1957
02256460	*Vfend*	Pfizer	30	370,53		12,3510

Co. 200 mg **PPB**

02399253	*Sandoz Voriconazole*	Sandoz	30	383,33	➡	12,7777
02396874	*Teva-Voriconazole*	Teva Can	30	383,33	➡	12,7777
02256479	*Vfend*	Pfizer	30	1481,49		49,3830

Pd. Perf. I.V. 200 mg **PPB**

02256487	*Vfend*	Pfizer	1	145,55		
02477696	*Voriconazole pour injection*	Jamp	1	136,58	➡	

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE) Pr

Sol. Perf. I.V. 4 mg/5 mL **PPB**

02422425	*Acide zolédronique pour injection*	Dr Reddy's	5 ml	134,61	➡	
02434458	*Acide zolédronique pour injection*	Fresenius	5 ml	134,61	➡	
02444739	*Acide zolédronique pour injection*	Juno	5 ml	134,61	➡	
02472805	*Acide zolédronique pour injection*	Marcan	5 ml	134,61	➡	
02415186	*Acide zolédronique pour injection*	Taro	5 ml	134,61	➡	
02407639	*Acide zolédronique pour injection*	Teva Can	5 ml	134,61	➡	
02401606	*Acide zolédronique-Z*	Sandoz	5 ml	134,61	➡	
02482525	*Jamp-Zoledronic Acid*	Jamp	5 ml	134,61	➡	
02248296	*Zometa*	Novartis	5 ml	538,45		

Sol. Perf. I.V. 5 mg/ 100 mL **PPB**

02422433	*Acide zolédronique injectable*	Dr Reddy's	1	335,40	➡	
02269198	*Aclasta*	Novartis	1	668,60		
02415100	*Injection d'acide zolédronique*	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'EVUSHELD [26]

99113978			1		

ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT EN SITUATION D'URGENCE [23]

99113729			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.

26 Prix maximal remboursable : 0,75. Aucun excédent ne peut être réclamé à la personne assurée, même si le prix d acquisition excède ce prix maximal remboursable. Le remboursement de ces fournitures est autorisé uniquement lorsque le traitement est administré en pharmacie.

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 [23]

99113726			1		

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	*BD Posiflush héparine*	B-D	3 ml 5 ml	0,68 0,67	

Sol. rinçage (ser.) 100 U/mL (3 et 5 mL)

99113759	*BD Posiflush héparine*	B-D	3 ml 5 ml	0,69 0,70	

MASQUE POUR CHAMBRE D'ESPACEMENT

99003643			1		

SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE POUR INSULINE

				0,25 cc	
99002132			1		
				0,3 cc	
99002140			1		
				0,5 cc	
99002159			1		
				1,0 cc	
99002167			1		

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.

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.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE RÉTRACTABLE [13]

				3 cc	
99101335			1		

SERINGUE ET AIGUILLE(S) JETABLES

				1,0 cc	
99002345			1		
				2,0 cc	
99002558			1		
				3 cc	
99002205			1		
				5 cc	
99002213			1		
				10 cc	
99002221			1		

SERINGUE JETABLE (SANS AIGUILLE)

				1,0 cc	
99002337			1		
				2,0 cc	
99002531			1		
				3 cc	
99002175			1		
				5 cc	
99002183			1		
				10 cc	
99002191			1		

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
				20 cc	
99100668			1		
				30 cc à 50 cc	
99100669			1		

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. de rinçage

				0,9 % **PPB**	
99100499	*BD Saline SP NaCl 0.9 %*	B-D	3 ml	0,90	
			5 ml	0,95	
			10 ml	1,00	
99100894	*Chlorure de Sodium*	MedXL	3 ml	➡ 0,85	
			5 ml	➡ 0,90	
			10 ml	➡ 0,95	

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL [6]

AMPHOTÉRICINE B Ⓟ

Pd. Inj. 50 mg

99100416			20 ml		

CLOMIFÈNE (CITRATE DE) Ⓟ

Pd.

99113918			1 g		

CYCLOSPORINE Ⓟ

Sol. Inj.

99100387			1		

CYSTÉAMINE Ⓟ

Pd.

99113753			1 g		

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Liq. oral

99113920			1 ml		

ÉRYTHROMYCINE Ⓟ

Pd. (usage externe)

99100163			2 g		

GOUDRON MINÉRAL

00897361			25 g		

GOUDRON VÉGÉTAL

00908169			100 ml		

HYDROCORTISONE

00900761			5 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

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') Ⓟ

00906689			10 g		

LIQUOR CARBONIS DETERGENS

00903256			500 ml		

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) Ⓝ

				1 g à 100 g	
00907561	*Méthadone*		1		

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		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SOUFRE (SUBLIMÉ)

00896217			125 g		

VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE) Pd.

99100176			1 g		

VÉHICULES, SOLVANTS OU ADJUVANTS

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

VÉHICULES, SOLVANTS OU 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		

CELLULOSE MICROCRISTALLINE
Pd.

99113917			1 g		

6 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

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

CHLOROFORME

99002752			100 ml		

DEXTROSE
Sol. Inj. 5 %

99002256			500 ml 1000 ml		

DEXTROSE (MINI-SACS)
Sol. Inj. 5 %

00921289			25 ml 50 ml 100 ml 250 ml		

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		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

EAU PURIFIÉE (DISTILLÉE, DÉMINÉRALISÉE OU AUTRES)

99101431			1 ml		

EAU STÉRILE INHALOTHÉRAPIE

00920282			3 ml 5 ml		

EAU STÉRILE POUR INJECTION

99100407			250 ml 500 ml 1000 ml 2000 ml		

EAU STÉRILE POUR INJECTION (PETITS VOLUMES)

99002264			5 ml 10 ml 20 ml 50 ml		

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		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

GLYCÉRINE [5]

00903159			100 ml		

GLYCINE/ SODIUM (CHLORURE DE)

94 mg -73,3 mg

02443651	*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		

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

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D') SIMÉTHICONE
Susp. Orale

99100243			1 ml		

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE)
Susp. Orale

99003376			1 ml		

MÉTHYLCELLULOSE

00902365			100 g		

Pd. 1 500 cps

99001527			500 g		

PARAFFINE MOLLE (BLANCHE)

00902691			450 g		

PARAFFINE MOLLE (JAUNE)

00902683			454 g		

PERFUSEUR ELASTOMÉRIQUE (INTERMITTENT)

99002272			1		

PERFUSEUR ELASTOMÉRIQUE (LONGUE DURÉE)

99002280			1		

PROPYLÈNEGLYCOL

00903353			500 ml		

SAC VIDE POUR SOLUTE
Sac

99002299			1		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SERINGUE POUR DISPOSITIF D'ADMINISTRATION

99002302			1		

SIROP SIMPLE

00905038			500 ml		

SODIUM (BENZOATE DE) - ADJUVANT
Pd.

99001535			100 g		

SODIUM (CHLORURE DE)
Sol. Inj. 0,9 %

99002310			500 ml 1000 ml		

SODIUM (CHLORURE DE) (MINI-SAC)
Sol. Inj. 0,9 %

00921300			25 ml 50 ml 100 ml 250 ml		

SODIUM (CHLORURE DE) (PETITS VOLUMES)
Sol. Inj. 0,9 %

99002329			5 ml 10 ml 20 ml 50 ml		

SODIUM (CHLORURE DE) INHALOTHÉRAPIE
0,9 %

99101482			3 ml		

SODIUM (CITRATE DE, ANHYDRE)

99002779			100 g		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SORBITOL

99000555			100 g		

TRAGACANTHE
Pd.

99002361			100 g		

VÉHICULE HUILEUX

99101192			500 ml		

VÉHICULES POUR SUSPENSION ORALE
Susp. Orale 250 ml à 473 ml

99101222			1		