



Santé
Canada

Health
Canada

*Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.*

*Your health and
safety... our priority.*

Services de santé non assurés

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

LISTE DES MÉDICAMENTS 2012

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) fournit aux membres des Premières nations inscrits et aux Inuits reconnus au Canada des services de santé supplémentaires, dont des médicaments d'ordonnance et des médicaments en vente libre.

Visitez notre site Web à : www.santecanada.gc.ca/ssna

Canada

Santé Canada
Services de santé non assurés

Introduction
Liste des médicaments

en vigueur
2012

Table des matières

1. Contexte du Programme des SSNA	iv
2. But de la Liste de médicaments des SSNA	iv
3. Processus d'examen des médicaments	iv
4. Critères applicables aux prestations	vi
A) Inscription de médicaments à la liste	vi
B) Critères régissant les retraits	viii
C) Médicaments couverts sans restriction	viii
D) Médicaments d'usage restreint	viii
E) Critère d'exception	ix
F) Exclusions.....	x
5. Politiques.....	x
A) Équivalent le moins coûteux et substitutions	x
B) Interdiction de substituer (demande de remboursement).....	x
C) Quantité prescrite	x
D) Politique de frais d'exécution de l'ordonnance à court terme	x
6. Liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique	xi
7. Liste de médicaments pour soins palliatifs.....	xii
8. Évaluation de l'utilisation des médicaments	xii
9. Renseignements généraux.....	xii
10. Code de protection des renseignements personnels des SSNA	xiii
11. Classification pharmacothérapeutique des médicaments	xiii
Légende.....	xiv
Liste des médicaments	
04:00 Antihistaminiques	1
08:00 Anti-infectieux	2
10:00 Antinéoplasiques	13
12:00 Médicaments du système nerveux autonome	16
20:00 Formation et coagulation sanguine	23
24:00 Cardio-vasculaires	26
28:00 Médicaments du système nerveux central	45
32:00 Contraceptifs.....	74
36:00 Agents diagnostiques	75
40:00 Électrolytes-diurétiques.....	76
48:00 Antitussifs, expectorants et mucolytiques	79
52:00 Médicaments pour yeux, oreilles, nez, gorge	80
56:00 Gastro-intestinaux.....	85
60:00 Sels d'or	92
64:00 Antidotes des métaux lourds	92
68:00 Hormones et substituts	93
80:00 Sérum, anatoxines et vaccins.....	101
84:00 Peau et muqueuses	102
86:00 Spasmolytiques.....	110
88:00 Vitamines	111
92:00 Autres médicaments	114
94:00 Dispositifs et instruments	119
96:00 Spécialités pharmaceutiques.....	122
Annexe A (Prestations pharmaceutiques d'usage restreint et critères).....	A-1
Annexe B (Liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique).....	B-1
Annexe C (Liste de médicaments pour soins palliatifs)	C-1
Annexe D (Liste des fabricants des médicaments)	D-1

Annexe E (Listes d'exclusions).....	E-1
Liste alphabétique des médicaments (index)	I-1

1. CONTEXTE DU PROGRAMME DES SSNA

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada fournit à environ 831,090 membres admissibles des Premières nations et des Inuits une gamme limitée de biens et de services de santé médicalement nécessaires, qui ne sont pas couverts par des régimes d'assurance-maladie provinciaux, territoriaux ou privés. Ces prestations complètent celles des programmes de soins de santé provinciaux et territoriaux, tels que les soins médicaux et hospitaliers ainsi que d'autres programmes et services communautaires des Premières nations et des Inuits. Les biens et services couverts par les prestations comprennent les médicaments, le transport pour raison médicale, les soins dentaires, les fournitures et le matériel médicaux, le counseling d'intervention en situation de crise et les soins de la vue.

Les attributions du Programme des SSNA en matière de santé des Premières nations proviennent de la Politique sur la santé des Indiens de 1979 qui décrit les responsabilités telles qu'elles doivent être partagées entre les différents niveaux de gouvernement, le secteur privé et les collectivités des Premières nations. Selon ce partage de responsabilités, lorsqu'une prestation est couverte par un autre régime, le gouvernement fédéral exige la coordination des prestations de façon à s'assurer que l'autre régime fait face à ses engagements.

2. BUT DE LA LISTE DE MÉDICAMENTS DES SSNA

La Liste des médicaments contient les médicaments couverts par le Programme des SSNA. Cette liste est révisée régulièrement et publiée chaque année. Les médicaments répertoriés sur cette liste sont des médicaments surtout utilisés à domicile ou dans un environnement de soins ambulatoires. Pour qu'un médicament répertorié soit admissible aux prestations, il faut qu'il ait été prescrit par un praticien autorisé. Un praticien autorisé est une personne autorisée à prescrire des médicaments dans le cadre de sa pratique, dans sa province ou son territoire. La Liste des médicaments est un outil pour les médecins et les pharmaciens qui les aide à optimaliser la pharmacothérapie tout en satisfaisant au critère de coût et efficacité.

3. PROCESSUS D'EXAMEN DES MÉDICAMENTS

Le processus d'examen des médicaments dont l'admissibilité aux prestations est envisagée en vertu du Programme des SSNA varie en fonction du type de médicament soumis pour examen.

3.1 Nouvelles entités chimiques, nouvelles associations de médicaments et entités chimiques existantes avec nouvelle indication

Les présentations de demandes concernant de nouvelles entités chimiques, de nouvelles associations de médicaments et des entités chimiques existantes avec nouvelle indication doivent être envoyées à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Les évaluations cliniques et pharmacoéconomiques sont coordonnées par la Direction du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et envoyées au Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) pour recommandation d'inscription à la Liste de médicaments. Ces recommandations sont transmises aux régimes d'assurance-médicaments, y compris le Programme des SSNA, pour considération. Le Programme des SSNA et d'autres régimes d'assurance-médicaments prennent des décisions concernant l'inscription à la Liste des médicaments en fonction des recommandations du CCEM ainsi que d'autres facteurs pertinents, tels que le mandat, les priorités et les ressources.

Veuillez consulter l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) pour obtenir une liste des exigences pour la présentation d'une demande par les fabricants et un sommaire des procédures du Programme commun d'évaluation des médicaments. Les demandes de renseignements devraient être envoyées à l'adresse suivante :

Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM)
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
865, avenue Carling, bureau 600
Ottawa (Ontario) K1S 5S8
Téléphone: (613) 226-2553
Site Web: www.acmts.ca

Veuillez vous assurer qu'une copie complète de la présentation de demande de médicament soit envoyée

au Programme des SSNA de façon électronique à l'adresse internet suivante:

: NIHB.Drug.Submissions@hc-sc.gc.ca ou par CD ROM à l'adresse postale indiquée à la section 3.2.2.4.

3.2 Élargissement de gamme de produits, médicaments génériques et autres présentations de demandes

Les présentations pour des demandes d'élargissement de gamme de produits, pour des médicaments génériques et pour toutes autres présentations de demandes sont révisées soit à l'interne ou par le Comité consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT) du Programme des SSNA. Les médicaments génériques peuvent être inclus à la Liste de médicaments suivant les listes provinciales d'interchangeabilité et suivant d'autres facteurs pertinents.

3.2.1 Comité consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT)

Le CCMT du Programme des SSNA fournit des recommandations d'inscription de médicaments à la Liste de médicaments du Programme des SSNA. Le Programme prend des décisions concernant l'inscription à la Liste des médicaments en fonction des recommandations du CCMT ainsi que d'autres facteurs pertinents, tels que mandat, priorités et ressources.

Le CCMT du Programme des SSNA est un organe consultatif composé de professionnels de la santé hautement qualifiés qui fournissent des avis d'experts impartiaux et pratiques de nature médicale et pharmaceutique à l'intention du Programme des SSNA afin de promouvoir l'amélioration des résultats sur le plan de la santé des clients des Premières nations et des clients inuits grâce à l'utilisation efficace des produits pharmaceutiques. L'approche adoptée est fondée sur des données probantes et les avis exprimés se font l'écho des connaissances médicales et scientifiques, des tendances actuelles en matière d'utilisation, de la pratique clinique courante, des méthodes de prestation des soins de santé et des besoins précis des clients du Ministère en matière de soins de santé.

3.2.2 Exigences pour la présentation d'une demande

Toutes les demandes concernant un médicament qui est soit un élargissement de gamme de produits, un médicament générique et pour toute autre présentation de demandes, doivent être soumises au Programme des SSNA. Seuls les médicaments ayant fait l'objet d'un avis de conformité de Santé Canada seront pris en considération aux fins d'admissibilité aux prestations.

3.2.2.1 Lettre d'autorisation

Le fabricant fournira au responsable du Programme des SSNA une lettre autorisant le Programme des SSNA à avoir accès à tous les renseignements en possession de Santé Canada ou du gouvernement d'une province ou d'un territoire au Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés ou l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) concernant le produit.

3.2.2.2 Justification de l'inscription possible d'un médicament à la liste

Le fabricant fournira un énoncé indiquant les raisons qui justifient que le nouveau produit devienne admissible aux prestations en vertu du Programme des SSNA.

3.2.2.3 Information générale

Des informations supplémentaires sont requises telles que :

- Preuve que le produit a été approuvé par Santé Canada, y compris un avis de conformité (AC) et le numéro d'identification du médicament (DIN) et
- Classification du produit selon deux systèmes :
 - classification pharmacothérapeutique de l'American Hospital Formulary Service (AHFS) et;
 - classification anatomo-thérapeutique et chimique de l'Organisation mondiale de la santé.

3.2.2.4 Renseignements économiques

Le fabricant doit présenter l'information concernant le prix actuel du médicament.

Les fabricants sont tenus d'informer le responsable du Programme des SSNA de toute modification importante apportée aux médicaments répertoriés, telles que les modifications apportées au DIN, au nom du produit, au fabricant ou au distributeur, à l'indication, à la monographie du produit, à l'emballage,

à la formulation, aux spécifications du fabricant ou à l'interruption d'un produit. Les modifications doivent être communiquées électroniquement au Programme des SSNA.

Les présentations de demandes pour des médicaments à être révisées pour inclusion à la Liste des médicaments doivent être envoyées électroniquement au Programme des SSNA. Veuillez envoyer les présentations de demandes à l'adresse internet suivante: NIHB.Drug.Submissions@hc-sc.gc.ca

Les présentations de demandes pour le PCEM seront acceptées sur un CD ROM si elles sont expédiées à l'adresse suivante :

a/s Gestionnaire de pharmacie, Gestion des prestations
Programme des Services de santé non assurés
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
Santé Canada, 2^e étage, immeuble Jeanne Mance
200, promenade Églantine, Pré Tunney
Indice de l'adresse 1902A
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Il n'est pas nécessaire d'expédier plus d'UNE copie de la demande de présentation. La réception de la demande sera confirmée par courrier électronique.

4. CRITÈRES APPLICABLES AUX PRESTATIONS

Le choix des médicaments inscrits à la Liste des médicaments du Programme des SSNA repose sur un certain nombre de critères. Ces critères servent de point de départ pour prendre des décisions concernant les médicaments de la liste relativement aux points suivants :

- A. Inscriptions
- B. Retraits
- C. Médicaments couverts sans restriction
- D. Usage restreint
- E. Exceptions
- F. Exclusions

Tous les médicaments que l'on envisage inscrire à la liste ou qui y figurent déjà en tant que prestations pharmaceutiques doivent, au minimum, satisfaire aux conditions suivantes :

1. avoir fait l'objet d'un avis de conformité et être légalement disponibles sur le marché canadien;
2. être vendus au Canada (on pourra exiger une copie du formulaire de notification émis en vertu du Règlement sur les aliments et drogues ou une preuve d'inscription sur une liste de médicaments provinciale);
3. être utilisés à domicile ou dans un milieu de soins ambulatoires;
4. ne pas être fournis dans un lieu subventionné par une province ou un territoire (hôpital ou établissement) ou ne pas être fournis par l'intermédiaire d'une clinique ou d'un programme financé par une province ou un territoire conformément à une loi provinciale ou territoriale;
5. être conformes au mandat et aux politiques du Programme des SSNA.

A. Inscription de médicaments à la liste

Avec l'aide du Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) et du Comité consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT) du Programme des SSNA, le Programme prend les décisions d'inscrire des produits sur la Liste des médicaments en tenant compte:

- des besoins des bénéficiaires des Premières nations et des Inuits;

- des multiples recherches scientifiques et cliniques sur les médicaments ajoutés à la liste
- d'analyse de coût et efficacité
- de la disponibilité des médicaments de rechange à la Liste de médicaments
- des pratiques actuelles en soin de santé
- des différentes politiques provinciales ainsi que de leurs listes de médicaments respectives

Une nouvelle formulation ou une nouvelle concentration d'un produit figurant déjà sur la liste pourra être ajoutée ou remplacer un produit déjà approuvé.

Les équivalents génériques de médicaments sont ajoutés conformément aux listes d'interchangeabilité provinciales et d'autres facteurs pertinents.

Les associations de produits pharmaceutiques seront considérées pour inclusion si :

1. chaque produit associé contribue à l'effet revendiqué;
2. l'association est justifiée sur le plan pharmacologique ou pharmaceutique;
3. la posologie de chaque élément (dose, fréquence et durée de l'effet) est telle que l'association est efficace et sans danger pour une grande partie de la population visée par ce traitement associé, tel que défini sur l'étiquette du produit et;
4. le coût de l'association est inférieur aux coûts additionnés de chacun des produits ou des preuves scientifiques démontrent que les avantages de l'association l'emportent sur l'augmentation du coût ou;
5. on a démontré une amélioration de l'observance des patients donnant lieu à une augmentation de l'efficacité clinique.

Les produits à libération prolongée peuvent être inscrits à la liste lorsque :

1. des études cliniques ont démontré l'innocuité et l'efficacité de l'ingrédient actif lorsqu'il est administré dans une préparation à libération prolongée et;
2. la préparation présente un avantage thérapeutique dans le traitement de la pathologie pour laquelle elle est indiquée. On entend par avantage thérapeutique : une efficacité plus grande par rapport à la formulation classique sans augmentation de la toxicité ou encore une toxicité diminuée associée à une efficacité plus grande ou similaire ou;
3. on a démontré une amélioration de l'observance des patients donnant lieu à une augmentation de l'efficacité clinique ou;
4. on a prouvé que le produit à libération prolongée est aussi, sinon plus, économique que l'équivalent régulier le moins coûteux actuellement couvert ou;
5. il n'existe pas de forme posologique classique du médicament inscrit qui puisse être facilement disponible.

Les médicaments injectables seront pris en considération :

1. s'ils sont susceptibles d'être utilisés à domicile ou dans un milieu de soins ambulatoires;
2. s'ils ne font pas partie de la pharmacopée habituelle d'un bureau de médecin;
3. s'ils ne sont pas administrés dans un hôpital ou un établissement subventionné par une province ou un territoire ou;

4. s'ils ne sont pas fournis par l'intermédiaire d'un programme ou d'une clinique financé par une province ou un territoire conformément à une loi provinciale ou territoriale.

B. Critères régissant les retraits

Les critères suivants guident le retrait immédiat ou anticipé d'un médicament de la Liste des SSNA. Un médicament sera retiré :

1. s'il n'est plus vendu sur le marché canadien;
2. lorsque de nouveaux produits présentant des avantages ou des améliorations thérapeutiques clairement démontrés ont été ajoutés à la liste;
3. lorsque de nouvelles données sur la toxicité du produit modifient son rapport risques-avantages, rendant ainsi sa présence sur la liste inappropriée;
4. lorsque de nouveaux renseignements démontrent que le produit ne présente pas les avantages thérapeutiques escomptés;
5. lorsque le prix d'acquisition est trop élevé par rapport aux avantages offerts;
6. lorsque le médicament présente un potentiel élevé d'abus ou d'usage à des fins non médicales.

NOTA : Certains médicaments peuvent aussi être retirés sur recommandation du directeur général du Programme des SSNA lorsque leur présence sur la liste entraîne des répercussions indésirables sur les plans financier, administratif ou de l'approvisionnement.

C. Médicaments couverts sans restriction

Les médicaments couverts sans restriction sont ceux qui figurent dans la Liste des médicaments du Programme des SSNA et pour lesquels il n'existe aucun critère d'admissibilité ou obligation d'autorisation préalable.

D. Médicaments d'usage restreint

L'inscription de certains produits pharmaceutiques sur la Liste de médicaments générale peut ne pas être appropriée, mais il reste que ces médicaments peuvent tout de même être utiles dans certaines circonstances. Ces produits peuvent alors être inscrits avec la mention « produit d'usage restreint » et être soumis à des critères spécifiques d'utilisation dans le cadre du Programme des SSNA. Un produit sera désigné « produit d'usage restreint » :

1. si il existe un fort potentiel d'utilisation en dehors des indications pour lesquelles un avantage a été démontré;
2. si son efficacité a été démontrée, mais son utilisation s'accompagne d'effets indésirables prévisibles importants;
3. si c'est un médicament de deuxième ou de troisième intention et son utilisation est justifiée en raison d'allergies, d'intolérance ou d'échec de traitement avec le produit de première intention;
4. s'il est très coûteux et il existe d'autres choix thérapeutiques aussi efficaces sur la liste établie.

Il existe trois types de produits d'usage restreint :

1. Les produits d'usage restreint ne nécessitant pas d'autorisation préalable, notamment:

- les multivitamines (qui ne sont fournies qu'aux enfants âgés de six ans et moins),
• les multivitamines prénatales ou postnatales (qui ne sont fournies qu'aux femmes âgées de 12 à 50 ans en âge d'avoir des enfants).
2. Les produits d'usage restreint pour lesquels on a établi des limites aux quantités fournies ou à la fréquence d'utilisation. Une quantité maximale de médicament est permise au cours d'une période donnée, et le client n'a pas besoin d'obtenir une autorisation préalable pour recevoir la quantité permise du médicament au cours de la période spécifiée. Parmi ces médicaments nous retrouvons les produits pour aider à cesser de fumer. Les clients peuvent recevoir un approvisionnement de trois mois du produit au cours d'une période d'une année. Cette quantité pourra être renouvelée 12 mois après la date de la prescription initiale.
3. Les produits d'usage restreint nécessitant une autorisation préalable (en remplissant le « formulaire de demande d'usage restreint »). Ces produits d'usage restreint et les critères établis pour leur utilisation sont inscrits dans la Liste de médicaments, et sont aussi bien identifiés à l'annexe A. Les critères sont aussi inscrits sur le formulaire expédié par télécopieur que les médecins doivent remplir.

E. Exceptions

Les médicaments d'exception n'apparaissent pas à la Liste des médicaments du Programme. Ils peuvent être approuvés dans des circonstances spéciales après avoir reçu du praticien autorisé un *formulaire de demande d'exception* complété. Ces demandes sont considérées dans les cas suivants :

- lorsque l'ordonnance est rédigée pour une indication clinique reconnue et que la dose prescrite est étayée par des données probantes publiées ou par l'opinion d'une autorité reconnue;
- lorsqu'il a été démontré cliniquement que le médicament prescrit est supérieur aux traitements apparaissant à la Liste de médicaments;
- lorsque le patient a souffert d'effets indésirables avec la prise du médicament de recharge à meilleur prix et qu'un autre choix de médicament de coût supérieur est requis par le prescripteur;
- lorsqu'il a été démontré cliniquement que les autres traitements existants sont inefficaces, contre-indiqués ou possèdent un profil de toxicité élevé (une préférence personnelle ne peut justifier une exception);

F. Exclusions

Les exclusions comprennent des médicaments qui n'apparaissent pas à la Liste des médicaments et ne peuvent pas faire l'objet d'un appel dans le cadre du Programme des SSNA. Ces médicaments ne sont pas considérés comme étant du ressort du programme et ne seront pas remboursés comme prestations pharmaceutiques.

Ces produits sont :

- Agents anti-obésité;
- Produits ménagers (savons et shampoings ordinaires);
- Cosmétiques;
- Produits utilisés en médecine parallèle, comme l'huile d'onagre et la glucosamine;
- Mégavitamines;
- Médicaments en cours d'expérimentation clinique;
- Vaccinations liées aux voyages à l'étranger;
- Stimulants de la pousse des cheveux;
- Médicaments utilisés pour traiter l'infertilité ou l'impotence;
- Certains produits en vente libre;
- Préparations contre la toux contenant de la codéine;
- Stadol®, NS et génériques (butorphanol, tartrate de, vaporisateur nasal);
- Darvon®, et 642MD (propoxyphène);
- Fiorinal®, Fiorinal® C $\frac{1}{4}$, Fiorinal® C $\frac{1}{2}$ et produits génériques (analgésiques contenant du butalbital avec ou sans codéine);
- Dalmane®, Somnol® et produits génériques (flurazepam);
- Librium®, Solium®, Medilium® et produits génériques (chlordiazepoxide);

- Traxene® et produits génériques (clorazepate).
- Imovane® et produits génériques (zopiclone)

5. POLITIQUES

A. Équivalent le moins coûteux et substitutions

Dans un groupe de produits pharmaceutiques interchangeables, le Programme des SSNA ne remboursera que le coût de l'équivalent le moins coûteux. Les pharmaciens doivent se conformer aux politiques et aux lois de leur province ou de leur territoire respectifs pour identifier les produits pouvant être substitués et pour choisir l'équivalent le moins coûteux. (Le Programme ne remboursera pas nécessairement le coût qui apparaît au formulaire provincial).

Si le client choisit un équivalent dont le prix est plus élevé, il devra assumer la différence entre le coût du médicament choisi et celui de l'équivalent dont le prix est le plus bas.

B. Interdiction de substituer (demande de remboursement)

Le Programme des SSNA pourra rembourser le coût d'un médicament équivalent plus coûteux, si un patient a subi un effet indésirable avec le produit de moindre coût. Dans un tel cas, le prescripteur devra fournir au pharmacien :

1. le formulaire de Santé Canada: *Notification concernant un effet indésirable présumé dû à un produit pharmaceutique commercialisé au Canada* dûment rempli et signé et
2. une ordonnance sur laquelle les mots 'pas de substitution' ou 'ne pas substituer' ont été clairement inscrits à la main.

Sur réception, le pharmacien enverra une copie du formulaire de déclaration et une copie de l'ordonnance au Programme pour examen. Une copie de la formule de déclaration sera ensuite acheminée au Programme Canada Vigilance de Santé Canada. On peut obtenir des formulaires en téléphonant à Santé Canada au 1-866-234-2345, ou en téléchargeant une copie à partir du site Web suivant de Santé Canada :

http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/meffe/report-declaration/ar-ei_form-fra.php

ou en photocopiant le formulaire présenté dans le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*.

Remarque : Il n'est pas nécessaire de soumettre à nouveau un formulaire de *Notification concernant un effet indésirable présumé dû à un produit pharmaceutique à chaque renouvellement de l'ordonnance, ni lorsque le même médicament est prescrit de nouveau au même patient. Par contre, la nouvelle ordonnance devra porter la mention « pas de substitution » inscrite à la main.*

C. Quantité prescrite

Normalement, toute la quantité d'un médicament prescrit doit être dispensée. Lorsque la condition d'un patient a été stabilisée avec un médicament et que le prescripteur croit qu'il est peu probable que la posologie doive être ajustée au cours de la période couverte par l'ordonnance, on devrait considérer la possibilité de fournir au patient la quantité nécessaire de médicament équivalente à un maximum de 100 jours de traitement. S'il croit que c'est dans l'intérêt de son patient, le médecin peut continuer à prescrire une quantité moindre avec des renouvellements à intervalles fixes.

D. Politique de frais d'exécution de l'ordonnance à court terme

Le Programme estime que certains médicaments nécessaires pour une thérapie d'entretien à long terme devraient être prescrits et être distribués dans des quantités jusqu'à 100 jours d'approvisionnement. En ce qui concerne les renouvellements d'ordonnance de médicaments nécessitant une exécution à court terme pendant une période de moins de 28 jours attribuable à un problème d'observance, le programme remboursera au total une seule exécution par 28 jours, à l'exception de :

- a. Renouvellements pour le traitement intermittent d'un problème de santé chronique (p. ex., changements de dosage)
- b. Renouvellements de médicaments prescrits au besoin (PRN)

- c. Les renouvellements de méthadone
- d. D'autres identifiés par le Programme des SSNA

Approvisionnement pour un minimum de 28 jours

En ce qui concerne les médicaments administrés par voie orale pour le traitement d'un problème de santé chronique la rémunération se limitera à une exécution à tous les 28 jours. Les médicaments de la liste incluent (mais non de façon limitative) les médicaments des catégories suivantes :

Antagonistes des récepteurs alpha-adrénergiques	Médicaments contre la démence
Médicaments contre la goutte	Médicaments anti-parkinsoniens
Médicaments cardiovasculaires	Médicaments pour le diabète
Médicaments pour traiter les maladies des os	Préparations enzymatiques
Inhibiteurs de la pompe à protons	Spasmolytiques urinaires
Médicaments pour la thyroïde	Médicaments contre l'agrégation plaquettaire
Antagonistes des récepteurs H ₂	
Médicaments en vente libre (y compris les vitamines)	
Autres médicaments pour les ulcères gastriques et le reflux gastro-oesophagien (RGO)	
Médicaments pour l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP)	
Médicaments anti-inflammatoires pour le traitement des symptômes gastro-intestinaux	

Remarque : Cette liste peut être modifiée au besoin et les changements seront communiqués sous forme de mises à jour en ligne de la Liste des médicaments et dans le Bulletin pharmaceutique trimestriel. Les médicaments de la liste relevant de la politique de frais d'exécution de l'ordonnance à court terme sont identifiés à notre Liste de médicaments par le symbole: ^{CT} situé à coté du dosage et de la forme du médicament.

Rémunération

La rémunération ne dépassera pas les frais d'exécution convenus pour chaque approvisionnement de 28 jours. Le Programme des SSNA continuera à effectuer des vérifications et des recouvrements dans les instances où la réduction de quantité se produit.

Approvisionnement de moins de 28 jours

Pour certains médicaments à « risque élevé », pour lesquels la sécurité, le risque de détournement ou l'observance soulèvent des préoccupations, un approvisionnement de moins de 28 jours sera autorisé. Les catégories de médicaments qui recevront une rémunération pour un approvisionnement de moins de 28 jours sont :

Antidépresseurs antipsychotiques opioïdes benzodiazépines
À travers la vérification du fournisseur, une attention particulière sera accordée à ces catégories de médicaments pour assurer la pertinence de l'exécution à court terme dans tous les cas.

Mise en oeuvre

- À la première ordonnance d'un médicament spécifique aux maladies chroniques, le Programme paiera les honoraires complets, peu importe les jours d'approvisionnement. Une nouvelle ordonnance peut inclure un changement de dosage ou un traitement intermittent, en attendant une évaluation par un prescripteur.
- Lors du renouvellement d'une ordonnance d'un médicament spécifique aux maladies chroniques pour un approvisionnement de moins de 28 jours, ou lorsqu'un besoin de conformité des emballages est identifié par le prescripteur, le Programme ne paiera qu'une exécution par période de 28 jours.
- Un renouvellement est défini comme étant la deuxième ordonnance et tout renouvellement d'ordonnance ultérieur pour une teneur d'ingrédient actif et un dosage donnés pour un médicament.

6. LISTE SPÉCIALE DE MÉDICAMENTS POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Les clients souffrant d'insuffisance rénale chronique sont admissibles à une liste spéciale de médicaments qui leur sont nécessaires sur une base régulière, mais qui ne sont pas inscrits sur la

Liste des médicaments du Programme SSNA. Parmi ces produits spéciaux on trouve notamment : darbépoétine alpha (sauf dans les régions où darbépoétine alpha est fournie par la province dans le cadre d'un programme spécial), les produits contenant du calcium, les multivitamines spécialement formulées pour les patients souffrant de problèmes rénaux et certains suppléments nutritifs destinés à ces mêmes patients.

Les nouveaux patients qui auront besoin d'un des médicaments inscrits sur cette liste spéciale seront identifiés grâce au processus habituel d'autorisation préalable. Une fois l'admissibilité du patient confirmée, tous les autres médicaments de la liste spéciale seront automatiquement approuvés pour aussi longtemps qu'il le faudra.

7. LISTE DE MÉDICAMENTS POUR SOINS PALLIATIFS

Les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie seront admissibles à une nouvelle liste de médicaments qui jusqu'à présent n'étaient pas remboursés par le Programme des SSNA. Cette liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Les demandes pour les DINs inclus génèreront un questionnaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au médecin. Une fois le questionnaire complété et retourné, le bénéficiaire sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs selon les critères suivants :

Le bénéficiaire :

1. ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou dans un centre de soins prolongés financé par un gouvernement provincial et
2. a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six mois ou moins

Après avoir été approuvé, le bénéficiaire sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs pour une période de six mois sans besoin d'autre autorisation préalable. Si la couverture doit se prolonger au-delà de six mois, une période de six mois supplémentaire pourra être autorisée suivant la réception d'un autre questionnaire complété pour demande de soins palliatifs.

Veuillez prendre note que pendant les six mois de la couverture, un maximum d'approvisionnement de 30 jours sera remboursé à la fois.

8. ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

L'évaluation de l'utilisation des médicaments au point de service qui fait partie du système de règlement en ligne des demandes de paiement permet l'analyse des données historiques et des données courantes d'utilisation, afin d'identifier les problèmes potentiels liés à l'utilisation des médicaments. Le système renvoie des messages aux pharmaciens afin de leur signaler les problèmes potentiels. Ces messages sont destinés à améliorer la pratique de la pharmacie en fournissant de l'information additionnelle aux pharmaciens. Actuellement, le système permet de surveiller les éléments suivants :

- les interactions potentielles médicament/médicament;
- la duplication d'ordonnances;
- la duplication de traitements.

Le Comité consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT) est le comité consultatif du Programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments (EUM) du Programme des SSNA. Le CCMT présente des conseils relatifs à l'utilisation des médicaments du Programme, afin de promouvoir un traitement médicamenteux efficace, efficient et optimal à l'intention des Premières nations et des Inuits.

9. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

L'information concernant le Programme des SSNA est affichée sur plusieurs sites internet:

- Le site internet du Programme qui fournit des renseignements généraux sur le programme et la Liste des médicaments. L'adresse est:

<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/provide-fournir/pharma-prod/med-list/index-fra.php>

- Le bulletin pharmaceutique du Programme qui est mis à la disposition des pharmaciens et des médecins sur le site internet de Santé Canada. Les Bulletins du programme sont publiés à l'adresse suivante:
<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/index-fra.php>

Pour plus de renseignements concernant le Programme des SSNA, veuillez communiquer avec le :

Directeur, Gestion des prestations
Programme des Services de santé non assurés
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
Santé Canada, 2^e étage, immeuble Jeanne Mance
200, promenade Églantine, Pré Tunney
Indice de l'adresse 1902A
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

10. CODE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS DU PROGRAMME DES SSNA

Le Programme des SSNA est soucieux de protéger la vie privée de ses bénéficiaires et les renseignements personnels que ces derniers lui soumettent. Lorsque une demande de remboursement est reçue, le Programme des SSNA recueille, utilise, divulgue et consigne dans sa base de données les renseignements relatifs au bénéficiaire et ce, conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les renseignements des bénéficiaires qui sont recueillis dans les bases de données sont limités à ceux nécessaires pour l'administration et la vérification des services rendus.

À titre de programme du gouvernement fédéral, le Programme des SSNA doit respecter la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, la *Charte des droits et liberté*, la *Loi sur l'accès à l'information*, les politiques sur la protection des renseignements personnels du Conseil du Trésor, la Politique de sécurité du gouvernement et la Politique de sécurité de Santé Canada.

11. CLASSIFICATION PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE DES MÉDICAMENTS

Les médicaments de la Liste de médicaments du Programme des SSNA sont regroupés conformément au système de classification pharmacothérapeutique élaboré par l'American Society of Health-System Pharmacists pour les besoins du *AHFS Drug Information*.

L'American Society of Health-System Pharmacists a donné son accord quant à l'utilisation de ce système de classification. Elle refuse cependant toute responsabilité quant à l'exactitude des transpositions tirées hors de leur contexte original.

Les médicaments sont présentés suivant l'ordre alphabétique de leur dénomination commune au sein de chaque classe thérapeutique. Pour chaque dénomination commune, on retrouve les produits qui sont acceptables.

LÉGENDE

1. Classe pharmacothérapeutique
2. Sous-classe pharmacothérapeutique
3. Dénomination commune ou nom générique du médicament.
4. Teneur de l'ingrédient actif et forme pharmaceutique. ^{CT} signifie que le médicament est désigné comme médicament utilisé pour le traitement des maladies chroniques selon la politique d'approvisionnement à court terme.
5. Numéro d'identification de médicament (DIN), assigné par le Programme des produits thérapeutiques, pour identifier exclusivement un produit pharmaceutique d'après son fabricant, son nom, sa teneur en ingrédients actifs, sa voie d'administration et sa forme pharmaceutique.
6. Nom commercial ou marque de commerce du médicament.
7. Liste de tous les ingrédients contenus dans un produit composé.
8. Teneur de tous les ingrédients actifs d'un produit composé, présentés dans le même ordre que les ingrédients.
9. Liste de toutes les marques de commerce disponibles. Les listes de médicaments provinciales et territoriales doivent être consultées pour identifier les produits interchangeables et les produits les moins coûteux.
10. Code de trois lettres servant à identifier le fabricant.
11. Un astérisque (*) à la droite du code du fabricant signifie que le produit n'est pas offert dans toutes les régions.

1 → 04:00 ANTIHISTAMINIQUES

2 → 04.00.00 ANTIHISTAMINIQUES

3 → CÉTIRIZINE (CHLORHYDRATE DE)

4 → ^{cT} 10MG COMPRIMÉ

5 → 02231603 APO-CETIRIZINE APX

6 →

7 → 28:08.08 ACÉTAMINOPHÈNE, CAFÉINE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)

8 → 300MG & 15MG & 15MG COMPRIMÉ

00706515
00653241
02163934

PMS-ACET 2
RATIO-LENOLTEC NO.2
TYLENOL WITH CODEINE NO.2

PMS
RPH
JNO

9 → 300MG & 15MG & 30MG COMPRIMÉ

00653276
02163926

RATIO-LENOLTEC NO.3
TYLENOL WITH CODEINE NO.3

RPH
JNO

10 →

36:00 AGENTS DIAGNOSTIQUES
36:26.00 A.D. – DIABÈTE MELLITUS

GLUCOSE OXIDASE, PEROXIDASE

Freestyle Bâtonnets

00901388	FREESTYLE	THS *
00905500	FREESTYLE	THS
00950907	FREESTYLE	THS *
09857141	FREESTYLE	THS
44123028	FREESTYLE	THS
97799829	FRESSTYLE	THS
99004704	FREESTYLE	THS *
99401062	FREESTYLE	THS

11 →

LISTE DES MÉDICAMENTS

04:00 ANTIHISTAMINIQUES**04:00.00 ANTIHISTAMINIQUES****CÉTIRIZINE (CHLORHYDRATE DE)****ct 10mg Comprimé**

02315955	ALLERGY RELIEF ES	PED
02231603	APO-CETIRIZINE	APX
02223554	REACTINE	JNO

ct 20mg Comprimé

02315963	PMS-CETIRIZINE	PMS
01900978	REACTINE	JNO

ct 1mg/mL Sirop

02238337	REACTINE	JNO
----------	----------	-----

CHLORPHÉNIRAMINE (MALÉATE DE)**ct 4mg Comprimé**

00738972	CHLOR-TRIPOLO	SCH
00021288	NOVOPHENIRAM	TEV

ct 12mg Comprimé à libération progressive

00738964	CHLOR-TRIPOLO	SCH
----------	---------------	-----

DESLORATADINE**ct 5mg Comprimé**

02243919	AERIUS	SCH
02338424	DESLORATADINE	APX
02298155	DESLORATADINE CONTROLE D'ALLERGIE	PMS

ct 0.5mg/mL Liquide orale

02247193	AERIUS ENFANTS	SCH
----------	----------------	-----

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)**25mg Capsule**

00757683	PMS-DIPHENHYDRAMINE	PMS
----------	---------------------	-----

50mg Capsule

02019671	BENADRYL	WLA
00757691	PMS-DIPHENHYDRAMINE	PMS

25mg Comprimé

02176483	ALLER-AIDE	RPH
01949454	ALLERGY	TAN
02229492	ALLERGY FORMULA	SDR
02097583	ALLERNIX	RPH
02017849	BENADRYL	WLA
02257548	JAMP-DIPHENHYDRAMINE	JMP
02239029	NADRYL	RIV

50mg Comprimé

02097575	ALLERNIX PLUS	RPH
02230398	DIPHENHYDRAMINE HCL	TAN
02257556	JAMP-DIPHENHYDRAMINE	JMP

2.5mg/mL Élixir

00804193	ALLERNIX	RPH
02019736	BENADRYL	WLA
00833266	DIPHENHYDRAMINE HCL	TAN
00792705	PMS-DIPHENHYDRAMINE	PMS

50mg/mL Injection

00596612	DIPHENHYDRAMINE	SDZ
00878200	PMS-DIPHENHYDRAMINE	PMS

04:00.00 ANTIHISTAMINIQUES**DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)****1.25mg/mL Liquide**

02019698	BENADRYL ENFANT	WLA
----------	-----------------	-----

12.5mg/5mL Liquide

02298503	JAMP-DIPHENHYDRAMINE	JMP
02298503	JAMP-DIPHENHYDRAMINE	JMP

FEXOFÉNADINE (CHLORHYDRATE DE)**ct 60mg Comprimé**

02231462	ALLEGRA	SAC
----------	---------	-----

ct 120mg Comprimé

02242819	ALLEGRA 24H	SAC
----------	-------------	-----

KÉTOTIFÈNE (FUMARATE DE)**ct 1mg Comprimé**

02230730	NOVO-KETOTIFEN	TEV
02231680	PMS-KETOTIFEN	PMS
00577308	ZADITEN	NVR

ct 0.2mg/mL Sirop

02221330	APO-KETOTIFEN	APX
02176084	NOVO-KETOTIFEN	TEV
02218305	NU-KETOTIFEN	NXP
02231679	PMS-KETOTIFEN	PMS

LORATADINE**ct 10mg Comprimé**

02243880	APO-LORATADINE	APX
00782696	CLARITIN	SCH
02244692	LORATADINE	VTH
02280159	LORATADINE	VTH *

ct 1mg/mL Sirop

02019973	CLARITIN	SCH
02241523	CLARITIN ENFANTS	SCH

08:00 ANTI-INFECTIEUX**08:08.00 ANTHELMINTIQUES****MÉBENDAZOLE**

100mg Comprimé

00556734 VERMOX

JNO

PYRANTEL (PAMOATE DE)

125mg Comprimé

01944363 COMBANTRIN

PFI

50mg/mL Suspension

01944355 COMBANTRIN

PFI

08:12.06 CÉPHALOSPORINES**CÉFACLOR****250mg Capsule**

02230263 APO-CEFACLOR

APX

00465186 CECLOR

PHH

02231432 NU-CEFACLOR

NXP

02237729 SCHEIN-CEFACLOR

SCN

500mg Capsule

02230264 APO-CEFACTLOR

APX

00465194 CECLOR

PHH

02231433 NU-CEFACLOR

NXP

02237730 SCHEIN-CEFACLOR

SCN

25mg/mL Suspension

00465208 CECLOR

PHH

50mg/mL Suspension

00465216 CECLOR

PHH

75mg/mL Suspension

02237502 APO-CEFACTLOR

APX

00832804 CECLOR BID

PHH

CÉFADROXIL**500mg Capsule**

02240774 APO-CEFADROXIL

APX

02311062 PRO-CEFADROXIL

PDL

02235134 TEVA-CEFADROXIL

TEV

CÉFIXIME**400mg Comprimé**

00868981 SUPRAX

SAC

20mg/mL Suspension

00868965 SUPRAX

SAC

CEFPROZIL**250mg Comprimé**

02292998 APO-CEFPROZIL

APX

02163659 CEFZIL

BMS

02293528 RAN-CEFPROZIL

RBY

02302179 SANDOZ CEFPROZIL

SDZ

500mg Comprimé

02293005 APO-CEFPROZIL

APX

02163667 CEFZIL

BMS

02293536 RAN-CEFPROZIL

RBY

02302187 SANDOZ CEFPROZIL

SDZ

08:12.06 CÉPHALOSPORINES**CEFPROZIL****25mg/mL Suspension**

02293943 APO-CEFPROZIL

APX

02163675 CEFZIL

BMS

02329204 RAN-CEFPROZIL

RBY

02303426 SANDOZ CEFPROZIL

SDZ

50mg/mL Suspension

02293951 APO-CEFPROZIL

APX

02163683 CEFZIL

BMS

02293579 RAN-CEFPROZIL

RBY

02303434 SANDOZ CEFPROZIL

SDZ

CÉFUROXIME AXÉTIL**250mg Comprimé**

02244393 APO-CEFUROXIME

APX

02212277 CEFTIN

GSK

02242656 RATIO-CEFUROXIME

RPH

500mg Comprimé

02244394 APO-CEFUROXIME

APX

02212285 CEFTIN

GSK

02311453 PRO-CEFUROXIME

PDL

02242657 RATIO-CEFUROXIME

RPH

25mg/mL Suspension

02212307 CEFTIN

GSK

CÉPHALEXINE**250mg Capsule**

00342084 NOVO-LEXIN

TEV

500mg Capsule

00342114 NOVO-LEXIN

TEV

250mg Comprimé

00768723 APO-CEPHALEX

APX

00828858 CEPHALEXIN

PDL

02177846 DOM-CEPHALEXIN

DPC

00583413 NOVO-LEXIN

TEV

00865877 NU-CEPHALEX

NXP

02177781 PMS-CEPHALEXIN

PMS

500mg Comprimé

00768715 APO-CEPHALEX

APX

00828866 CEPHALEXIN

PDL

02177854 DOM-CEPHALEXIN

DPC

00583421 NOVO-LEXIN

TEV

00865885 NU-CEPHALEX

NXP

02177803 PMS-CEPHALEXIN

PMS

25mg/mL Suspension

02177862 DOM-CEPHALEXIN

DPC

00342106 NOVO-LEXIN

TEV

50mg/mL Suspension

02177870 DOM-CEPHALEXIN

DPC

00342092 NOVO-LEXIN

TEV

08:12.12 MACROLIDES**AZITHROMYCINE****250mg Comprimé**

02247423	APO-AZITHROMYCIN	APX
02330881	AZITHROMYCIN	SAN
02255340	CO AZITHROMYCIN	COB
02278359	MYLAN-AZITHROMYCIN	MYL
02278588	PHL-AZITHROMYCIN	PHH
02261634	PMS-AZITHROMYCIN	PMS
02310600	PRO-AZITHROMYCIN	PDL
02275287	RATIO-AZITHROMYCIN	RPH
02275309	RIVA-AZITHROMYCIN	RIV
02265826	SANDOZ-AZITHROMYCIN	SDZ
02267845	TEVA-AZITHROMYCIN	TEV
02212021	ZITHROMAX	PFI

600mg Comprimé

02256088	CO AZITHROMYCIN	COB
02261642	PMS-AZITHROMYCIN	PMS
02275317	RIVA-AZITHROMYCIN	RIV
02231143	ZITHROMAX	PFI

20mg/mL Suspension

02274388	PMS-AZITHROMYCIN	PMS
02332388	SANDOZ-AZITHROMYCIN	SDZ
02315157	TEVA-AZITHROMYCIN	TEV
02223716	ZITHROMAX	PFI

40mg/mL Suspension

02274396	PMS-AZITHROMYCIN	PMS
02332396	SANDOZ-AZITHROMYCIN	SDZ
02315165	TEVA-AZITHROMYCIN	TEV
02223724	ZITHROMAX	PFI

CLARITHROMYCINE**500mg Comprimé à effet prolongé**

02244756	BIAXIN XL	ABB
----------	-----------	-----

250mg Comprimé enrobé

02274744	APO-CLARITHROMYCIN	APX
01984853	BIAXIN	ABB
02248856	MYLAN-CLARITHROMYCIN	MYL
02247573	PMS-CLARITHROMYCIN	PMS
02324482	PRO-CLARITHROMYCIN	PDL
02361426	RAN-CLARITHROMYCIN	RTY
02247818	RATIO-CLARITHROMYCIN	RPH
02346524	RIVA-CLARITHROMYCIN	RIV
02266539	SANDOZ-CLARITHROMYCIN	SDZ

500mg Comprimé enrobé

02274752	APO-CLARITHROMYCIN	APX
02126710	BIAXIN	ABB
02351005	DOM-CLARITHROMYCIN	SEV
02248857	MYLAN-CLARITHROMYCIN	MYL
02247574	PMS-CLARITHROMYCIN	PMS
02324490	PRO-CLARITHROMYCIN	PDL
02361434	RAN-CLARITHROMYCIN	RTY
02247819	RATIO-CLARITHROMYCIN	RPH
02346532	RIVA-CLARITHROMYCIN	RIV
02266547	SANDOZ-CLARITHROMYCIN	SDZ

25mg/mL Suspension

02146908	BIAXIN	ABB
----------	--------	-----

08:12.12 MACROLIDES**CLARITHROMYCINE****50mg/mL Suspension**

02244641	BIAXIN	ABB
----------	--------	-----

ÉRYTHROMYCINE**250mg Capsule entérosoluble**

00726672	APO-ERYTHRO	APX
00607142	ERYC	PFI

333mg Capsule entérosoluble

01925938	APO-ERYTHRO	APX
00873454	ERYC	PFI

250mg Comprimé

00682020	APO-ERTHYRO BASE	APX
----------	------------------	-----

ÉRYTHROMYCINE (ESTOLATE D')**50mg/mL Suspension**

00262595	NOVO-RYTHRO ESTOLATE	TEV
----------	----------------------	-----

ÉRYTHROMYCINE (ÉTHYLSUCCINATE D')**600mg Comprimé**

00637416	APO-ERYTHRO-S	APX
00583782	EES-600	ABB
00704377	ERYTHRO-ES	PDL

40mg/mL Suspension

00605859	NOVO-RYTHRO ETHYLSUCCINATE	TEV
----------	----------------------------	-----

80mg/mL Suspension

00652318	NOVO-RYTHRO ETHYLSUCCINATE	TEV
----------	----------------------------	-----

ÉRYTHROMYCINE (STÉARATE D')**250mg Comprimé**

00545678	APO-ERYTHRO-S	APX
00563854	ERYTHROMYCINE	PDL
02051850	NU-ERYTHROMYCIN S	NXP

500mg Comprimé

00688568	APO-ERYTHRO S	APX
00704393	ERYTHRO	PDL

08:12.16 PÉNICILLINES**AMOXICILLINE****250mg Capsule**

02352710	AMOXICILLINE	SAN
00628115	APO-AMOXI	APX

02238171	MYLAN-AMOXICILLINE	MYL
00406724	NOVAMOXIN	TEV

00865567	NU-AMOXI	NXP
02230243	PMS-AMOXICILLIN	PMS

500mg Capsule

02352729	AMOXICILLINE	SAN
00628123	APO-AMOXI	APX

02238172	MYLAN-AMOXICILLINE	MYL
00406716	NOVAMOXIN	TEV

00865575	NU-AMOXI	NXP
02230244	PMS-AMOXICILLIN	PMS

00644315	PRO-AMOX	PDL
----------	----------	-----

08:12.16 PÉNICILLINES**AMOXICILLINE****125mg Comprimé à croquer**

02036347 NOVAMOXIN

TEV

250mg Comprimé à croquer

02352737 AMOXICILLINE

SAN

02036355 NOVAMOXIN

TEV

25mg/mL Solution orale01934171 NOVAMOXIN SUGAR
REDUCED

TEV

50mg/mL Solution orale01934163 NOVAMOXIN SUGAR
REDUCED

TEV

25mg/mL Suspension

02352745 AMOXICILLINE

SAN

02352761 AMOXICILLINE SUGAR
REDUCED

SAN

00628131 APO-AMOXI

APX

00452149 NOVAMOXIN

TEV

00865540 NU-AMOXI

NXP

02230245 PMS-AMOXICILLIN

PMS

50mg/mL Suspension

02352753 AMOXICILLINE

SAN

02352788 AMOXICILLINE SUGAR
REDUCED

SAN

00628158 APO-AMOXI

APX

00452130 NOVAMOXIN

TEV

00865559 NU-AMOXI

NXP

02230246 PMS-AMOXICILLIN

PMS

00644331 PRO-AMOX

PDL

AMOXICILLINE, ACIDE CLAVULANIQUE**250mg & 125mg Comprimé**

02243350 APO-AMOXI CLAV

APX

500mg & 125mg Comprimé

02326515 AMOXI-CLAV

PDL

02243351 APO-AMOXI CLAV

APX

01916858 CLAVULIN-F

GSK

02243771 RATIO-ACLAVULANATE

RPH

875mg & 125mg Comprimé

02326523 AMOXI-CLAV

PDL

02245623 APO-AMOXI CLAV

APX

02238829 CLAVULIN

GSK

02247021 RATIO-ACLAVULANATE

RPH

02248138 TEVA-CLAVAMOXIN

TEV

25mg & 6.25mg/mL Suspension

02243986 APO-AMOXI CLAV

APX

01916882 CLAVULIN-F 125

GSK

40mg & 5.7mg/mL Suspension

02288559 APO-AMOXI CLAV

APX

02238831 CLAVULIN 200

GSK

50mg & 12.5mg/mL Suspension

02243987 APO-AMOXI CLAV

APX

01916874 CLAVULIN-F 250

GSK

80mg & 11.4mg/mL Suspension

02238830 CLAVULIN 400

GSK

08:12.16 PÉNICILLINES**AMPICILLINE****250mg Capsule**

00020877 TEVA-AMPICILLIN

TEV

500mg Capsule

00020885 TEVA-AMPICILLIN

TEV

25mg/mL Suspension

00717495 NU-AMPI

NXP

50mg/mL Suspension

00603287 APO-AMPICILLIN

APX

00717649 NU-AMPI

NXP

CLOXACILLINE SODIQUE**250mg Capsule**

02069660 CLOXACILLINE

PRO

00717584 NU-CLOXI

NXP

00337765 TEVA-CLOXIN

TEV

500mg Capsule

02069679 CLOXACILLINE

PRO

00717592 NU-CLOXI

NXP

00337773 TEVA-CLOXIN

TEV

PÉNICILLINE V POTASSIQUE**300mg Comprimé**

00642215 APO-PEN VK

APX

00021202 NOVO-PEN VK

TEV

00717568 NU-PEN VK

NXP

00468029 PENICILLINE V

PDL

25mg/mL Suspension

00642223 APO-PEN VK

APX

60mg/mL Suspension

00642231 APO-PEN VK

APX

00391603 NOVO-PEN VK

TEV

PIVMÉCILLINAME (CHLORHYDRATE DE)**200mg Comprimé**

00657212 SELEXID

LEO

08:12.18 QUINOLONES**CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)****250mg Comprimé**

02229521	APO-CIPROFLOX	APX
02155958	CIPRO	BAY
02353318	CIPROFLOXACIN	SAN
02247339	CO CIPROFLOXACIN	COB
02317427	MINT-CIPROFLOXACIN	MIN
02245647	MYLAN-CIPROFLOXACIN	MYL
02251310	PHL-CIPROFLOXACIN	PHH
02248437	PMS-CIPROFLOXACIN	PMS
02317796	PRO-CIPROFLOXACIN	PDL
02303728	RAN-CIPROFLOX	RBY
02246825	RATIO-CIPROFLOXACIN	RPH
02251221	RIVA-CIPROFLOXACIN	RIV
02248756	SANDOZ-CIPROFLOXACIN	SDZ
02266962	TARO-CIPROFLOXACIN	TAR
02161737	TEVA-CIPROFLOXACIN	TEV

500mg Comprimé

02229522	APO-CIPROFLOX	APX
02155966	CIPRO	BAY
02353326	CIPROFLOXACIN	SAN
02247340	CO CIPROFLOXACIN	COB
02251280	DOM-CIPROFLOXACIN	PMS
02317435	MINT-CIPROFLOXACIN	MIN
02245648	MYLAN-CIPROFLOXACIN	MYL
02251329	PHL-CIPROFLOXACIN	PHH
02248438	PMS-CIPROFLOXACIN	PMS
02317818	PRO-CIPROFLOXACIN	PDL
02303736	RAN-CIPROFLOX	RBY
02246826	RATIO-CIPROFLOXACIN	RPH
02251248	RIVA-CIPROFLOXACIN	RIV
02248757	SANDOZ-CIPROFLOXACIN	SDZ
02266970	TARO-CIPROFLOXACIN	TAR
02161745	TEVA-CIPROFLOXACIN	TEV

750mg Comprimé

02229523	APO-CIPROFLOX	APX
02155974	CIPRO	BAY
02353334	CIPROFLOXACIN	SAN
02247341	CO CIPROFLOXACIN	COB
02317443	MINT-CIPROFLOXACIN	MIN
02245649	MYLAN-CIPROFLOXACIN	MYL
02251337	PHL-CIPROFLOXACIN	PHH
02248439	PMS-CIPROFLOXACIN	PMS
02303744	RAN-CIPROFLOX	RBY
02246827	RATIO-CIPROFLOXACIN	RPH
02251256	RIVA-CIPROFLOXACIN	RIV
02248758	SANDOZ-CIPROFLOXACIN	SDZ
02161753	TEVA-CIPROFLOXACIN	TEV

08:12.18 QUINOLONES**LEVOFLOXACINE**

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à une durée de traitement maximale de 14 jours.

250mg Comprimé

02284707	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02315424	CO-LEVOFLOXACIN	COB
02236841	LEVAQUIN	JNO
02313979	MYLAN-LEVOFLOXACIN	MYL
02248262	NOVO-LEVOFLOXACIN	TEV
02284677	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298635	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ

500mg Comprimé

02284715	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02315432	CO-LEVOFLOXACIN	COB
02236842	LEVAQUIN	JNO
02313987	MYLAN-LEVOFLOXACIN	MYL
02248263	NOVO-LEVOFLOXACIN	TEV
02284685	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298643	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ

750mg Comprimé

02325942	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02315440	CO-LEVOFLOXACIN	COB
02246804	LEVAQUIN	JNO
02285649	NOVO-LEVOFLOXACIN	TEV
02305585	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298651	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ

NORFLOXACIN**400mg Comprimé**

02301504	RIVA-NORFLOXACIN	RIV
----------	------------------	-----

NORFLOXACINE**400mg Comprimé**

02229524	APO-NORFLOX	APX
02269627	CO NORFLOXACIN	COB
02237682	NOVO-NORFLOXACIN	TEV
02246596	PMS-NORFLOXACIN	PMS
02241483	RIVA-NORFLOXACIN	RIV

OFLOXACINE**200mg Comprimé**

02231529	OFLOXACIN	AAP
----------	-----------	-----

300mg Comprimé

02243475	NOVO-OFLOXACIN	TEV
02231531	OFLOXACIN	AAP

400mg Comprimé

02231532	OFLOXACIN	AAP
----------	-----------	-----

08:12.20 SULFONAMIDES**SULFAMÉTHOXAZOLE****500mg Comprimé**

00421480	APO-SULFAMETHOXAZOLE	APX
----------	----------------------	-----

08:12.20 SULFONAMIDES**SULFAMÉTHOXAZOLE, TRIMÉTHOPRIME****100mg & 20mg Comprimé**

00445266 APO-SULFATRIM PED APX

400mg & 80mg Comprimé

00445274 APO-SULFATRIM APX

00510637 NOVO-TRIMEL TEV

00865710 NU-COTRIMOX NXP

800mg & 160mg Comprimé

00445282 APO-SULFATRIM DS APX

00510645 NOVO-TRIMEL DS TEV

00865729 NU-COTRIMOX DS NXP

00512524 PROTRIN DF PRO

40mg & 8mg/mL Suspension

00726540 NOVO-TRIMEL TEV

SULFASALAZINE**500mg Comprimé**

00598461 PMS-SULFASALAZINE PMS

02064480 SALAZOPYRINE PFI

500mg Comprimé entérosoluble

00598488 PMS-SULFASALAZINE PMS

02064472 SALAZOPYRINE PFI

08:12.24 TÉTRACYCLINES**DOXYCYCLINE****100mg Capsule**

00740713 APO-DOXY APX

00817120 DOXYCIN RIV

02351234 DOXYCYCLINE SAN

00725250 NOVO-DOXYLIN TEV

02044668 NU-DOXYCYCLINE NXP

100mg Comprimé

00874256 APO-DOXY APX

00860751 DOXYCIN RIV

02351242 DOXYCYCLINE SAN

00887064 DOXYTAB PDL

02158574 NOVO-DOXYLIN TEV

02044676 NU-DOXYCYCLINE NXP

08:12.24 TÉTRACYCLINES**MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour :

- a. - les patients qui ne tolèrent pas d'autres tétracyclines.
- b. - les patients souffrant d'une acné grave généralisée réfractaire à la tétracycline.

50mg Capsule

02084090 APO-MINOCYCLINE APX

02239667 DOM-MINOCYCLINE DPC

02153394 MINOCYCLINE PDL

02287226 MINOCYCLINE SAN

02230735 MYLAN-MINOCYCLINE MYL

02108143 NOVO-MINOCYCLINE TEV

02239238 PMS-MINOCYCLINE PMS

02294419 PMS-MINOCYCLINE PMS

02242080 RIVA-MINOCYCLINE RIV

02237313 SANDOZ-MINOCYCLINE SDZ

100mg Capsule

02084104 APO-MINOCYCLINE APX

02239668 DOM-MINOCYCLINE DPC

02173506 MINOCIN STI

02154366 MINOCYCLINE PDL

02239982 MINOCYCLINE IVX

02287234 MINOCYCLINE SAN

02230736 MYLAN-MINOCYCLINE MYL

02108151 NOVO-MINOCYCLINE TEV

02294427 PMS-MINOCYCLINE PMS

02239239 PMS-MONOCYCLINE PMS

02242081 RIVA-MINOCYCLINE RIV

02237314 SANDOZ-MINOCYCLINE SDZ

TÉTRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE)**250mg Capsule**

00580929 APO-TETRA APX

00717606 NU-TETRA NXP

00156744 TETRACYCLINE PRO

08:12.28 AUTRES ANTIBIOTIQUES**CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE)****150mg Capsule**

02245232 APO-CLINDAMYCIN APX

02248525 CLINDAMYCINE PDL

00030570 DALACIN C PFI

02258331 MYLAN-CLINDAMYCIN MYL

02242409 RIVA-CLINDAMYCIN RIV

02241709 TEVA-CLINDAMYCIN TEV

300mg Capsule

02245233 APO-CLINDAMYCIN APX

02248526 CLINDAMYCINE PDL

02182866 DALACIN C PFI

02258358 MYLAN-CLINDAMYCIN MYL

02242410 RIVA-CLINDAMYCIN RIV

02241710 TEVA-CLINDAMYCIN TEV

08:12.28 AUTRES ANTIBIOTIQUES**CLINDAMYCINE (HYDROCHLORATE DE PALMITATE DE)**

15mg/mL Solution

00225851 DALACIN C

PFI

LINÉZOLIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Comprimés:

Pour le traitement des infections à Entérocoques résistant à la vancomycine lorsqu'on ne peut utiliser d'autres antibiotiques et pour le traitement d'une infection à Staphylocoques dorés résistant à la méthicilline chez les patients qui ne peuvent tolérer ou qui ont eu une réaction idiosyncrasique avec la vancomycine.

Solution intraveineuse:

Sera fournie lorsque le linézolide ne peut pas être administré par la bouche dans les situations précitées.

600mg Comprimé

02243684 ZYVOXAM

PFI

2mg/mL Injection

02243685 ZYVOXAM

PFI

08:14.04 ALLYLAMINES**TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE)****250mg Comprimé**

02239893 APO-TERBINAFINE

APX

02254727 CO TERBINAFINE

COB

02299275 DOM-TERBINAFINE

DPC

02031116 LAMISIL

NVR

02242503 MYLAN-TERBINAFINE

MYL

02240346 NOVO-TERBINAFINE

TEV

02248845 NU-TERBINAFINE

NXP

02240807 PMS-TERBINAFINE

PMS

02294273 PMS-TERBINAFINE

PMS

02262924 RIVA-TERBINAFINE

RIV

02262177 SANDOZ-TERBINAFINE

SDZ

02242735 TERBINAFINE

PDL

02353121 TERBINAFINE

SAN

08:14.08 AZOLES**FLUCONAZOLE****150mg Capsule**

02241895 APO-FLUCONAZOLE

APX

02311690 CANESORAL

BAY

02323419 CO FLUCONAZOLE

COB

02141442 DIFLUCAN

PFI

02243645 NOVO-FLUCONAZOLE

TEV

02246620 PMS-FLUCONAZOLE

PMS

02282348 PMS-FLUCONAZOLE

PMS

02310694 PRO-FLUCONAZOLE

PDL

02255510 RIVA-FLUCONAZOLE

RIV

08:14.08 AZOLES**FLUCONAZOLE****50mg Comprimé**

02237370 APO-FLUCONAZOLE

APX

02281260 CO FLUCONAZOLE

COB

00891800 DIFLUCAN

PFI

02245292 MYLAN-FLUCONAZOLE

MYL

02236978 NOVO-FLUCONAZOLE

TEV

02245643 PMS-FLUCONAZOLE

PMS

02249294 TARO-FLUCONAZOLE

TAR

100mg Comprimé

02237371 APO-FLUCONAZOLE

APX

02281279 CO FLUCONAZOLE

COB

02245293 MYLAN-FLUCONAZOLE

MYL

02236979 NOVO-FLUCONAZOLE

TEV

02245644 PMS-FLUCONAZOLE

PMS

02310686 PRO-FLUCONAZOLE

PDL

02271516 RIVA-FLUCONAZOLE

RIV

10mg/mL Suspension

02024152 DIFLUCAN

PFI

ITRACONAZOLE**100mg Capsule**

02047454 SPORANOX

JNO

10mg/mL Solution

02231347 SPORANOX

JNO

KÉTOCONAZOLE**200mg Comprimé**

02237235 APO-KETOCONAZOLE

APX

02231061 NOVO-KETOCONAZOLE

TEV

02122197 NU-KETOCON

NXP

VORICONAZOLE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:

- a. - l'aspergillose invasive.
- b. - la candidémie invasive prouvée à la culture qui est documentée résistante au fluconazole.

50mg Comprimé

02256460 VFEND

PFI

200mg Comprimé

02256479 VFEND

PFI

08:14.28 POLYÈNES**NYSTATINE****500,000U Comprimé**

02194198 RATIO-NYSTATIN

RPH

100,000U/mL Suspension

02125145 DOM-NYSTATIN

DPC

00792667 PMS-NYSTATIN

PMS

02194201 RATIO-NYSTATIN

RPH

08:16.04 ANTITUBERCULEUX**ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D')****100mg Comprimé**

00247960 ETIBI

VAE

400mg Comprimé

00247979 ETIBI

VAE

ISONIAZIDE**300mg Comprimé**

00272655 ISOTAMINE

VAE

00577804 PMS-ISONIAZID

PMS

10mg/mL Sirop

00265500 ISOTAMINE

VAE

00577812 PMS-ISONIAZID

PMS

PYRAZINAMIDE**500mg Comprimé**

00618810 PMS-PYRAZINAMIDE

PMS

00283991 TEBRAZID

VAE

RIFABUTINE**150mg Capsule**

02063786 MYCOBUTIN

PFI

RIFAMPINE**150mg Capsule**

02091887 RIFADIN

SAC

00393444 ROFACT

VAE

300mg Capsule

02092808 RIFADIN

SAC

00343617 ROFACT

VAE

08:18.04 ADAMANTANES**AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')****100mg Capsule**

02130963 DOM-AMANTADINE

DPC

02139200 MYLAN-AMANTADINE

MYL

01990403 PMS-AMANTADINE

PMS

10mg/mL Sirop

02022826 PMS-AMANTADINE

PMS

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX**ABACAVIR****300mg Comprimé**

02240357 ZIAGEN

GSK

20mg/mL Liquide orale

02240358 ZIAGEN

GSK

ABACAVIR, LAMIVUDINE**600mg & 300mg Comprimé**

02269341 KIVEXA

GSK

ABACAVIR, LAMIVUDINE, ZIDOVUDINE**300mg & 150mg & 300mg Comprimé**

02244757 TRIZIVIR

GSK

ATAZANAVIR (SULFATE DE)**150mg Capsule**

02248610 REYATAZ

BMS

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX**ATAZANAVIR (SULFATE DE)****200mg Capsule**

02248611 REYATAZ

BMS

300mg Capsule

02294176 REYATAZ

BMS

DARUNAVIR**75mg Comprimé**

02338432 PREZISTA

JNO

400mg Comprimé

02324016 PREZISTA

JNO

600mg Comprimé

02324024 PREZISTA

JNO

DIDANOSINE**125mg Capsule**

02244596 VIDEX EC

BMS

200mg Capsule

02244597 VIDEX EC

BMS

250mg Capsule

02244598 VIDEX EC

BMS

400mg Capsule

02244599 VIDEX EC

BMS

ÉFAVIRENZ**50mg Capsule**

02239886 SUSTIVA

BMS

200mg Capsule

02239888 SUSTIVA

BMS

600mg Comprimé

02246045 SUSTIVA

BMS

ÉFAVIRENZ, EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR**DISOPROXIL (FUMARATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients infectés par le VIH, dont le virus est sensible à l'éfavirenz, à l'emtricitabine et au ténofovir ET :

- a. - L'Atripla remplace un traitement par ses agents constitutifs; OU
- b. - le patient n'ayant jamais reçu de traitement; OU
- c. - le patient a atteint une suppression virale, mais a besoin d'un changement de traitement antirétroviral en raison d'une intolérance ou d'effets indésirables.

Nota: La présence des critères sera corroborée par l'histoire médicale.

600mg & 200mg & 300mg Comprimé

02300699 ATRIPLA

BMS

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX**EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL
(FUMARATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de patients infectés par le VIH, dont le virus est sensible à l'emtricitabine et au ténofovir ET dans les cas où une association de trois antirétroviraux (ténofovir/emtricitabine/éfavirenz), n'est pas indiqué pour l'une des raisons suivantes :

- Une résistance à l'éfavirenz;
- Des effets indésirables de l'éfavirenz

200mg/300mg Comprimé

02274906 TRUVADA

GIL

ETRAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection à VIH en association avec d'autres agents antirétroviraux chez les patients :

- qui ayant déjà fait l'objet d'un traitement antirétroviral qui a échoué; et
- don't les souches de VIH-1 sont résistantes à plusieurs agents antirétroviraux, y compris les INNTI.

100mg Comprimé

02306778 INTELENCE

JNO

FOSAMPRÉNAVIR CALCIQUE**700mg Comprimé**

02261545 TELZIR

GSK

50mg/mL Suspension orale

02261553 TELZIR

GSK

INDINAVIR (SULFATE D')**200mg Capsule**

02229161 CRIXIVAN

FRS

400mg Capsule

02229196 CRIXIVAN

FRS

LAMIVUDINE**100mg Comprimé**

02239193 HEPTOVIR

GSK

150mg Comprimé

02192683 3TC

GSK

300mg Comprimé

02247825 3TC

GSK

10mg/mL Solution

02192691 3TC

GSK

LAMIVUDINE, ZIDOVUDINE**150mg & 300mg Comprimé**

02239213 COMBIVIR

GSK

LOPINAVIR, RITONAVIR**100mg & 25mg Comprimé**

02312301 KALETRA

ABB

200mg & 50mg Comprimé

02285533 KALETRA

ABB

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX**LOPINAVIR, RITONAVIR****80mg & 20mg/mL Solution orale**

02243644 KALETRA

ABB

MARAVIROC

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection à VIH-1, en association avec d'autres antirétroviraux, chez les patients présentant :

- des virus à tropisme CCR5; et
- une résistance bien documentée à au moins un agent des trois grandes classes d'antirétroviraux (inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de la protéase).

150mg Comprimé

02299844 CELSENTRI

GSK

300mg Comprimé

02299852 CELSENTRI

GSK

NELFINAVIR (MÉSYLATE DE)**250mg Comprimé**

02238617 VIRACEPT

PFI

625mg Comprimé

02248761 VIRACEPT

PFI

50mg/g Poudre pour suspension

02238618 VIRACEPT

PFI

NÉVIRAPINE**200mg Comprimé**

02318601 AURO-NEVIRAPINE

AUR

02352893 TEVA-NEVIRAPINE

TEV

02238748 VIRAMUNE

BOE

RALTEGRAVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection par le VIH chez les patients qui ont essayé des antirétroviraux et qui ont eu un échec à contrer la virulence et ce dû à une résistance à au moins un médicament de chacune des 3 principales classes d'antirétroviraux, soit inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de la protéase.

400mg Comprimé

02301881 ISENTRESS

FRS

RITONAVIR**100mg Capsule**

02241480 NORVIR SEC

ABB

100mg Comprimé

02357593 NORVIR

ABB

80mg/mL Liquide

02229145 NORVIR

ABB

SAQUINAVIR (MÉSYLATE DE)**200mg Capsule**

02216965 INVIRASE

HLR

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX**SAQUINAVIR (MÉSYLATE DE)****500mg Comprimé**

02279320 INVIRASE

HLR

STAVUDINE**15mg Capsule**

02216086 ZERIT

BMS

20mg Capsule

02216094 ZERIT

BMS

30mg Capsule

02216108 ZERIT

BMS

40mg Capsule

02216116 ZERIT

BMS

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection à VIH chez les patients qui n'ont pas répondu à un autre inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse ou qui ont présenté des effets indésirables à ce médicament.

245mg Comprimé

02247128 VIREAD

GIL

TIPRANAVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection à VIH chez les patients :

- a. - qui n'ont pas répondu à aucun des inhibiteurs de la protéase actuellement répertoriés sur la liste;
- b. - qui sont intolérants à tous les inhibiteurs de la protéase actuellement répertoriés sur la liste.

250mg Capsule

02273322 APTIVUS

BOE

ZIDOVUDINE**100mg Capsule**

01946323 APO-ZIDOVUDINE

APX

01902660 RETROVIR

GSK

10mg/mL Sirop

01902652 RETROVIR

GSK

08:18.20 INTERFÉRONS**PEGINTERFÉRON ALFA-2A**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

a. - Pour les génotypes 1, 4 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé. Un approvisionnement supplémentaire de 24 semaines peut être autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

b. - Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

180mcg/0.5mL Injection

02248077 PEGASYS

HLR

180mcg/1mL Injection

02248078 PEGASYS

HLR

PEGINTERFÉRON ALFA-2A, RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

A. - Pour les génotypes 1, 4 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

B. - Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

180mcg/0.5mL & 200mg Injection et comprimé

02253429 PEGASYS RBV

HLR

180mcg/1mL & 200mg Injection et comprimé

02253410 PEGASYS RBV

HLR

PEGINTERFÉRON ALFA-2B

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

a. - Pour les génotypes 1, 4, 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

b. - Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

74mcg/Vial Injection

02242966 UNITRON PEG

SCH

08:18.20 INTERFÉRONS**PEGINTERFÉRON ALFA-2B**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

a. - Pour les génotypes 1, 4, 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

b. - Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

118.4mcg/Vial Injection

02242967 UNITRON PEG SCH

177.6mcg/Vial Injection

02242968 UNITRON PEG SCH

222mcg/Vial Injection

02242969 UNITRON PEG SCH

PEGINTERFÉRON ALFA-2B, RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

a. - Pour les génotypes 1, 4 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

b. - Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

50mcg/0.5mL & 200mg Injection et capsule

02246026 PEGETRON SCH

02254573 PEGETRON REDIPEN SCH

80mcg/0.5mL & 200mg Injection et capsule

02246027 PEGETRON SCH

02254581 PEGETRON REDIPEN SCH

100mcg/0.5mL & 200mg Injection et capsule

02246028 PEGETRON SCH

02254603 PEGETRON REDIPEN SCH

120mcg/0.5mL & 200mg Injection et capsule

02246029 PEGETRON SCH

02254638 PEGETRON REDIPEN SCH

150mcg/0.5mL & 200mg Injection et capsule

02246030 PEGETRON SCH

02254646 PEGETRON REDIPEN SCH

08:18.32 NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES**ACYCLOVIR****200mg Comprimé**

02286556	ACYCLOVIR	SAN
02207621	APO-ACYCLOVIR	APX
02242784	MYLAN-ACYCLOVIR	MYL
02197405	NU-ACYCLOVIR	NXP
02078627	RATIO-ACYCLOVIR	RPH
02285959	TEVA-ACYCLOVIR	TEV
00634506	ZOVIRAX	GSK

400mg Comprimé

02286564	ACYCLOVIR	SAN
02207648	APO-ACYCLOVIR	APX
02242463	MYLAN-ACYCLOVIR	MYL
02197413	NU-ACYCLOVIR	NXP
02078635	RATIO-ACYCLOVIR	RPH
02285967	TEVA-ACYCLOVIR	TEV
01911627	ZOVIRAX	GSK

800mg Comprimé

02286572	ACYCLOVIR	SAN
02207656	APO-ACYCLOVIR	APX
02242464	MYLAN-ACYCLOVIR	MYL
02197421	NU-ACYCLOVIR	NXP
02078651	RATIO-ACYCLOVIR	RPH
02285975	TEVA-ACYCLOVIR	TEV
01911635	ZOVIRAX	GSK

40mg/mL Suspension

00886157	ZOVIRAX	GSK
----------	---------	-----

ADEFOVIR DIPIVOXIL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection à hépatite B chronique lorsque utilisé avec la lamivudine et chez les patients qui ont eu un échec à la lamivudine défini par une augmentation de l'AND du VHB de $\geq 1 \log_{10}$ IU/mL au dessus du nadir, mesuré à deux différentes occasions dans une intervalle minimum de un mois et ce après les trois premiers mois de thérapie avec la lamivudine et quand un échec avec la lamivudine n'est pas relié à une piété fidélité au traitement.

10mg Comprimé

02247823	HEPSERA	GIL
----------	---------	-----

ENTÉCAVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection à hépatite B chronique chez les patients ayant un cirrhose documentée par des radiographies ou des données histologiques et par une concentration de DNA du VHB au dessus de 2000IU/mL.

0.5mg Comprimé

02282224	BARACLUDE	BMS
----------	-----------	-----

08:18.32 NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES**FAMCICLOVIR****125mg Comprimé**

02292025	APO-FAMCICLOVIR	APX
02305682	CO FAMCICLOVIR	COB
02324865	FAMCICLOVIR	PDL
02229110	FAMVIR	NVR
02278081	PMS-FAMCICLOVIR	PMS
02278634	SANDOZ-FAMCICLOVIR	SDZ

250mg Comprimé

02292041	APO-FAMCICLOVIR	APX
02305690	CO FAMCICLOVIR	COB
02229129	FAMVIR	NVR
02278103	PMS-FAMCICLOVIR	PMS
02278642	SANDOZ-FAMCICLOVIR	SDZ

500mg Comprimé

02292068	APO-FAMCICLOVIR	APX
02305704	CO FAMCICLOVIR	COB
02177102	FAMVIR	NVR
02278111	PMS-FAMCICLOVIR	PMS
02278650	SANDOZ-FAMCICLOVIR	SDZ

GANCICLOVIR SODIQUE**500mg Injection**

02162695	CYTOVENE	HLR
----------	----------	-----

VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE)**500mg Comprimé**

02295822	APO-VALACYCLOVIR	APX
02331748	CO VALACYCLOVIR	COB
02307936	DOM-VALACYCLOVIR	DPC
02351579	MYLAN-VALACYCLOVIR	MYL
02298457	PMS-VALACYCLOVIR	PMS
02315173	PRO-VALACYCLOVIR	PDL
02316447	RIVA-VALACYCLOVIR	RIV
02219492	VALTREX	GSK

VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE)**450mg Comprimé**

02245777	VALCYTE	HLR
----------	---------	-----

08:30.04 AMOEBICIDES**DIODOHYDROXYQUINE****210mg Comprimé**

01997769	DIODOQUIN	GLE
----------	-----------	-----

650mg Comprimé

01997750	DIODOQUIN	GLE
----------	-----------	-----

PAROMOMYCINE (SULFATE DE)**250mg Capsule**

02078759	HUMATIN	ERF
----------	---------	-----

08:30.08 ANTIPALUDIQUES**CHLOROQUINE (PHOSPHATE DE)****250mg Comprimé**

00021261	TEVA-CHLOROQUINE	TEV
----------	------------------	-----

08:30.08 ANTIPALUDIQUES**HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D')****200mg Comprimé**

02246691	APO-HYDROXYQUINE	APX
02252600	MYLAN-HYDROXYCHLOROQUINE	MYL
02017709	PLAQUENIL	SAC
02311011	PRO-HYDROXYQUINE	PDL

PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE)**26.3mg Comprimé**

02017776	PRIMAQUINE	SAC
----------	------------	-----

PYRIMÉTHAMINE**25mg Comprimé**

00004774	DARAPRIM	GSK
----------	----------	-----

08:30.92 ANTIPROTOZOAIRES DIVERS**ATOVAQUONE****150mg/mL Suspension**

02217422	MEPRON	GSK
----------	--------	-----

MÉTRONIDAZOLE**500mg Capsule**

02248562	METRONIDAZOLE	AAP
----------	---------------	-----

250mg Comprimé

00420409	METRONIDAZOLE	PDL
00545066	METRONIDAZOLE	AAP

08:36.00 ANTI-INFECTIEUX URINAIRES**NITROFURANTOÏNE****50mg Capsule**

02231015	NOVO-FURANTOIN	TEV
----------	----------------	-----

100mg Capsule

02063662	MACROBID	PGP
02231016	NOVO-FURANTOIN	TEV

50mg Comprimé

00319511	NITROFURANTOIN	AAP
----------	----------------	-----

100mg Comprimé

00312738	NITROFURANTOIN	AAP
----------	----------------	-----

TRIMÉTHOPRIME**100mg Comprimé**

02243116	TRIMETHOPRIME	AAP
----------	---------------	-----

200mg Comprimé

02243117	TRIMETHOPRIME	AAP
----------	---------------	-----

10:00 ANTINÉOPLASIQUES**10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES****ALTRÉTAMINE****50mg Capsule**

02126230 HEXALEN

LIL

ANASTROZOLE**1mg Comprimé**

02224135 ARIMIDEX

AZC

BICALUTAMIDE**50mg Comprimé**

02296063	APO-BICALUTAMIDE	APX
02184478	CASODEX	AZC
02274337	CO BICALUTAMIDE	COB
02302403	MYLAN-BICALUTAMIDE	MYL
02275589	PMS-BICALUTAMIDE	PMS
02311038	PRO-BICALUTAMIDE	PDL
02277700	RATIO-BICALUTAMIDE	RPH
02276089	SANDOZ-BICALUTAMIDE	SDZ
02270226	TEVA-BICALUTAMIDE	TEV

BUSÉRÉLINE (ACÉTATE DE)**1mg/mL Injection**

02225166 SUPREFACT

SAC

6.3mg/Implant Injection sous-cutanée

02228955 SUPREFACT DEPOT 2 MOIS

SAC

9.45mg/Implant Injection sous-cutanée

02240749 SUPREFACT DEPOT 3 MOIS

SAC

1mg/mL Solution nasale

02225158 SUPREFACT

SAC

BUSULFAN**2mg Comprimé**

00004618 MYLERAN

GSK

CAPÉCITABINE**150mg Comprimé**

02238453 XELODA

HLR

500mg Comprimé

02238454 XELODA

HLR

CHLORAMBUCIL**2mg Comprimé**

00004626 LEUKERAN

GSK

CYCLOPHOSPHAMIDE**25mg Comprimé**

02241795 PROCYTOX

BAT

50mg Comprimé

02241796 PROCYTOX

BAT

CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE)**50mg Comprimé**

00704431 ANDROCUR

BEX

02245898 APO-CYPROTERONE

APX

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES**ERLOTINIB (CHLOROHYDRATE D')**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Traitement d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) après l'échec d'au moins une chimiothérapie et dont le statut EGFR est positif ou inconnu.

100mg Comprimé

02269015 TARCEVA

HLR

150mg Comprimé

02269023 TARCEVA

HLR

ÉTOPOSIDE**50mg Capsule**

00616192 VEPESID

BMS

EXÉMESTANE**25mg Comprimé**

02242705 AROMASIN

PFI

FLUDARABINE (PHOSPAHTE DE)**10mg Comprimé**

02246226 FLUDARA

BEX

FLUTAMIDE**250mg Comprimé**

02238560 APO-FLUTAMIDE

APX

00637726 EUFLEX

SCH

02230104 PMS-FLUTAMIDE

PMS

02230089 TEVA-FLUTAMIDE

TEV

GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE)**3.6mg/Depot Injection**

02049325 ZOLADEX

AZC

10.8mg/Depot Injection

02225905 ZOLADEX LA

AZC

HYDROXYURÉE**500mg Capsule**

02247937 APO-HYDROXYUREA

APX

00465283 HYDREA

BMS

02343096 HYDROXYUREA

SAN

02242920 MYLAN-HYDROXYUREA

MYL

IMATINIB (MÉSYLATE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

a. - Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique qui présentent une concentration critique de cellules blastiques ou, encore, qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique à la suite de l'échec d'un traitement à l'interféron-alpha.

b. - Pour le traitement de patients souffrant d'une tumeur gastro-intestinale au niveau du stroma.

c. - Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une leucémie myéloïde chronique (LMC) et qui sont porteurs du chromosome de Philadelphie (PH+).

100mg Comprimé

02253275 GLEEVEC

NVR

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES**IMATINIB (MÉSYLATE D')**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

- a. - Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique qui présentent une concentration critique de cellules blastiques ou, encore, qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique à la suite de l'échec d'un traitement à l'interféron-alpha.
- b. - Pour le traitement de patients souffrant d'une tumeur gastro-intestinale au niveau du stroma.
- c. - Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une leucémie myéloïde chronique (LMC) et qui sont porteurs du chromosome de Philadelphie (PH+).

400mg Comprimé

02253283	GLEEVEC	NVR
----------	---------	-----

INTERFÉRON ALPHA-2B**6,000,000IU/mL Injection**

02238674	INTRON A	SCH
----------	----------	-----

10,000,000IU/mL Injection

02238675	INTRON A	SCH
----------	----------	-----

10,000,000IU/Vial Injection

02223406	INTRON A	SCH
----------	----------	-----

15,000,000IU/mL Injection

02240693	INTRON A	SCH
----------	----------	-----

18,000,000IU/Vial Injection

02231651	INTRON A	SCH
----------	----------	-----

25,000,000IU/mL Injection

02240694	INTRON A	SCH
----------	----------	-----

50,000,000IU/mL Injection

02240695	INTRON A	SCH
----------	----------	-----

LÉTROZOLE**2.5mg Comprimé**

02358514	APO-LETROZOLE	APX
02231384	FEMARA	NVR
02347997	LETROZOLE	TEV
02348969	LETROZOLE	COB
02373424	MAR-LETROZOLE	MAR
02322315	MED-LETROZOLE	GMP
02372169	MYL-LETROZOLE	MYL
02309114	PMS-LETROZOLE	PMS
02372282	RAN-LETROZOLE	RBY
02344815	SANDOZ LETROZOLE	SDZ

LEUPROLIDE (ACÉTATE DE)**3.75mg/Vial Injection**

00884502	LUPRON DEPOT	ABB
----------	--------------	-----

7.5mg/Vial Injection

00836273	LUPRON DEPOT	ABB
----------	--------------	-----

11.25mg/Vial Injection

02239834	LUPRON DEPOT	ABB
----------	--------------	-----

22.5mg/Vial Injection

02248240	ELIGARD	SAC
02230248	LUPRON DEPOT	ABB

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES**LEUPROLIDE (ACÉTATE DE)****30mg/Vial Injection**

02248999	ELIGARD	SAC
02239833	LUPRON DEPOT	ABB

45mg/Vial Injection

02268892	ELIGARD	SAC
----------	---------	-----

LOMUSTINE**10mg Capsule**

00360430	CEENU	BMS
----------	-------	-----

40mg Capsule

00360422	CEENU	BMS
----------	-------	-----

100mg Capsule

00360414	CEENU	BMS
----------	-------	-----

MÉGESTROL (ACÉTATE DE)**40mg Comprimé**

02195917	MEGESTROL	AAP
02185415	NU-MEGESTROL	NXP

160mg Comprimé

02195925	MEGESTROL	AAP
02185423	NU-MEGESTROL	NXP

40mg/mL Suspension

02168979	MEGACE	BMS
----------	--------	-----

MELPHALAN**2mg Comprimé**

00004715	ALKERAN	GSK
----------	---------	-----

MERCAPTOPURINE**50mg Comprimé**

00004723	PURINETHOL	TEV
----------	------------	-----

MÉTHOTREXATE SODIQUE**2.5mg Comprimé**

02182963	APO-METHOTREXATE	APX
02170698	METHOTREXATE	WAY
02244798	RATIO-METHOTREXATE	RPH

10mg Comprimé

02182750	METHOTREXATE	MAY
----------	--------------	-----

10mg/mL Injection

02182947	METHOTREXATE	MAY
----------	--------------	-----

25mg/mL Injection

02182777	METHOTREXATE	MAY
02182955	METHOTREXATE	MAY
02099705	NOVO-METHOTREXATE	TEV

MITOTANE**500mg Comprimé**

00463221	LYSODREN	BMS
----------	----------	-----

NILUTAMIDE**50mg Comprimé**

02221861	ANANDRON	SAC
----------	----------	-----

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES**PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE)****50mg Capsule**

00012750 NATULAN

SIG

RITUXIMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Doit être prescrit par un rhumatologue pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive grave chez les adultes ayant montré une réponse inadéquate ou ont eu des effets secondaires à un traitement avec un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Le traitement doit être associé au methotrexate. Rituximab ne doit pas être utilisé en association avec un anti-TNF.

Un traitement de plus de six mois ne sera envisagé que chez les patients ayant répondu au traitement.
(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

10mg/mL Injection

02241927 RITUXAN

HLR

SUNITINIB (MALATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critère pour une couverture initiale de six mois avec Sutent: Pour les patients avec tumeurs stromales gastro-intestinales métastasique/récurrentes qui ont été prouvées histologiquement inopérables et qui n'ont pas répondu ou ne pouvaient tolérer un traitement avec imatinib. Sunitinib ne sera pas couvert en même temps que l'imatinib.

Critère d'évaluation aux 6 mois:
Pas d'évidence de progression de la maladie.

12.5mg Capsule

02280795 SUTENT

PFI

25mg Capsule

02280809 SUTENT

PFI

50mg Capsule

02280817 SUTENT

PFI

TAMOXIFÈNE (CITRATE DE)**10mg Comprimé**

00812404 APO-TAMOX

APX

02088428 MYLAN-TAMOXIFEN

MYL

02237459 PMS-TAMOXIFEN

PMS

00851965 TEVA-TAMOXIFEN

TEV

20mg Comprimé

00812390 APO-TAMOX

APX

02089858 MYLAN-TAMOXIFEN

MYL

02048485 NOLVADEX D

AZC

02237460 PMS-TAMOXIFEN

PMS

00851973 TEVA-TAMOXIFEN

TEV

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES**TÉMOZOLOMIDE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour:

a. - le traitement des patients adultes atteints de glioblastome multiforme ou d'un astrocytome anaplasique, chez lesquels on a pu démontrer des évidences de récidive ou de progression de la maladie après traitement type (résection, radiothérapie et chimiothérapie).

B. - le traitement concomitant à la radiothérapie chez les adultes atteints d'un glioblastome multiforme nouvellement diagnostiqués, puis comme traitement d'entretien.

5mg Capsule

02241093 TEMODAL

SCH

20mg Capsule

02241094 TEMODAL

SCH

100mg Capsule

02241095 TEMODAL

SCH

140mg Capsule

02312794 TEMODAL

FRS

180mg Capsule

02312816 TEMODAL

FRS

250mg Capsule

02241096 TEMODAL

SCH

THIOGUANINE**40mg Comprimé**

00282081 LANVIS

GSK

TRÉTINOÏNE**10mg Capsule**

02145839 VESANOID

HLR

TRIPTORELIN PAMOATE**3.75mg/Vial Injection**

02240000 TRELSTAR

WAT

11.25mg/Vial Injection

02243856 TRELSTAR LA

WAT

VINCRISTINE (SULFATE DE)**1mg/mL Injection**

02143305 VINCRISTINE SULFATE

TEV

02183013 VINCRISTINE SULFATE

MAY

12:00 MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES BÉTHANÉCOL (CHLORURE DE)

10mg Comprimé

01947958 DUVOID

SHI

25mg Comprimé

01947931 DUVOID

SHI

50mg Comprimé

01947923 DUVOID

SHI

DONEPEZIL (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de six mois pour les inhibiteurs de la cholinesterase:

- Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée ET
- Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE)) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours ET
- Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Deterioration Scale (GDS)) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
- Une couverture au-delà de 6 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de six mois:

- Diagnostic de la maladie d'Alzheimer est encore de léger à modéré ET
- Le résultat du MMSE > 10; ET
- Le résultat du GDS est entre 4 to 6; ET
- Une amélioration ou stabilisation dans au moins un des domaines suivants (s.v.p. indiquer si amélioration, détérioration, ou non changée)
 1. Mémoire, raisonnement et perception (ex: noms, tâches, MMSE)
 2. La tenue d'activités journalières (Instrumental activities of daily living: IADLs) (ex: téléphone, magasinage, préparation de repas)
 3. Activités quotidiennes de base (ex: prendre un bain, s'habiller, l'hygiène, l'utilisation de la toilette)
 4. Symptômes neuropsychiatriques (ex: agitation, délires, hallucinations, apathie)

5mg Comprimé

02232043 ARICEPT

PFI

10mg Comprimé

02232044 ARICEPT

PFI

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

GALANTAMINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de six mois pour les inhibiteurs de la cholinesterase:

- Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée ET
- Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE)) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours ET
- Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Deterioration Scale (GDS)) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
- Une couverture au-delà de 6 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de six mois:

- Diagnostic de la maladie d'Alzheimer est encore de léger à modéré ET
- Le résultat du MMSE > 10; ET
- Le résultat du GDS est entre 4 to 6; ET
- Une amélioration ou stabilisation dans au moins un des domaines suivants (s.v.p. indiquer si amélioration, détérioration, ou non changée)
 1. Mémoire, raisonnement et perception (ex: noms, tâches, MMSE)
 2. La tenue d'activités journalières (Instrumental activities of daily living: IADLs) (ex: téléphone, magasinage, préparation de repas)
 3. Activités quotidiennes de base (ex: prendre un bain, s'habiller, l'hygiène, l'utilisation de la toilette)
 4. Symptômes neuropsychiatriques (ex: agitation, délires, hallucinations, apathie)

8mg Capsule à effet prolongé

02339439	MYLAN-GALANTAMINE ER	MYL
02316943	PAT-GALANTAMINE ER	JNO
02266717	REMINYL ER	JNO

16mg Capsule à effet prolongé

02339447	MYLAN-GALANTAMINE ER	MYL
02316951	PAT-GALANTAMINE ER	JNO
02266725	REMINYL ER	JNO

24mg Capsule à effet prolongé

02339455	MYLAN-GALANTAMINE ER	MYL
02316978	PAT-GALANTAMINE ER	JNO
02266733	REMINYL ER	JNO

NÉOSTIGMINE (BROMURE DE)

15mg Comprimé

00869945	PROSTIGMIN	VAE
----------	------------	-----

PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE)

60mg Comprimé

00869961	MESTINON	VAE
----------	----------	-----

180mg Comprimé à libération progressive

00869953	MESTINON-SR	VAE
----------	-------------	-----

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES**RIVASTIGMINE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de six mois pour les inhibiteurs de la cholinesterase:

- Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée ET
- Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE)) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours ET
- Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Deterioration Scale (GDS)) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
- Une couverture au delà de 6 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de six mois:

- Diagnostic de la maladie d'Alzheimer est encore de léger à modéré ET
- Le résultat du MMSE > 10; ET
- Le résultat du GDS est entre 4 to 6; ET
- Une amélioration ou stabilisation dans au moins un des domaines suivants (s.v.p. indiquer si amélioration, détérioration, ou non changée)
 1. Mémoire, raisonnement et perception (ex: noms, tâches, MMSE)
 2. La tenue d'activités journalières (Instrumental activities of daily living: IADLs) (ex: téléphone, magasinage, préparation de repas)
 3. Activités quotidiennes de base (ex: prendre un bain, s'habiller, l'hygiène, l'utilisation de la toilette)
 4. Symptômes neuropsychiatriques (ex: agitation, délires, hallucinations, apathie)

1.5mg Capsule

02336715	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242115	EXELON	NVR
02332809	MYLAN-RIVASTIGMINE	MYL
02305984	NOVO-RIVASTIGMINE	TEV
02306034	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311283	RATIO-RIVASTIGMINE	RPH
02324563	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

3mg Capsule

02336723	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242116	EXELON	NVR
02332817	MYLAN-RIVASTIGMINE	MYL
02305992	NOVO-RIVASTIGMINE	TEV
02306042	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311291	RATIO-RIVASTIGMINE	RPH
02324571	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

4.5mg Capsule

02336731	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242117	EXELON	NVR
02332825	MYLAN-RIVASTIGMINE	MYL
02306018	NOVO-RIVASTIGMINE	TEV
02306050	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311305	RATIO-RIVASTIGMINE	RPH
02324598	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES**RIVASTIGMINE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de six mois pour les inhibiteurs de la cholinesterase:

- Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée ET
- Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE)) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours ET
- Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Deterioration Scale (GDS)) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
- Une couverture au delà de 6 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de six mois:

- Diagnostic de la maladie d'Alzheimer est encore de léger à modéré ET
- Le résultat du MMSE > 10; ET
- Le résultat du GDS est entre 4 to 6; ET
- Une amélioration ou stabilisation dans au moins un des domaines suivants (s.v.p. indiquer si amélioration, détérioration, ou non changée)
 1. Mémoire, raisonnement et perception (ex: noms, tâches, MMSE)
 2. La tenue d'activités journalières (Instrumental activities of daily living: IADLs) (ex: téléphone, magasinage, préparation de repas)
 3. Activités quotidiennes de base (ex: prendre un bain, s'habiller, l'hygiène, l'utilisation de la toilette)
 4. Symptômes neuropsychiatriques (ex: agitation, délires, hallucinations, apathie)

6mg Capsule

02336758	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242118	EXELON	NVR
02332833	MYLAN-RIVASTIGMINE	MYL
02306026	NOVO-RIVASTIGMINE	TEV
02306069	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311313	RATIO-RIVASTIGMINE	RPH
02324601	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

2mg/mL Liquide orale

02245240	EXELON	NVR
----------	--------	-----

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES**IPRATROPIUM (BROMURE D')****20mcg/Inhalation Inhalateur**

02247686	ATROVENT HFA	BOE
----------	--------------	-----

125mcg/mL Solution pour inhalation (flacons monodose)

02231135	PMS-IPRATROPIUM UDV	PMS
02097176	RATIO-IPRATROPIUM UDV	RPH

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES

IPRATROPIUM (BROMURE D')

250mcg/mL Solution pour inhalation (flacons monodoses)

02216221	MYLAN-IPRATROPIUM UDV	MYL
02231785	NU-IPRATROPIUM UDV	NXP
02231244	PMS-IPRATROPIUM UDV	PMS
02231245	PMS-IPRATROPIUM UDV	PMS
02097168	RATIO-IPRATROPIUM UDV	RPH
99001446	RATIO-IPRATROPIUM UDV	RPH *

250mcg/mL Solution pour inhalation (multi-dose)

02126222	APO-IPRAVENT	APX
02239131	MYLAN-IPRATROPIUM	MYL
02210479	NOVO-IPRAMIDE	TEV
02231136	PMS-IPRATROPIUM	PMS

0.03% Vaporisateur nasal

02246083	APO-IPRAVENT	APX
02163705	ATROVENT	BOE
02240508	DOM-IPRATROPIUM	DPC
02239627	PMS-IPRATROPIUM	PMS

0.06% Vaporisateur nasal

02246084	APO-IPRAVENT	APX
02163713	ATROVENT	BOE

IPRATROPIUM (BROMURE D'), SALBUTAMOL

0.2mg & 1mg/mL Solution pour inhalation (flacons monodoses)

02231675	COMBIVENT	BOE
02272695	MYLAN-COMBO	MYL
02243789	RATIO-IPRA SAL	RPH

SCOPOLAMINE (BUTYLBROMURE DE)

10mg Comprimé

00363812	BUSCOPAN	BOE
----------	----------	-----

TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Le traitement d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée* ou grave* chez les patients qui continuent de présenter des symptômes après un essai approprié (3 mois) d'ipratropium, à une dose de 8 - 12 inhalations par jour.

* Classification par symptôme/invalidité de la MPOC selon la Société canadienne de thoracologie
modéré : essoufflement causé par la MPOC obligeant le patient à s'arrêter après qu'il franchi environ 100m (ou après quelques minutes) au niveau (CRM 3 - 4); 50% ≤ VEMS <80% de la valeur prédictive, VEMS/CVF <0.7

grave : essoufflement causé par la MPOC le patient est trop essoufflé pour quitter la maison et est essoufflé après s'être déshabillé, ou la présence d'insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques ou d'une insuffisance cardiaque droite; 30% ≤ VEMS <50% de la valeur prédictive, VEMS/CVF <0.7

18mcg Poudre pour inhalation (capsule)

02246793	SPIRIVA	BOE
----------	---------	-----

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

FORMOTÉROL (FUMARATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur de début d'action rapide et de courte durée. Oxeze ne doit pas être utilisé pour soulager les symptômes aigus d'asthme: les patients doivent avoir accès à un broncho-dilatateur à action rapide (bêta-agoniste) pour le soulagement des symptômes.

12mcg/Capsule Poudre pour inhalation

02230898	FORADIL	NVR
----------	---------	-----

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur de début d'action rapide et de courte durée.

6mcg/Dose Poudre pour inhalation

02237225	OXEZE TURBUHALER	AZC
----------	------------------	-----

12mcg/Dose Poudre pour inhalation

02237224	OXEZE TURBUHALER	AZC
----------	------------------	-----

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), BUDÉSONIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des maladies obstructives respiratoires réversibles dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 250 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste bêta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent cette association de produits doivent aussi pouvoir utiliser un bronchodilatateur de courte durée d'action pour le soulagement symptomatique.

6mcg & 100mcg/Inhalation Inhalateur

02245385	SYMBICORT 100 TURBUHALER	AZC
----------	--------------------------	-----

6mcg & 200mcg/Inhalation Inhalateur

02245386	SYMBICORT 200 TURBUHALER	AZC
----------	--------------------------	-----

ORCIPRÉNALINE (SULFATE D')

2mg/mL Sirop

02236783	APO-ORCIPRENA LINE	APX
----------	--------------------	-----

SALBUTAMOL

2mg Comprimé

02146843	APO-SALVENT	APX
----------	-------------	-----

4mg Comprimé

02146851	APO-SALVENT	APX
02165376	NU-SALBUTAMOL	NXP

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

SALBUTAMOL

100mcg/Inhalation Inhalateur

02232570	AIROMIR	MMH
02245669	APO-SALVENT SANS CFC	APX
02326450	NOVO-SALBUTAMOL HFA	TEV
02241497	VENTOLIN HFA	GSK

0.5mg/mL Solution pour inhalation (flacons monodose)

02208245	PMS-SALBUTAMOL	PMS
02239365	RATIO-SALBUTAMOL	RPH

1mg/mL Solution pour inhalation (flacons monodose)

02216949	DOM-SALBUTAMOL	DPC
01926934	MYLAN-SALBUTAMOL PF	MYL
02231783	NU-SALBUTAMOL	NXP
02208229	PMS-SALBUTAMOL	PMS
01986864	RATIO-SALBUTAMOL	RPH
02213419	VENTOLIN PF	GSK

2mg/mL Solution pour inhalation (flacons monodose)

02173360	MYLAN-SALBUTAMOL PF	MYL
02231784	NU-SALBUTAMOL	NXP
02208237	PMS-SALBUTAMOL	PMS
02239366	RATIO-SALBUTAMOL	RPH
02213427	VENTOLIN PF	GSK

5mg/mL Solution pour inhalation (multi-dose)

02069571	PMS-SALBUTAMOL	PMS
00860808	RATIO-SALBUTAMOL	RPH
02154412	SANDOZ-SALBUTAMOL	SDZ
02213486	VENTOLIN	GSK

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

- a. - Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur à début d'action rapide et de courte durée. Serevent ne doit pas être utilisé pour soulager les symptômes aigus d'asthme: les patients doivent avoir accès à un broncho-dilatateur à action rapide (bêta-agoniste) pour le soulagement de leurs symptômes.
- b. - Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), chez les patients qui ne sont pas contrôlés adéquatement avec l'ipratropium.

50mcg/inhalation Poudre

02231129	SEREVENT DISKUS	GSK
----------	-----------------	-----

50mcg/inhalation Poudre pour inhalation

02214261	SEREVENT DISKHALER	GSK
----------	--------------------	-----

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE), FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des maladies obstructives respiratoires réversibles dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 250 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste bêta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent cette association de produits doivent aussi pouvoir utiliser un bronchodilatateur de courte durée d'action pour le soulagement symptomatique.

Pour le traitement de la MPOC modérée** à grave**, advenant qu'un patient continue de présenter des symptômes après un essai adéquat (deux à quatre mois) d'ipratropium, à raison de 12 inhalations par jour, et de bêta-2 agonistes à courte durée d'action (indiquant une mauvaise maîtrise).

**Classification des MPOC par la Société canadienne de thoracologie

Par symptôme/incapacité :

Atteinte modérée : dyspnée associée à la MPOC obligeant le patient à s'arrêter après avoir parcouru une distance d'environ 100 mètres (ou avoir marché quelques minutes) sur une surface plane.

Atteinte grave : dyspnée causée par la MPOC qui rend le patient trop essoufflé pour quitter la maison ou après s'être dévêtu, ou présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite.

25mcg & 125mcg Inhalateur

02245126	ADVAIR	GSK
----------	--------	-----

25mcg & 250mcg Inhalateur

02245127	ADVAIR	GSK
----------	--------	-----

50mcg & 100mcg Inhalateur

02240835	ADVAIR DISKUS 100	GSK
----------	-------------------	-----

50mcg & 250mcg Inhalateur

02240836	ADVAIR DISKUS 250	GSK
----------	-------------------	-----

50mcg & 500mcg Inhalateur

02240837	ADVAIR DISKUS 500	GSK
----------	-------------------	-----

TERBUTALINE (SULFATE DE)

500mcg/Inhalation Poudre pour inhalation

00786616	BRICANYL TURBUHALER	AZC
----------	---------------------	-----

12:12.12 AGONISTES ALPHA ET BÊTA ADRÉNERGIQUES

ÉPINÉPHRINE

0.15mg/0.15mL Injection

02268205	TWINJECT	PAL
----------	----------	-----

0.5mg/mL Injection

00578657	EPIPEN JR	AXL
----------	-----------	-----

12:12.12 AGONISTES ALPHA ET BÊTA ADRÉNERGIQUES

ÉPINÉPHRINE

1mg/mL Injection

00155357	ADRENALIN	ERF
00721891	EPINEPHRINE	ABB
00509558	EPIPEN	AXL
02247310	TWINJECT	PAL

1mg/mL Solution topique

00155365	ADRENALIN	ERF
----------	-----------	-----

12:16.00 SYMPATHOLYTIQUES

DIHYDROERGOTAMINE (MÉSILATE DE)

1mg/mL Injection

00027243	DIHYDROERGOTAMINE	STE
02241163	DIHYDROERGOTAMINE	SDZ

4mg/mL Vaporisateur nasal

02228947	MIGRANAL	STE
----------	----------	-----

ERGOTAMINE (TARTRATE D'), CAFÉINE

1mg & 100mg Comprimé

00176095	CAFERGOT	NVR
----------	----------	-----

12:16.04

ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D')

ct 10mg Comprimé à libération progressive

02315866	APO-ALFUZOSIN ER	APX
02304678	SANDOZ ALFUZOSIN	SDZ
02314282	TEVA-ALFUZOSIN PR	TEV
02245565	XATRAL	SAC

TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE)

ct 0.4mg Capsule à action prolongée

02298570	MYLAN-TAMSULOSIN	MYL
02294885	RAN-TAMSULOSIN	RBY
02294265	RATIO-TAMSULOSIN	RPH
09857334	RATIO-TAMSULOSIN	RPH
02295121	SANDOZ TAMSULOSIN	SDZ
02281392	TEVA-TAMSULOSIN	TEV

ct 0.4mg Comprimé à action prolongée

02362406	APO-TAMSULOSIN	APX
02270102	FLOMAX CR	BOE
02340208	SANDOZ TAMSULOSIN	SDZ

12:20.04 RELAXANTS DES MUSCLES SQUELETTIQUES À ACTION CENTRALE

CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Ce médicament est indiqué pour le soulagement de la douleur, en traitement aigu, des spasmes musculaires de l'appareil locomoteur. Le médicament sera couvert pour une dose totale de 60mg par jour, pour une période maximale de trois (3) semaines, renouvelable aux deux (2) mois.

10mg Comprimé

02177145	APO-CYCLOBENZAPRINE	APX
02220644	CYCLOBENZAPRINE	PDL
02287064	CYCLOBENZAPRINE	SAN
02238633	DOM-CYCLOBENZAPRINE	DPC
02231353	MYLAN-CYCLOPRINE	MYL
02171848	NU-CYCLOBENZAPRINE	NXP
02249359	PHL-CYCLOBENZAPRINE	PHH
02212048	PMS-CYCLOBENZAPRINE	PMS
02236506	RATIO-CYCLOBENZAPRINE	RPH
02242079	RIVA-CYCLOBENZAPRINE	RIV
02080052	TEVA-CYCLOPRINE	TEV

TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la spasticité chez les patients souffrant de sclérose en plaques qui n'ont pas obtenu de bons résultats avec le baclofén ou qui sont incapables de tolérer ce produit.

4mg Comprimé

02259893	APO-TIZANIDINE	APX
02272059	MYLAN-TIZANIDINE	MYL
02239170	ZANAFLEX	ELN

12:20.08 RELAXANTS DES MUSCLES SQUELETTIQUES À ACTION DIRECTE

DANTROLÈNE SODIQUE

25mg Capsule

01997602	DANTRIUM	PGP
----------	----------	-----

100mg Capsule

01997653	DANTRIUM	PGP
----------	----------	-----

12:20.12 RELAXANTS DES MUSCLES SQUELETTIQUES À ACTION DIRECTE

BACLOFEN

10mg Comprimé

02139332	APO-BACLOFEN	APX
02152584	BACLOFEN	PDL
02287021	BACLOFEN	SAN
02138271	DOM-BACLOFEN	DPC
00455881	LIORESAL	NVR
02088398	MYLAN-BACLOFEN	MYL
02136090	NU-BACLO	NXP
02236963	PHL-BACLOFEN	PHH
02063735	PMS-BACLOFEN	PMS
02236507	RATIO-BACLOFEN	RPH
02242150	RIVA-BACLOFEN	RIV

20mg Comprimé

02139391	APO-BACLOFEN	APX
02152592	BACLOFEN	PDL
02287048	BACLOFEN	SAN
02138298	DOM-BACLOFEN	DPC
00636576	LIORESAL DS	NVR
02088401	MYLAN-BACLOFEN	MYL
02136104	NU-BACLO	NXP
02236964	PHL-BACLOFEN	PHH
02063743	PMS-BACLOFEN	PMS
02236508	RATIO-BACLOFEN	RPH
02242151	RIVA-BACLOFEN	RIV

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

NICOTINE (GOMME À MÂCHER)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 gommes à mâcher ou pastilles sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

2mg Gomme à mâcher

02091933	NICORETTE	JNO
80000396	THRIVE	NVR

4mg Gomme à mâcher

80000118	GOMME À MÂCHER NICOTINE	PER
02091941	NICORETTE PLUS	PMJ
80000402	THRIVE	NVR

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

NICOTINE (INHALATEUR)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

10mg Inhalateur

02241742	NICORETTE	JNO
----------	-----------	-----

NICOTINE (PASTILLE)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 gommes à mâcher ou pastilles sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

1mg Pastille

80007461	THRIVE	NVR
----------	--------	-----

2mg Pastille

02247347	NICORETTE LOZENGE	JNO
80007464	THRIVE	NVR

4mg Pastille

02247348	NICORETTE LOZENGE	JNO
----------	-------------------	-----

NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Les timbres à la nicotine seront fournis en quantité pouvant aller jusqu'au nombre spécifié plus bas selon le produit, sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Le nombre de timbres couvert sur une période d'une année est:

Habitrol	84 timbres ou
Nicoderm	70 timbres ou
Nicotrol	70 timbres

Lorsque cette quantité sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour les timbres à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

5mg Timbre cutané

02028697	NICOTROL TRANSDERMAL	PFI
----------	----------------------	-----

7mg Timbre cutané

01943057	HABITROL	NVC
----------	----------	-----

8.3mg/10cm² Timbre cutané

02065738	NICOTROL TRANSDERMAL	JNO
----------	----------------------	-----

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Les timbres à la nicotine seront fournis en quantité pouvant aller jusqu'au nombre spécifié plus bas selon le produit, sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Le nombre de timbres couvert sur une période d'une année est:

Habitrol	84 timbres ou
Nicoderm	70 timbres ou
Nicotrol	70 timbres

Lorsque cette quantité sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour les timbres à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

10mg Timbre cutané

02029405 NICOTROL TRANSDERMAL PFI

14mg Timbre cutané

01943065 HABITROL NVC

15mg Timbre cutané

02029413 NICOTROL TRANSDERMAL PFI

16.6mg/20cm² Timbre cutané

02065754 NICOTROL TRANSDERMAL JNO

17.5mg Timbre cutané

02241227 NICOTINE TRANSDERMAL NVC

21mg Timbre cutané

01943073 HABITROL NVC

24.9mg/30cm² Timbre cutané

02065762 NICOTROL TRANSDERMAL JNO

35mg Timbre cutané

02241226 NICOTINE TRANSDERMAL NVC

36mg Timbre cutané

02093111 NICODERM PMJ

52.5mg Timbre cutané

02241228 NICOTINE TRANSDERMAL NVC

78mg Timbre cutané

02093138 NICODERM PMJ

114mg Timbre cutané

02093146 NICODERM PMJ

VARENICLINE

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 165 comprimés sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 165 comprimés sera atteinte, le bénéficiaire sera de nouveau admissible au traitement au varenicline (Champix®) lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

0.5mg Comprimé

02291177 CHAMPIX PFI

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

VARENICLINE

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 165 comprimés sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 165 comprimés sera atteinte, le bénéficiaire sera de nouveau admissible au traitement au varenicline (Champix®) lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

0.5mg & 1mg Comprimé

02298309 CHAMPIX STARTER PACK PFI

1mg Comprimé

02291185 CHAMPIX PFI

20:00 FORMATION ET COAGULATION SANGUINE ET THROMBOSE

20:04.04 PRÉPARATIONS DE FER

FER DEXTRAN

50mg/mL Injection

02205963 DEXIRON
02221780 INFUFER

MYL
SDZ

FERROUS GLUCONATE

ct 300mg Comprimé

80000435 NOVO-FERROGLUC

NUR

FERROUS SULFATE

ct 300mg Comprimé

02248699 FERODAN

ODN

FUMARATE FERREUX

ct 300mg Capsule

02237556 EURO-FER
00482064 NEO FER
01923420 PALAFER

EUR
NEO
GSK

ct 300mg Comprimé

00031089 FUMARATE FERREUX

JMP

ct 300mg/5mL Liquide orale

02246590 FERRATE

EUR

ct 60mg/mL Suspension

01923439 PALAFER

GSK

GLUCONATE FERREUX

ct 300mg Comprimé

00545031 APO-GLUCONATE FERREUX
00031097 GLUCONATE FERREUX
00041157 GLUCONATE FERREUX

APX
JMP
ADA

ct 324mg Comprimé

00582727 GLUCONATE FERREUX

VTH *

SULFATE FERREUX

ct 300mg Comprimé

01912518 APO-FERROUS SULFATE FC
02246733 EURO-FERROUS SULFATE
00586323 PMS-SULFATE FERREUX
00031100 SULFATE FERREUX
00346918 SULFATE FERREUX
00782114 SULFATE FERREUX

APX
EUR
PMS
JMP
PMT
VTH *

ct 15mg/mL Gouttes

02237385 FERODAN
02232202 PEDIAFER
02222574 PMS-SULFATE FERREUX

ODN
EUR
PMS

ct 75mg/mL Gouttes

00762954 FER-IN-SOL
80008309 JAMP SULFATE FERREUX

MJO
JMP

ct 6mg/mL Sirop

00017884 FER-IN-SOL
02242863 PEDIAFER

MJO
EUR

20:04.04 PRÉPARATIONS DE FER

SULFATE FERREUX

ct 30mg/mL Sirop

00758469	FERODAN	ODN
80008295	JAMP SULFATE FERREUX	JMP
00792675	PMS-SULFATE FERREUX	PMS

20:12.04 ANTICOAGULANTS

DALTÉPARINE SODIQUE

10,000IU/mL Injection (multi-dose)

02132664	FRAGMIN	PMJ
----------	---------	-----

25,000IU/mL Injection (multi-dose)

02231171	FRAGMIN	PMJ
----------	---------	-----

2,500IU/0.2mL Injection (seringue pré-remplie)

02132621	FRAGMIN	PMJ
----------	---------	-----

5,000IU/0.2mL Injection (seringue pré-remplie)

02132648	FRAGMIN	PMJ
----------	---------	-----

7,500IU/0.3mL Injection (seringue pré-remplie)

02352648	FRAGMIN	PFI
----------	---------	-----

10,000IU/0.4mL Injection (seringue pré-remplie)

02352656	FRAGMIN	PFI
----------	---------	-----

12,500IU/0.5mL Injection (seringue pré-remplie)

02352664	FRAGMIN	PFI
----------	---------	-----

15,000IU/0.6mL Injection (seringue pré-remplie)

02352672	FRAGMIN	PFI
----------	---------	-----

18,000IU/0.72mL Injection (seringue pré-remplie)

02352680	FRAGMIN	PFI
----------	---------	-----

ÉNOXAPARINE SODIQUE

30mg/0.3mL Injection

02012472	LOVENOX	SAC
----------	---------	-----

40mg/0.4mL Injection

02236883	LOVENOX	SAC
----------	---------	-----

60mg/0.6mL Injection

99002965	LOVENOX	SAC
----------	---------	-----

80mg/0.8mL Injection

99003058	LOVENOX	SAC
----------	---------	-----

100mg/1.0mL Injection

99002981	LOVENOX	SAC
----------	---------	-----

120mg/0.8mL Injection

99004941	LOVENEX HP	SAC
----------	------------	-----

150mg/1.0mL Injection

02242692	LOVENEX HP	SAC
----------	------------	-----

300mg/3mL Injection

02236564	LOVENOX	SAC
----------	---------	-----

* SAC *

* SAC *

* SAC *

HÉPARINE SODIQUE

1,000 U/mL Injection

00740519	HEPALEAN	SCH
----------	----------	-----

02303086	HEPARIN SODIQUE 1000U/ML	SDZ
----------	--------------------------	-----

00453811	HEPARINE LEO INJ 1000U/ML	LEO
----------	---------------------------	-----

20:12.04 ANTICOAGULANTS**HÉPARINE SODIQUE****10,000 U/mL Injection**

02303094	HEPARIN SODIQUE 10000U/ML	SDZ
02303108	HEPARIN SODIQUE 10000U/ML	SDZ
00579718	HEPARINE LEO INJ 10000UNIT/ML	LEO

25,000 U/mL Injection

00453781	HEPARINE LEO INJ 25000UNIT/ML	LEO
----------	----------------------------------	-----

10 U/mL Solution de rinçage

00725323	HEPARIN LOCK FLUSH	ABB
----------	--------------------	-----

100 U/mL Solution de rinçage

00727520	HEPARIN LEO	LEO
00725315	HEPARIN LOCK FLUSH	HOS

NADROPARINE CALCIQUE**9,500IU/mL Injection**

02236913	FRAXIPARINE	GSK
----------	-------------	-----

19,000IU/mL Injection

02240114	FRAXIPARINE FORTE	GSK
----------	-------------------	-----

NICOUMALONE**1mg Comprimé**

00010383	SINTROM	PED
----------	---------	-----

4mg Comprimé

00010391	SINTROM	PED
----------	---------	-----

RIVAROXABAN

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour la prévention de thromboembolie veineuse suivant une chirurgie de remplacement complet du genou ou de la hanche, pour une durée de traitement maximale de 2 semaines.

10mg Comprimé

02316986	XARELTO	BAY
----------	---------	-----

TINZAPARINE SODIQUE**10,000IU/mL Injection**

02167840	INNOHEP	LEO
----------	---------	-----

20,000IU/mL Injection

02229515	INNOHEP	LEO
----------	---------	-----

2,500IU Injection (seringue pré-remplie)

02229755	INNOHEP	LEO
----------	---------	-----

3,500IU Injection (seringue pré-remplie)

02358158	INNOHEP	LEO
----------	---------	-----

4,500IU Injection (seringue pré-remplie)

02358166	INNOHEP	LEO
----------	---------	-----

10,000IU Injection (seringue pré-remplie)

02231478	INNOHEP	LEO
----------	---------	-----

14,000IU Injection (seringue pré-remplie)

02358174	INNOHEP	LEO
----------	---------	-----

18,000IU Injection (seringue pré-remplie)

02358182	INNOHEP	LEO
----------	---------	-----

20:12.04 ANTICOAGULANTS**WARFARINE SODIQUE****1mg Comprimé**

02242924	APO-WARFARIN	APX
01918311	COUMADIN	BMS
02244462	MYLAN-WARFARIN	MYL
02265273	NOVO-WARFARIN	TEV
02242680	TARO-WARFARIN	TAR
02344025	WARFARIN	SAN

2mg Comprimé

02242925	APO-WARFARIN	APX
01918338	COUMADIN	BMS
02244463	MYLAN-WARFARIN	MYL
02265281	NOVO-WARFARIN	TEV
02242681	TARO-WARFARIN	TAR
02344033	WARFARIN	SAN

2.5mg Comprimé

02242926	APO-WARFARIN	APX
01918346	COUMADIN	BMS
02244464	MYLAN-WARFARIN	MYL
02265303	NOVO-WARFARIN	TEV
02242682	TARO-WARFARIN	TAR
02344041	WARFARIN	SAN

3mg Comprimé

02245618	APO-WARFARIN	APX
02240205	COUMADIN	BMS
02287498	MYLAN-WARFARIN	MYL
02265311	NOVO-WARFARIN	TEV
02242683	TARO-WARFARIN	TAR
02344068	WARFARIN	SAN

4mg Comprimé

02242927	APO-WARFARIN	APX
02007959	COUMADIN	BMS
02244465	MYLAN-WARFARIN	MYL
02265338	NOVO-WARFARIN	TEV
02242684	TARO-WARFARIN	TAR
02344076	WARFARIN	SAN

5mg Comprimé

02242928	APO-WARFARIN	APX
01918354	COUMADIN	BMS
02244466	MYLAN-WARFARIN	MYL
02265346	NOVO-WARFARIN	TEV
02242685	TARO-WARFARIN	TAR
02344084	WARFARIN	SAN

6mg Comprimé

02240206	COUMADIN	BMS
02287501	MYLAN-WARFARIN	MYL
02242686	TARO-WARFARIN	TAR
02344092	WARFARIN	SAN

7.5mg Comprimé

02287528	MYLAN-WARFARIN	MYL
02242697	TARO-WARFARIN	TAR
02344106	WARFARIN	SAN

20:12.04 ANTICOAGULANTS**WARFARINE SODIQUE****10mg Comprimé**

02242929	APO-WARFARIN	APX
01918362	COUMADIN	BMS
02244467	MYLAN-WARFARIN	MYL
02242687	TARO-WARFARIN	TAR
02344114	WARFARIN	SAN

20:12.18 INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE**ANAGRÉLIDE (CHLORHYDRATE D')****ct 0.5mg Capsule**

02236859	AGRYLIN	SHI
02253054	MYLAN-ANAGRELIDE	MYL
02274949	PMS-ANAGRELIDE	PMS
02260107	SANDOZ-ANAGRELIDE	SDZ

CLOPIDROGREL (BISULFATE DE)

Médicament à usage restreint (durée d'un an, autorisation préalable nécessaire).

Pour:

- a. - le traitement des patients ayant reçu un stent intracoronaire, après la mise en place du stent;
- b. - le traitement des patients qui présentent un syndrome coronaire aigu (angine instable ou IM sans surélévation du segment ST), en association avec de l'AAS.

ct 75mg Comprimé

02238682	PLAVIX	SAC
----------	--------	-----

TICLOPIDINE (CHLORHYDRATE DE)**ct 250mg Comprimé**

02237701	APO-TICLOPIDINE	APX
02239744	MYLAN-TICLOPIDINE	MYL
02237560	NU-TICLOPIDINE	NXP
02236848	TEVA-TICLOPIDINE	TEV
02343045	TICLOPIDINE	SAN

20:16.00 HÉMATOPOÏTIQUES**FILGRASTIM****300mcg/mL Injection**

01968017	NEUPOGEN	AMG
----------	----------	-----

PEGFILGRASTIM

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

- a. - Pour diminuer l'incidence des infections qui se manifestent par une neutropénie fébrile chez les patients traités par des médicaments myélodépresseurs antinéoplasiques pour un cancer non myéloïde.
et
- b. - Dans la situation où l'accès à un établissement de soins de santé est problématique.

10mg/mL Injection

02249790	NEULASTA	AMG
----------	----------	-----

20:24.00 HÉMORHÉOLOGIQUES**PENTOXIFYLLINE****ct 400mg Comprimé à libération progressive**

02230090	APO-PENTOXIFYL	APX
02230401	NU-PENTOXIFYL	NXP
02221977	TRENTAL	SAC

20:28.16 HÉMOSTATIQUES**ACIDE TRANEXAMIQUE****500mg Comprimé**

02064405	CYKLOKAPRON	PFI
----------	-------------	-----

24:00 MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES

24:04.04 ANTIARYTMIQUES

AMIODARONE (CHLORHYDRATE D')

^{ct} 100mg Comprimé			PMS
02292173	PMS-AMIODARONE		
^{ct} 200mg Comprimé			
02364336	AMIODARONE	SAN	
02246194	APO-AMIODARONE	APX	
02036282	CORDARONE	WAY	
02246331	DOM-AMIODARONE	DPC	
02240604	MYLAN-AMIODARONE	MYL	
02245781	PHL-AMIODARONE	PHH	
02242472	PMS-AMIODARONE	PMS	
02309661	PRO-AMIODARONE	PDL	
02240071	RATIO-AMIODARONE	RPH	
02247217	RIVA-AMIODARONE	RIV	
02243836	SANDOZ-AMIODARONE	SDZ	
02239835	TEVA-AMIODARONE	TEV	

DISOPYRAMIDE

^{ct} 100mg Capsule			SAC
02224801	RYTHMODAN		
^{ct} 150mg Capsule			SAC
02224828	RYTHMODAN		

FLÉCAÏNIDE (ACÉTATE DE)

^{ct} 50mg Comprimé			APX
02275538	APO-FLECAINIDE		
01966197	TAMBOCOR	MMH	
^{ct} 100mg Comprimé			
02275546	APO-FLECAINIDE	APX	
01966200	TAMBOCOR	MMH	

MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE)

^{ct} 100mg Capsule			TEV
02230359	NOVO-MEXILETINE		
^{ct} 200mg Capsule			TEV
02230360	NOVO-MEXILETINE		

PROCAÏNAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

^{ct} 250mg Capsule			APX
00713325	APO-PROCAINAMIDE		
^{ct} 375mg Capsule			APX
00713333	APO-PROCAINAMIDE		
^{ct} 500mg Capsule			APX
00713341	APO-PROCAINAMIDE		
^{ct} 250mg Comprimé à libération progressive			PFI
00638692	PROCAN SR		
^{ct} 500mg Comprimé à libération progressive			PFI
00638676	PROCAN SR		
^{ct} 750mg Comprimé à libération progressive			PFI
00638684	PROCAN SR		

24:04.04 ANTIARYTMIQUES

PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE)

^{ct} 150mg Comprimé			
02243324	APO-PROPAFENONE		APX
02245372	MYLAN-PROPAFENONE		MYL
02243727	PMS-PROPAFENONE		PMS
02294559	PMS-PROPAFENONE		PMS
02243783	PROPAFENONE		PDL
02343053	PROPAFENONE		SAN
00603708	RYTHMOL		ABB
^{ct} 300mg Comprimé			
02243325	APO-PROPAFENONE		APX
02245373	MYLAN-PROPAFENONE		MYL
02243728	PMS-PROPAFENONE		PMS
02294575	PMS-PROPAFENONE		PMS
02243784	PROPAFENONE		PDL
02343061	PROPAFENONE		SAN
00603716	RYTHMOL		ABB

24:04.08 CARDIOTONIQUES

DIGOXINE

0.0625mg Comprimé			
02335700	TOLOXIN		MTH
0.125mg Comprimé			
02335719	TOLOXIN		MTH
0.250mg Comprimé			
02335727	TOLOXIN		MTH

24:06.04 SEQUESTRANTS DE L'ACIDE BILIAIRE

CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE)

^{ct} 4g Poudre			
00890960	Olestyr Léger		MTH
02210320	Olestyr Réglieur		MTH

COLESTIPOL (CHLORHYDRATE DE)

^{ct} 1g Comprimé			PFI
02132680	COlestid		
^{ct} 5g Granules			PFI
00642975	COlestid		PFI
02132699	COlestid Orange		PFI

24:06.05 INHIBITEURS DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL

ÉZÉTIMIBE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

- a. - Pour administration en association avec un inhibiteur de la HMG-CoA réductase (« statine ») chez les patients souffrant d'hypercholestérolémie qui n'ont pas atteint les taux cibles de LDL malgré la prise des doses maximales tolérées de statine.
- b. - Pour emploi dans le cadre d'une monothérapie de l'hypercholestérolémie administrée aux patients qui ne tolèrent pas les inhibiteurs de la HMG-CoA réductase.

^{ct} 10mg Comprimé			
02247521	Ezetrol		MSP

24:06.06 FIBRATES**BEZAFIBRATE****ct 200mg Comprimé**

02240331	PMS-BEZAFIBRATE	PMS
----------	-----------------	-----

ct 400mg Comprimé à libération progressive

02083523	BEZALIP SR	ACG
----------	------------	-----

FÉNOFIBRATE**ct 67mg Capsule**

02243180	APO-FENO-MICRO	APX
02243551	NOVO-FENOFIBRATE	TEV

ct 100mg Capsule

02225980	APO-FENOFIBRATE	APX
02223600	NU-FENOFIBRATE	NXP

ct 160mg Capsule

02250004	FENOMAX	CIP
----------	---------	-----

ct 200mg Capsule

02239864	APO-FENO-MICRO	APX
02286092	FENOFIBRATE MICRO	SAN
02240360	FENO-MICRO	PDL
02146959	LIPIDIL MICRO	FOU
02240210	MYLAN-FENOFIBRATE	MYL
02243552	NOVO-FENOFIBRATE	TEV
02273551	PMS-FENOFIBRATE MICRO	PMS
02250039	RATIO-FENOFIBRATE	RPH
02247306	RIVA-FENOFIBRATE MICRO	RIV

ct 48mg Comprimé

02269074	LIPIDIL EZ	FOU
----------	------------	-----

ct 100mg Comprimé

02246859	APO-FENO-SUPER	APX
02356570	FENOFIBRATE-S	SAN
02241601	LIPIDIL SUPRA	FOU
02289083	NOVO-FENOFIBRATE-S	TEV
02310228	PRO-FENO-SUPER	PDL
02288044	SANDOZ FENOFIBRATE S	SDZ

ct 145mg Comprimé

02269082	LIPIDIL EZ	FOU
----------	------------	-----

ct 160mg Comprimé

02246860	APO-FENO-SUPER	APX
02356589	FENOFIBRATE-S	SAN
02241602	LIPIDIL SUPRA	FOU
02289091	NOVO-FENOFIBRATE-S	TEV
02310236	PRO-FENO-SUPER	PDL
02288052	SANDOZ FENOFIBRATE S	SDZ

GEMFIBROZIL**ct 300mg Capsule**

01979574	APO-GEMFIBROZIL	APX
02241608	DOM-GEMFIBROZIL	DPC
02185407	MYLAN-FIBRO	MYL
02241704	NOVO-GEMFIBROZIL	TEV
02058456	NU-GEMFIBROZIL	NXP
02239951	PMS-GEMFIBROZIL	PMS

24:06.06 FIBRATES**GEMFIBROZIL****ct 600mg Comprimé**

01979582	APO-GEMFIBROZIL	APX
02230580	DOM-GEMFIBROZIL	DPC
02136058	GEMFIBROZIL	PDL
02230476	MYLAN-GEMFIBROZIL	MYL
02142074	NOVO-GEMFIBROZIL	TEV
02058464	NU-GEMFIBROZIL	NXP
02230183	PMS-GEMFIBROZIL	PMS
02242126	RIVA-GEMFIBROZIL	RIV

**24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA
RÉDUCTASE****ATORVASTATINE CALCIQUE****ct 10mg Comprimé**

02295261	APO-ATORVASTATIN	APX
02346486	ATORVASTATIN	PDL
02348624	ATORVASTATIN	RPH
02348705	ATORVASTATIN	SAN
02351757	ATORVASTATIN	PDL
02310899	CO ATORVASTATIN	COB
02355612	DOM-ATORVASTATIN	DPC
02288346	GD-ATORVASTATIN	PFI
02230711	LIPITOR	PFI
02373203	MYLAN-ATORVASTATIN	MYL
02313448	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02313707	RAN-ATORVASTATIN	RBY
02350297	RATIO-ATORVASTATIN	TEV
02324946	SANDOZ ATORVASTATIN	SDZ
02302675	TEVA-ATORVASTATIN	TEV

ct 20mg Comprimé

02295288	APO-ATORVASTATIN	APX
02346494	ATORVASTATIN	PDL
02348632	ATORVASTATIN	RPH
02348713	ATORVASTATIN	SAN
02351765	ATORVASTATIN	PDL
02310902	CO ATORVASTATIN	COB
02355620	DOM-ATORVASTATIN	DPC
02288354	GD-ATORVASTATIN	PFI
02230713	LIPITOR	PFI
02373211	MYLAN-ATORVASTATIN	MYL
02313456	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02313715	RAN-ATORVASTATIN	RBY
02350319	RATIO-ATORVASTATIN	TEV
02324954	SANDOZ ATORVASTATIN	SDZ
02302683	TEVA-ATORVASTATIN	TEV

**24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA
RÉDUCTASE**

ATORVASTATINE CALCIQUE

ct 40mg Comprimé

02295296	APO-ATORVASTATIN	APX
02346508	ATORVASTATIN	PDL
02348640	ATORVASTATIN	RPH
02348721	ATORVASTATIN	SAN
02351773	ATORVASTATIN	PDL
02310910	CO ATORVASTATIN	COB
02355639	DOM-ATORVASTATIN	DPC
02288362	GD-ATORVASTATIN	PFI
02230714	LIPITOR	PFI
02373238	MYLAN-ATORVASTATIN	MYL
02313464	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02313723	RAN-ATORVASTATIN	RYB
02350327	RATIO-ATORVASTATIN	TEV
02324962	SANDOZ ATORVASTATIN	SDZ
02302691	TEVA-ATORVASTATIN	TEV

ct 80mg Comprimé

02295318	APO-ATORVASTATIN	APX
02346516	ATORVASTATIN	PDL
02348659	ATORVASTATIN	RPH
02348748	ATORVASTATIN	SAN
02351781	ATORVASTATIN	PDL
02310929	CO ATORVASTATIN	COB
02288370	GD-ATORVASTATIN	PFI
02243097	LIPITOR	PFI
02373246	MYLAN-ATORVASTATIN	MYL
02313472	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02313758	RAN-ATORVASTATIN	RYB
02350335	RATIO-ATORVASTATIN	TEV
02324970	SANDOZ ATORVASTATIN	SDZ
02302713	TEVA-ATORVASTATIN	TEV

FLUVASTATINE SODIQUE

ct 20mg Capsule

02061562	LESCOL	NVR
----------	--------	-----

ct 40mg Capsule

02061570	LESCOL	NVR
----------	--------	-----

ct 80mg Comprimé à effet prolongé

02250527	LESCOL XL	NVR
----------	-----------	-----

LOVASTATINE

ct 20mg Comprimé

02220172	APO-LOVASTATIN	APX
02248572	CO LOVASTATIN	COB
02353229	LOVASTATIN	SAN
00795860	MEVACOR	FRS
02243127	MYLAN-LOVASTATIN	MYL
02246542	NOVO-LOVASTATIN	TEV
02231434	NU-LOVASTATIN	NXP *
02246013	PMS-LOVASTATIN	PMS
02312670	PRO-LOVASTATIN	PDL
02267969	RAN-LOVASTATIN	RYB
02245822	RATIO-LOVASTATIN	RPH
02272288	RIVA-LOVASTATIN	RIV
02247056	SANDOZ-LOVASTATIN	SDZ

**24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA
RÉDUCTASE**

LOVASTATINE

ct 40mg Comprimé

02220180	APO-LOVASTATIN	APX
02248573	CO LOVASTATIN	COB
02353237	LOVASTATIN	SAN
00795852	MEVACOR	FRS
02243129	MYLAN-LOVASTATIN	MYL
02246543	NOVO-LOVASTATIN	TEV
02246014	PMS-LOVASTATIN	PMS
02312689	PRO-LOVASTATIN	PDL
02267977	RAN-LOVASTATIN	RYB
02245823	RATIO-LOVASTATIN	RPH
02272296	RIVA-LOVASTATIN	RIV
02247057	SANDOZ-LOVASTATIN	SDZ

PRAVASTATINE SODIQUE

ct 10mg Comprimé

02243506	APO-PRAVASTATIN	APX
02248182	CO PRAVASTATIN	COB
02249723	DOM-PRAVASTATIN	DPC
02330954	JAMP-PRAVASTATIN	JMP
02317451	MINT-PRAVASTATIN	MIN
02257092	MYLAN-PRAVASTATIN	MYL
02247008	NOVO-PRAVASTATIN	TEV
02244350	NU-PRAVASTATIN	NXP
02247655	PMS-PRAVASTATIN	PMS
00893749	PRAVACHOL	BMS
02249766	PRAVASTATIN	MEL
02301792	PRAVASTATIN	SOR
02356546	PRAVASTATIN	SAN
02243824	PRAVASTATIN-10	PDL
02284421	RAN-PRAVASTATIN	RYB
02246930	RATIO-PRAVASTATIN	RPH
02270234	RIVA-PRAVASTATIN	RIV
02247856	SANDOZ-PRAVASTATIN	SDZ

ct 20mg Comprimé

02243507	APO-PRAVASTATIN	APX
02248183	CO PRAVASTATIN	COB
02249731	DOM-PRAVASTATIN	DPC
02330962	JAMP-PRAVASTATIN	JMP
02317478	MINT-PRAVASTATIN	MIN
02257106	MYLAN-PRAVASTATIN	MYL
02247009	NOVO-PRAVASTATIN	TEV
02244351	NU-PRAVASTATIN	NXP
02247656	PMS-PRAVASTATIN	PMS
00893757	PRAVACHOL	BMS
02249774	PRAVASTATIN	MEL
02301806	PRAVASTATIN	SOR
02356554	PRAVASTATIN	SAN
02243825	PRAVASTATIN-20	PDL
02284448	RAN-PRAVASTATIN	RYB
02246931	RATIO-PRAVASTATIN	RPH
02270242	RIVA-PRAVASTATIN	RIV
02247857	SANDOZ-PRAVASTATIN	SDZ

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

PRAVASTATINE SODIQUE

CT 40mg Comprimé

02243508	APO-PRAVASTATIN
02248184	CO PRAVASTATIN
02249758	DOM-PRAVASTATIN
02330970	JAMP-PRAVASTATIN
02317486	MINT-PRAVASTATIN
02257114	MYLAN-PRAVASTATIN
02247010	NOVO-PRAVASTATIN
02244352	NU-PRAVASTATIN
02247657	PMS-PRAVASTATIN
02222051	PRAVACHOL
02249782	PRAVASTATIN
02301814	PRAVASTATIN
02356562	PRAVASTATIN
02243826	PRAVASTATIN-40
02284456	RAN-PRAVASTATIN
02246932	RATIO-PRAVASTATIN
02270250	RIVA-PRAVASTATIN
02247858	SANDOZ-PRAVASTATIN

ROSUVASTATINE CALCIQUE

^{CT} 5mg Comprimé

02265540 CRESTOR

^{CT} 10mg Comprimé

02247162 CRESTOR

^{CT} 20mg Comprimé

02247163 CRESTOR

SIMVASTATINE

^{CT} 5mg Comprimé

02247011	APO-SIMVASTATIN
02248103	CO SIMVASTATIN
02253747	DOM-SIMVASTATIN
02281619	DOM-SIMVASTATIN
02331020	JAMP-SIMVASTATIN
02375036	MAR-SIMVASTATIN
02372932	MINT-SIMVASTATIN
02246582	MYLAN-SIMVASTATIN
02247072	NU-SIMVASTATIN
02281546	PHL-SIMVASTATIN
02252619	PMS-SIMVASTATIN
02269252	PMS-SIMVASTATIN
02329131	RAN-SIMVASTATIN
02247067	RATIO-SIMVASTATIN
02247297	RIVA-SIMVASTATIN
02247827	SANDOZ-SIMVASTATIN
02284723	SIMVASTATIN
02250144	TEVA-SIMVASTATIN
00884324	ZOCOR
02300907	ZYM-SIMVASTATIN

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

SIMVASTATINE

^{CT} 10mg Comprimé

02247012	APO-SIMVASTATIN	APX
02248104	CO SIMVASTATIN	COB
02253755	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02281627	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02331039	JAMP-SIMVASTATIN	JMP
02375044	MAR-SIMVASTATIN	MAR
02372940	MIINT-SIMVASTATIN	MIN
02246583	MYLAN-SIMVASTATIN	MYL
02250152	NOVO-SIMVASTATIN	TEV
02247075	NU-SIMVASTATIN	NXP
02281554	PHL-SIMVASTATIN	PHH
02252635	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02269260	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02329158	RAN-SIMVASTATIN	RBY
02247068	RATIO-SIMVASTATIN	RPH
02247298	RIVA-SIMVASTATIN	RIV
02247828	SANDOZ-SIMVASTATIN	SDZ
02284731	SIMVASTATIN	SAN
02247221	SIMVASTATIN-10	PDL
02265885	TARO-SIMVASTATIN	TAR
00884332	ZOCOR	FRS
02300915	ZYM-SIMVASTATIN	ZYM
20mg Comprimé		
02247013	APO-SIMVASTATIN	APX
02248105	CO SIMVASTATIN	COB
02253763	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02281635	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02331047	JAMP-SIMVASTATIN	JMP
02375052	MAR-SIMVASTATIN	MAR
02372959	MINT-SIMVASTATIN	MIN
02246737	MYLAN-SIMVASTATIN	MYL
02250160	NOVO-SIMVASTATIN	TEV
02247076	NU-SIMVASTATIN	NXP
02281562	PHL-SIMVASTATIN	PHH
02252643	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02269279	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02329166	RAN-SIMVASTATIN	RBY
02247299	RIVA-SIMVASTATIN	RIV
02247830	SANDOZ-SIMVASTATIN	SDZ
02284758	SIMVASTATIN	SAN
02247222	SIMVASTATIN-20	PDL
02265893	TARO-SIMVASTATIN	TAR
00884340	ZOCOR	FRS
02300923	ZYM-SIMVASTATIN	ZYM

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

SIMVASTATINE

ct 40mg Comprimé

02247014	APO-SIMVASTATIN	APX
02248106	CO SIMVASTATIN	COB
02253771	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02281643	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02331055	JAMP-SIMVASTATIN	JMP
02375060	MAR-SIMVASTATIN	MAR
02372967	MINT-SIMVASTATIN	MIN
02246584	MYLAN-SIMVASTATIN	MYL
02250179	NOVO-SIMVASTATIN	TEV
02247077	NU-SIMVASTATIN	NXP
02281570	PHL-SIMVASTATIN	PHH
02252651	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02269287	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02329174	RAN-SIMVASTATIN	RYB
02247300	RIVA-SIMVASTATIN	RIV
02247831	SANDOZ-SIMVASTATIN	SDZ
02284766	SIMVASTATIN	SAN
02247223	SIMVASTATIN-40	PDL
02265907	TARO-SIMVASTATIN	TAR
00884359	ZOCOR	FRS
02300931	ZYM-SIMVASTATIN	ZYM

ct 80mg Comprimé

02247015	APO-SIMVASTATIN	APX
02248107	CO SIMVASTATIN	COB
02253798	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02281651	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02331063	JAMP-SIMVASTATIN	JMP
02375079	MAR-SIMVASTATIN	MAR
02372975	MINT-SIMVASTATIN	MIN
02246585	MYLAN-SIMVASTATIN	MYL
02250187	NOVO-SIMVASTATIN	TEV
02247078	NU-SIMVASTATIN	NXP
02281589	PHL-SIMVASTATIN	PHH
02252678	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02269295	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02329182	RAN-SIMVASTATIN	RYB
02247071	RATIO-SIMVASTATIN	RPH
02247301	RIVA-SIMVASTATIN	RIV
02247833	SANDOZ-SIMVASTATIN	SDZ
02284774	SIMVASTATIN	SAN
02247224	SIMVASTATIN-80	PDL
02240332	ZOCOR	FRS
02300974	ZYM-SIMVASTATIN	ZYM

24:08.16 ALPHA-AGONISTES CENTRAUX

CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE)

ct 0.025mg Comprimé

02248732	APO-CLONIDINE	APX
02361299	CLONIDINE	SAN
00519251	DIXARIT	BOE
02304163	TEVA-CLONIDINE	TEV

24:08.16 ALPHA-AGONISTES CENTRAUX

CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE)

ct 0.1mg Comprimé

00868949	APO-CLONIDINE	APX
00259527	CATAPRES	BOE
01910396	CLONIDINE	PRO
02361302	CLONIDINE	SAN
01913786	NU-CLONIDINE	NXP
02046121	TEVA-CLONIDINE	TEV

00868957	APO-CLONIDINE	APX
00291889	CATAPRES	BOE
01908162	CLONIDINE	PRO
02361310	CLONIDINE	SAN
01913220	NU-CLONIDINE	NXP
02046148	TEVA-CLONIDINE	TEV

MÉTHYLDOPA

ct 125mg Comprimé

00360252	METHYLDOPA	AAP
----------	------------	-----

ct 250mg Comprimé

00360260	METHYLDOPA	AAP
----------	------------	-----

ct 500mg Comprimé

00426830	METHYLDOPA	AAP
----------	------------	-----

MÉTHYLDOPA, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 250mg & 15mg Comprimé

00441708	APO-METHAZIDE-15	APX
----------	------------------	-----

ct 250mg & 25mg Comprimé

00441716	APO-METHAZIDE-25	APX
----------	------------------	-----

24:08.20 VASODILATATEURS DIRECTS

DIAZOXIDE

ct 100mg Capsule

00503347	PROGLYCEM	SCH
----------	-----------	-----

HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D')

ct 10mg Comprimé

00441619	APO-HYDRALAZINE	APX
01913638	HYDRALAZINE	PDL
01913204	NU-HYDRAL	NXP

ct 25mg Comprimé

00441627	APO-HYDRALAZINE	APX
00759473	NOVO-HYLAZIN	TEV
02004828	NU-HYDRAL	NXP

ct 50mg Comprimé

00441635	APO-HYDRALAZINE	APX
00759481	NOVO-HYLAZIN	TEV
02004836	NU-HYDRAL	NXP

MINOXIDIL

ct 2.5mg Comprimé

00514497	LONITEN	PFI
----------	---------	-----

ct 10mg Comprimé

00514500	LONITEN	PFI
----------	---------	-----

24:12.08 NITRATES ET NITRITES**ISOSORBIDE (DINITRATE D')*****ct 10mg Comprimé***

00441686 ISDN
00786667 PMS-ISOSORBIDE

AAP
PMS

ct 30mg Comprimé

00441694 ISDN

AAP

ct 5mg Comprimé sublingual

00670944 ISDN

AAP

ISOSORBIDE-5-MONONITRATE***ct 60mg Comprimé***

02272830 APO-ISMN
02126559 IMDUR
02301288 PMS-ISMN
02311321 PRO-ISMN

APX
AZC
PMS
PDL

NITROGLYCÉRINE***0.3mg Comprimé sublingual***

00037613 NITROSTAT

PFI

0.6mg Comprimé sublingual

00037621 NITROSTAT

PFI

2% Onguent

01926454 NITROL

SQU

ct 0.2mg Timbre cutané

02162806 MINITRAN
01911910 NITRO-DUR
00584223 TRANSDERM-NITRO
02230732 TRINIPATCH

MMH
KEY
NVR
TRT

ct 0.4mg Timbre cutané

02163527 MINITRAN
01911902 NITRO-DUR
00852384 TRANSDERM-NITRO
02230733 TRINIPATCH

MMH
KEY
NVR
TRT

ct 0.6mg Timbre cutané

02163535 MINITRAN
01911929 NITRO-DUR
02046156 TRANSDERM-NITRO
02230734 TRINIPATCH

MMH
KEY
NVR
TRT

ct 0.8mg Timbre cutané

02011271 NITRO-DUR

KEY

0.4mg Vaporisateur

02243588 MYLAN-NITRO
02231441 NITROLINGUAL POMPE
02238998 RHO-NITRO PUMPSRAY

MYL
SAC
SAC

24:12.12 INHIBITEURS PHOSPHODIESTÉRASE**SILDENAFIL CITRATE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 20mg trois fois par jour

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET dont la maladie ne répond pas aux traitements classiques; OU pour lesquels les agents conventionnels sont contre-indiqués.

ct 20mg Comprimé

02319500 RATIO-SILDENAFIL R
02279401 REVATIO

RPH
PFI

TADALAFIL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 40mg par jour

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET dont la maladie ne répond pas aux traitements classiques; OU pour lesquels les agents conventionnels sont contre-indiqués

ct 20mg Comprimé

02338327 ADCIRCA

LIL

24:12.92 VASODILATATEURS DIVERS**AMBRISENTAN**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 10mg par jour.

-Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET -dont la maladie ne répond pas au traitement par le citrate de sildénafil OU le tadalafil; OU -pour lequel le citrate de sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

ct 5mg Comprimé

02307065 VOLIBRIS

GSK

ct 10mg Comprimé

02307073 VOLIBRIS

GSK

24:12.92 VASODILATATEURS DIVERS**BOSENTAN**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 125mg deux fois par jour.

- Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET
- dont la maladie ne répond pas au traitement par le citrate de sildénafil OU le tadalafil OU;
- pour lequel le citrate de sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

ct 62.5mg Comprimé

02244981 TRACLEER ACN

ct 125mg Comprimé

02244982 TRACLEER ACN

DIPYRIDAMOLE**ct 25mg Comprimé**

00895644 APO-DIPYRIDAMOLE APX

ct 50mg Comprimé

00571245 APO-DIPYRIDAMOLE APX

00895652 APO-DIPYRIDAMOLE APX

ct 75mg Comprimé

00601845 APO-DIPYRIDAMOLE APX

00895660 APO-DIPYRIDAMOLE APX

DIPYRIDAMOLE, ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention secondaire des accidents vasculaires ou des accidents ischémiques transitoires (AIT) chez les patients pour qui l'AAS seule n'a pas donné de bons résultats.

ct 200mg & 25mg Capsule

02242119 AGGRENOX BOE

24:20.00 BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES**DOXAZOSINE (MÉSILATE DE)****ct 1mg Comprimé**

02240588 APO-DOXAZOSIN APX

01958100 CARDURA 1 PFI

02240978 DOXAZOSIN PDL

02240498 MYLAN-DOXAZOSIN MYL

02242728 NOVO-DOXAZOSIN TEV

02244527 PMS-DOXAZOSIN PMS

ct 2mg Comprimé

02240589 APO-DOXAZOSIN APX

01958097 CARDURA 2 PFI

02240979 DOXAZOSIN PDL

02240499 MYLAN-DOXAZOSIN MYL

02242729 NOVO-DOXAZOSIN TEV

02244528 PMS-DOXAZOSIN PMS

24:20.00 BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES**DOXAZOSINE (MÉSILATE DE)****ct 4mg Comprimé**

02240590	APO-DOXAZOSIN	APX
01958119	CARDURA 4	PFI
02240980	DOXAZOSIN	PDL
02240500	MYLAN-DOXAZOSIN	MYL
02242730	NOVO-DOXAZOSIN	TEV
02244529	PMS-DOXAZOSIN	PMS

PRAZOCINE (CHLORHYDRATE DE)**ct 1mg Comprimé**

00882801	APO-PRAZO	APX
00560952	MINIPRESS	ERF
01934198	NOVO-PRAZIN	TEV
01913794	NU-PRAZO	NXP

ct 2mg Comprimé

00882828	APO-PRAZO	APX
00560960	MINIPRESS	ERF
01934201	NOVO-PRAZIN	TEV
01913808	NU-PRAZO	NXP

ct 5mg Comprimé

00882836	APO-PRAZO	APX
00560979	MINIPRESS	ERF
01934228	NOVO-PRAZIN	TEV
01913816	NU-PRAZO	NXP

TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE)**ct 1mg Comprimé**

02234502	APO-TERAZOSIN	APX
02243746	DOM-TERAZOSIN	DPC
00818658	HYTRIN	ABB
02233047	NU-TERAZOSIN	NXP
02243518	PMS-TERAZOSIN	PMS
02218941	RATIO-TERAZOSIN	RPH
02237476	TERAZOSIN	PDL
02350475	TERAZOSIN	SAN
02230805	TEVA-TERAZOSIN	TEV

ct 2mg Comprimé

02234503	APO-TERAZOSIN	APX
02243747	DOM-TERAZOSIN	DPC
00818682	HYTRIN	ABB
02233048	NU-TERAZOSIN	NXP
02243519	PMS-TERAZOSIN	PMS
02218968	RATIO-TERAZOSIN	RPH
02237477	TERAZOSIN	PDL
02350483	TERAZOSIN	SAN
02230806	TEVA-TERAZOSIN	TEV

24:20.00 BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES

TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE)

ct **5mg Comprimé**

02234504	APO-TERAZOSIN	APX
02243748	DOM-TERAZOSIN	DPC
00818666	HYTRIN	ABB
02233049	NU-TERAZOSIN	NXP
02243520	PMS-TERAZOSIN	PMS
02218976	RATIO-TERAZOSIN	RPH
02237478	TERAZOSIN	PDL
02350491	TERAZOSIN	SAN
02230807	TEVA-TERAZOSIN	TEV

ct **10mg Comprimé**

02234505	APO-TERAZOSIN	APX
02243749	DOM-TERAZOSIN	DPC
00818674	HYTRIN	ABB
02233050	NU-TERAZOSIN	NXP
02243521	PMS-TERAZOSIN	PMS
02218984	RATIO-TERAZOSIN	RPH
02237479	TERAZOSIN	PDL
02350505	TERAZOSIN	SAN
02230808	TEVA-TERAZOSIN	TEV

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')

ct **100mg Comprimé**

02164396	ACEBUTOLOL	PDL
02286246	ACEBUTOLOL	SAN
02147602	APO-ACEBUTOLOL	APX
02237721	MYLAN-ACEBUTOLOL	MYL
02237885	MYLAN-ACEBUTOLOL (TYPE S)	MYL
02165546	NU-ACEBUTOLOL	NXP
02257599	SANDOZ-ACEBUTOLOL	SDZ
01926543	SECTRAL	SAC
02204517	TEVA-ACEBUTOLOL	TEV

ct **200mg Comprimé**

02164418	ACEBUTOLOL	PDL
02286254	ACEBUTOLOL	SAN
02147610	APO-ACEBUTOLOL	APX
02237722	MYLAN-ACEBUTOLOL	MYL
02237886	MYLAN-ACEBUTOLOL (TYPE S)	MYL
02165554	NU-ACEBUTOLOL	NXP
02257602	SANDOZ-ACEBUTOLOL	SDZ
01926551	SECTRAL	SAC
02204525	TEVA-ACEBUTOLOL	TEV

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')

ct **400mg Comprimé**

02164426	ACEBUTOLOL	PDL
02286262	ACEBUTOLOL	SAN
02147629	APO-ACEBUTOLOL	APX
02237723	MYLAN-ACEBUTOLOL	MYL
02237887	MYLAN-ACEBUTOLOL (TYPE S)	MYL
02165562	NU-ACEBUTOLOL	NXP
02257610	SANDOZ-ACEBUTOLOL	SDZ
01926578	SECTRAL	SAC
02204533	TEVA-ACEBUTOLOL	TEV

ATENOLOL

ct **25mg Comprimé**

02247182	PHL-ATENOLOL	PHH
----------	--------------	-----

ATÉNOLOL

ct **25mg Comprimé**

02326701	ATENOLOL	PDL
02371979	MAR-ATENOLOL	MAR
02368013	MINT-ATENOLOL	MIN
02303647	MYLAN-ATENOLOL	MYL
02246581	PMS-ATENOLOL	PMS
02277379	RIVA-ATENOLOL	RIV
02266660	TEVA-ATENOL	TEV

ct **50mg Comprimé**

00773689	APO-ATENOL	APX
00828807	ATENOLOL	PDL
02255545	CO ATENOLOL	COB
02229467	DOM-ATENOLOL	DPC
02371987	MAR-ATENOLOL	MAR
02368021	MINT-ATENOLOL	MIN
02146894	MYLAN-ATENOLOL	MYL
00886114	NU-ATENOL	NXP
02238316	PHL-ATENOLOL	PHH
02237600	PMS-ATENOLOL	PMS
02267985	RAN-ATENOLOL	RBY
02171791	RATIO-ATENOLOL	RPH
02242094	RIVA-ATENOLOL	RIV
02039532	TENORMIN	AZC
01912062	TEVA-ATENOL	TEV

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES**ATÉNOLOL*****ct 100mg Comprimé***

00773697	APO-ATENOL	APX
00828793	ATENOLOL	PDL
02255553	CO ATENOLOL	COB
02229468	DOM-ATENOLOL	DPC
02371995	MAR-ATENOLOL	MAR
02368048	MINT-ATENOLOL	MIN
02147432	MYLAN-ATENOLOL	MYL
00886122	NU-ATENOL	NXP
02238318	PHL-ATENOLOL	PHH
02237601	PMS-ATENOLOL	PMS
02267993	RAN-ATENOLOL	RYB
02171805	RATIO-ATENOLOL	RPH
02242093	RIVA-ATENOLOL	RIV
02039540	TENORMIN	AZC
01912054	TEVA-ATENOL	TEV

ATÉNOLOL, CHLORTHALIDONE***ct 50mg & 25mg Comprimé***

02248763	APO-ATENIDONE	APX
02049961	TENORETIC	AZC
02302918	TEVA-ATENOLTHALIDONE	TEV

ct 100mg & 25mg Comprimé

02248764	APO-ATENIDONE	APX
02049988	TENORETIC	AZC
02302926	TEVA-ATENOLTHALIDONE	TEV

BISOPROLOL (FUMARATE DE)***ct 5mg Comprimé***

02256134	APO-BISOPROLOL	APX
02321556	BISOPROLOL	SOR
02302632	PMS-BISOPROLOL	PMS
02306999	PRO-BISOPROLOL	PDL
02247439	SANDOZ-BISOPROLOL	SDZ
02267470	TEVA-BIOPROLOL	TEV

ct 10mg Comprimé

02256177	APO-BISOPROLOL	APX
02321572	BISOPROLOL	SOR
02302640	PMS-BISOPROLOL	PMS
02307006	PRO-BISOPROLOL	PDL
02247440	SANDOZ-BISOPROLOL	SDZ
02267489	TEVA-BIOPROLOL	TEV

CARVEDILOL***ct 3.125mg Comprimé***

02338068	ZYM-CARVEDILOL	ZYM
----------	----------------	-----

ct 6.25mg Comprimé

02338092	ZYM-CARVEDILOL	ZYM
----------	----------------	-----

ct 12.5mg Comprimé

02338106	ZYM-CARVEDILOL	ZYM
----------	----------------	-----

ct 25mg Comprimé

02338114	ZYM-CARVEDILOL	ZYM
----------	----------------	-----

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES**CARVEDILOL*****ct 3.125mg Comprimé***

02247933	APO-CARVEDILOL	APX
02364913	CARVEDILOL	SAN
02248748	DOM-CARVEDILOL	DPC
02347512	MYLAN-CARVEDILOL	MYL
02248752	PHL-CARVEDILOL	PHH
02245914	PMS-CARVEDILOL	PMS
02324504	PRO-CARVEDILOL	PDL
02268027	RAN-CARVEDILOL	RBY
02252309	RATIO-CARVEDILOL	RPH

ct 6.25mg Comprimé

02247934	APO-CARVEDILOL	APX
02364921	CARVEDILOL	SAN
02248749	DOM-CARVEDILOL	DPC
02347520	MYLAN-CARVEDILOL	MYL
02248753	PHL-CARVEDILOL	PHH
02245915	PMS-CARVEDILOL	PMS
02268035	RAN-CARVEDILOL	RBY
02252317	RATIO-CARVEDILOL	RPH

ct 12.5mg Comprimé

02247935	APO-CARVEDILOL	APX
02364948	CARVEDILOL	SAN
02248750	DOM-CARVEDILOL	DPC
02347555	MYLAN-CARVEDILOL	MYL
02248754	PHL-CARVEDILOL	PHH
02245916	PMS-CARVEDILOL	PMS
02268043	RAN-CARVEDILOL	RBY
02252325	RATIO-CARVEDILOL	RPH

ct 25mg Comprimé

02247936	APO-CARVEDILOL	APX
02364956	CARVEDILOL	SAN
02248751	DOM-CARVEDILOL	DPC
02347571	MYLAN-CARVEDILOL	MYL
02248755	PHL-CARVEDILOL	PHH
02245917	PMS-CARVEDILOL	PMS
02268051	RAN-CARVEDILOL	RBY
02252333	RATIO-CARVEDILOL	RPH

LABÉTALOL (CHLORHYDRATE DE)***ct 100mg Comprimé***

02106272	TRANDATE	SHI
----------	----------	-----

ct 200mg Comprimé

02106280	TRANDATE	SHI
----------	----------	-----

MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)***ct 25mg Comprimé***

02246010	APO-METOPROLOL	APX
02252252	DOM-METOPROLOL-L	DPC
02296713	METOPROLOL	PDL
02315106	METOPROLOL-L	SOR
02302055	MYLAN-METOPROLOL (TYPE L)	MYL
02248855	PMS-METOPROLOL-L	PMS
02315300	RIVA-METOPROLOL L	RIV

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES**MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)*****ct 50mg Comprimé***

00618632	APO-METOPROLOL	APX
00749354	APO-METOPROLOL-L	APX
02172550	DOM-METOPROLOL-B	DPC
02231121	DOM-METOPROLOL-L	DPC
00397423	LOPRESOR	NVR
00648019	METOPROLOL	PDL
02350394	METOPROLOL	SAN
02315114	METOPROLOL-L	SOR
02174545	MYLAN-METOPROLOL (TYPE L)	MYL
00865605	NU-METOP	NXP
02145413	PMS-METOPROLOL-B	PMS
02230803	PMS-METOPROLOL-L	PMS
02315319	RIVA-METOPROLOL L	RIV
02354187	SANDOZ METOPROLOL (L)	SDZ
02247875	SANDOZ-METOPROLOL-L	SDZ
00648035	TEVA-METOPROL	TEV
00842648	TEVA-METOPROL	TEV

ct 100mg Comprimé

00618640	APO-METOPROLOL	APX
00751170	APO-METOPROLOL-L	APX
02172569	DOM-METOPROLOL-B	DPC
02231122	DOM-METOPROLOL-L	DPC
00397431	LOPRESOR	NVR
00648027	METOPROLOL	PDL
02350408	METOPROLOL	SAN
02351404	METOPROLOL SR	PDL
02315122	METOPROLOL-L	SOR
02174553	MYLAN-METOPROLOL (TYPE L)	MYL
00865613	NU-METOP	NXP
02145421	PMS-METOPROLOL-B	PMS
02230804	PMS-METOPROLOL-L	PMS
02315327	RIVA-METOPROLOL L	RIV
02354195	SANDOZ METOPROLOL (L)	SDZ
02247876	SANDOZ-METOPROLOL-L	SDZ
00648043	TEVA-METOPROL	TEV
00842656	TEVA-METOPROL-B	TEV

ct 100mg Comprimé à libération progressive

02285169	APO-METOPROLOL SR	APX
00658855	LOPRESOR SR	NVR
02303396	SANDOZ-METOPROLOL SR	SDZ

ct 200mg Comprimé à libération progressive

02285177	APO-METOPROLOL SR	APX
00534560	LOPRESOR SR	NVR
02351412	METOPROLOL SR	PDL
02303418	SANDOZ-METOPROLOL SR	SDZ

NADOLOL***ct 40mg Comprimé***

00782505	APO-NADOL	APX
00828815	NADOLOL	PDL
02126753	NOVO-NADOLOL	TEV

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES**NADOLOL*****ct 80mg Comprimé***

00782467	APO-NADOL	APX
00818704	NADOLOL	PDL
02126761	NOVO-NADOLOL	TEV

ct 160mg Comprimé

00782475	APO-NADOL	APX
----------	-----------	-----

PINDOLOL***ct 5mg Comprimé***

00755877	APO-PINDOL	APX
02231650	DOM-PINDOLOL	DPC
00869007	NOVO-PINDOL	TEV
00886149	NU-PINDOL	NXP
00828416	PINDOLOL	PDL
02231536	PMS-PINDOLOL	PMS
02261782	SANDOZ-PINDOLOL	SDZ
00417270	VISKEN	NVR

ct 10mg Comprimé

00755885	APO-PINDOL	APX
02238046	DOM-PINDOLOL	DPC
00869015	NOVO-PINDOL	TEV
00886009	NU-PINDOL	NXP
00828424	PINDOLOL	PDL
02231537	PMS-PINDOLOL	PMS
02261790	SANDOZ-PINDOLOL	SDZ
00443174	VISKEN	NVR

ct 15mg Comprimé

00755893	APO-PINDOL	APX
02238047	DOM-PINDOLOL	DPC
00869023	NOVO-PINDOL	TEV
00886130	NU-PINDOL	NXP
00828432	PINDOLOL	PDL
02231539	PMS-PINDOLOL	PMS
02261804	SANDOZ-PINDOLOL	SDZ
00417289	VISKEN	NVR

PINDOLOL, HYDROCHLOROTHIAZIDE***ct 10mg & 25mg Comprimé***

00568627	VISKAZIDE	NVR
----------	-----------	-----

ct 10mg & 50mg Comprimé

00568635	VISKAZIDE	NVR
----------	-----------	-----

PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)***ct 60mg Capsule à action prolongée***

02042231	INDERAL LA	WAY
----------	------------	-----

ct 80mg Capsule à action prolongée

02042258	INDERAL LA	WAY
----------	------------	-----

ct 120mg Capsule à action prolongée

02042266	INDERAL LA	WAY
----------	------------	-----

ct 160mg Capsule à action prolongée

02042274	INDERAL LA	WAY
----------	------------	-----

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES**PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)*****ct 10mg Comprimé***

00402788	APO-PROPRANOLOL	APX
02137313	DOM-PROPRANOLOL	DPC
00496480	NOVO-PRANOL	TEV

ct 20mg Comprimé

00663719	APO-PROPRANOLOL	APX
00740675	NOVO-PRANOL	TEV
02044692	NU-PROPRANOLOL	NXP

ct 40mg Comprimé

00402753	APO-PROPRANOLOL	APX
02137321	DOM-PROPRANOLOL	DPC
00496499	NOVO-PRANOL	TEV
02044706	NU-PROPRANOLOL	NXP

ct 80mg Comprimé

00402761	APO-PROPRANOLOL	APX
02137348	DOM-PROPRANOLOL	DPC
00496502	NOVO-PRANOL	TEV
00582271	PMS-PROPRANOLOL	PMS

ct 120mg Comprimé

00504335	APO-PROPRANOLOL	APX
00582298	PMS-PROPRANOLOL	PMS

SOTALOL (CHLORHYDRATE DE)***ct 80mg Comprimé***

02210428	APO-SOTALOL	APX
02270625	CO SOTALOL	COB
02238634	DOM-SOTALOL	DPC
02229778	MYLAN-SOTALOL	MYL
02231181	NOVO-SOTALOL	TEV
02200996	NU-SOTALOL	NXP
02238768	PHL-SOTALOL	PHH
02238326	PMS-SOTALOL	PMS
02316528	PRO-SOTALOL	PDL
02084228	RATIO-SOTALOL	RPH
02242156	RIVA-SOTALOL	RIV
02257831	SANDOZ-SOTALOL	SDZ

ct 160mg Comprimé

02167794	APO-SOTALOL	APX
02270633	CO SOTALOL	COB
02238635	DOM-SOTALOL	DPC
02229779	MYLAN-SOTALOL	MYL
02231182	NOVO-SOTALOL	TEV
02163772	NU-SOTALOL	NXP
02238769	PHL-SOTALOL	PHH
02238327	PMS-SOTALOL	PMS
02316536	PRO-SOTALOL	PDL
02084236	RATIO-SOTALOL	RPH
02242157	RIVA-SOTALOL	RIV
02257858	SANDOZ-SOTALOL	SDZ

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES**TIMOLOL (MALÉATE DE)*****ct 5mg Comprimé***

00755842	APO-TIMOL	APX
02044609	NU-TIMOLOL	NXP
01947796	TEVA-TIMOL	TEV
00812455	TIMOLOL	PDL

ct 10mg Comprimé

00755850	APO-TIMOL	APX
02044617	NU-TIMOLOL	NXP
01947818	TEVA-TIMOL	TEV
00812447	TIMOLOL	PDL

ct 20mg Comprimé

00755869	APO-TIMOL	APX
01947826	TEVA-TIMOL	TEV

24:28.08 DIHYDROPYRIDINES**AMLODIPINE*****ct 2.5mg Comprimé***

02326795	AMLODIPINE	PDL
02326825	DOM-AMLODIPINE	DPC
02371707	MAR-AMLODIPINE	MAR
02326760	PHL-AMLODIPINE	PHH
02295148	PMS-AMLODIPINE	PMS
02331489	RIVA-AMLODIPINE	RIV
02330474	SANDOZ AMLODIPINE	SDZ

ct 5mg Comprimé

02341093	ACCEL-AMLODIPINE	ACP
02321858	AMLODIPINE	RYB
02326809	AMLODIPINE	PDL
02331284	AMLODIPINE	SAN
02273373	APO-AMLODIPINE	APX
02297485	CO AMLODIPINE	COB
02326833	DOM-AMLODIPINE	DPC
02280132	GD-AMLODIPINE	PFI
02357194	JAMP-AMLODIPINE	JMP
02371715	MAR-AMLODIPINE	MAR
02362651	MINT-AMLODIPINE	MIN
02272113	MYLAN-AMLODIPINE	MYL
00878928	NORVASC	PFI
02326779	PHL-AMLODIPINE	PHH
02284065	PMS-AMLODIPINE	PMS
02259605	RATIO-AMLODIPINE	RPH
02331497	RIVA-AMLODIPINE	RIV
02284383	SANDOZ-AMLODIPINE	SDZ
02250497	TEVA-AMLODIPINE	TEV
02342790	ZYM-AMLODIPINE	ZYM

24:28.08 DIHYDROPYRIDINES**AMLODIPINE****ct 10mg Comprimé**

02341107	ACCEL-AMLODIPINE	ACP
02326817	AMLODIPINE	PDL
02331292	AMLODIPINE	SAN
02273381	APO-AMLODIPINE	APX
02297493	CO AMLODIPINE	COB
02326841	DOM-AMLODIPINE	DPC
02280140	GD-AMLODIPINE	PFI
02357208	JAMP-AMLODIPINE	JMP
02371723	MAR-AMLODIPINE	MAR
02362678	MINT-AMLODIPINE	MIN
02272121	MYLAN-AMLODIPINE	MYL
00878936	NORVASC	PFI
02326787	PHL-AMLODIPINE	PHH
02284073	PMS-AMLODIPINE	PMS
02321866	RAN-AMLODIPINE	RYB
02259613	RATIO-AMLODIPINE	RPH
02331500	RIVA-AMLODIPINE	RIV
02284391	SANDOZ-AMLODIPINE	SDZ
02250500	TEVA-AMLODIPINE	TEV
02342804	ZYM-AMLODIPINE	ZYM

AMLODIPINE/ATORVASTATIN**ct 5mg & 10mg Comprimé**

02273233	CADUET	PFI
02362759	GD-AMLODIPINE/ATORVASTATIN	PFI

ct 5mg & 20mg Comprimé

02273241	CADUET	PFI
02362767	GD-AMLODIPINE/ATORVASTATIN	PFI

ct 5mg & 40mg Comprimé

02273268	CADUET	PFI
02362775	GD-AMLODIPINE/ATORVASTATIN	PFI

ct 5mg & 80mg Comprimé

02273276	CADUET	PFI
02362783	GD-AMLODIPINE/ATORVASTATIN	PFI

ct 10mg & 10mg Comprimé

02273284	CADUET	PFI
02362791	GD-AMLODIPINE/ATORVASTATIN	PFI

ct 10mg & 20mg Comprimé

02273292	CADUET	PFI
02362805	GD-AMLODIPINE/ATORVASTATIN	PFI

ct 10mg & 40mg Comprimé

02273306	CADUET	PFI
02362813	GD-AMLODIPINE/ATORVASTATIN	PFI

ct 10mg & 80mg Comprimé

02273314	CADUET	PFI
02362821	GD-AMLODIPINE/ATORVASTATIN	PFI

24:28.08 DIHYDROPYRIDINES**FÉLODIPINE****ct 2.5mg Comprimé à effet prolongé**

02057778	PLENDIL	AZC
02221985	RENEDIL	SAC

ct 5mg Comprimé à effet prolongé

00851779	PLENDIL	AZC
02221993	RENEDIL	SAC
02280264	SANDOZ-FELODIPINE	SDZ

ct 10mg Comprimé à effet prolongé

00851787	PLENDIL	AZC
02222000	RENEDIL	SAC
02280272	SANDOZ-FELODIPINE	SDZ
09857203	SANDOZ-FELODIPINE	SDZ *

NIFÉDIPINE**ct 5mg Capsule**

00725110	NIFEDIPINE	AAP
02235897	PMS-NIFEDIPINE	PMS

ct 10mg Capsule

00755907	NIFEDIPINE	AAP
00865591	NU-NIFED	NXP
02235898	PMS-NIFEDIPINE	PMS

ct 20mg Comprimé à effet prolongé

02237618	ADALAT XL	BAY
----------	-----------	-----

ct 30mg Comprimé à effet prolongé

02155907	ADALAT XL	BAY
02349167	MYLAN-NIFEDIPINE ER	MYL

ct 60mg Comprimé à effet prolongé

02155990	ADALAT XL	BAY
02321149	MYLAN-NIFEDIPINE ER	MYL

ct 10mg Comprimé à libération progressive

02197448	APO-NIFED PA	APX
02212102	NU-NIFEDIPINE PA	NXP

ct 20mg Comprimé à libération progressive

02181525	APO-NIFED PA	APX
02200937	NU-NIFEDIPINE PA	NXP

NIMODIPINE**ct 30mg Comprimé**

02325926	NIMOTOP	BAY
----------	---------	-----

24:28.92 ANTAGONISTES DU CALCIUM DIVERS**DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)****ct 120mg Capsule à effet prolongé**

02291037	APO-DILTAZ TZ	APX
02271605	TEVA-DILTAZEM ER	TEV
02231150	TIAZAC	BPC

ct 180mg Capsule à effet prolongé

02291045	APO-DILTAZ TZ	APX
02271613	TEVA-DILTAZEM ER	TEV
02231151	TIAZAC	BPC

**24:28.92 ANTAGONISTES DU CALCIUM
DIVERS**

DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)

ct 240mg Capsule à effet prolongé

02291053	APO-DILTIAZ TZ	APX
02271621	TEVA-DILTIAZEM ER	TEV
02231152	TIAZAC	BPC

ct 300mg Capsule à effet prolongé

02291061	APO-DILTIAZ TZ	APX
02271648	TEVA-DILTIAZEM ER	TEV
02231154	TIAZAC	BPC

ct 360mg Capsule à effet prolongé

02291088	APO-DILTIAZ TZ	APX
02271656	TEVA-DILTIAZEM ER	TEV
02231155	TIAZAC	BPC

ct 120mg Capsule à libération contrôlée

02230997	APO-DILTIAZ CD	APX
02097249	CARDIZEM CD	BPC
02231472	DILTIAZEM CD	PDL
02231052	NU-DILTIAZ CD	NXP
02355752	PMS-DILTIAZEM CD	PMS
02229781	RATIO-DILTIAZEM CD	RPH
02243338	SANDOZ-DILTIAZEM CD	SDZ
02242538	TEVA-DILTIAZEM CD	TEV

ct 180mg Capsule à libération contrôlée

02230998	APO-DILTIAZ CD	APX
02097257	CARDIZEM CD	BPC
02231474	DILTIAZEM CD	PDL
02231053	NU-DILTIAZ CD	NXP
02355760	PMS-DILTIAZEM CD	PMS
02229782	RATIO-DILTIAZEM CD	RPH
02243339	SANDOZ-DILTIAZEM CD	SDZ
02242539	TEVA-DILTIAZEM CD	TEV

ct 240mg Capsule à libération contrôlée

02230999	APO-DILTIAZ CD	APX
02097265	CARDIZEM CD	BPC
02231475	DILTIAZEM CD	PDL
02231054	NU-DILTIAZ CD	NXP
02355779	PMS-DILTIAZEM CD	PMS
02229783	RATIO-DILTIAZEM CD	RPH
02243340	SANDOZ-DILTIAZEM CD	SDZ
02242540	TEVA-DILTIAZEM CD	TEV

ct 300mg Capsule à libération contrôlée

02229526	APO-DILTIAZ CD	APX
02097273	CARDIZEM CD	BPC
02231057	DILTIAZEM CD	PDL
02355787	PMS-DILTIAZEM CD	PMS
02229784	RATIO-DILTIAZEM CD	RPH
02243341	SANDOZ-DILTIAZEM CD	SDZ
02242541	TEVA-DILTIAZEM CD	TEV

ct 60mg Capsule à libération progressive

02222957	APO-DILTIAZ SR	APX
----------	----------------	-----

ct 90mg Capsule à libération progressive

02222965	APO-DILTIAZ SR	APX
----------	----------------	-----

**24:28.92 ANTAGONISTES DU CALCIUM
DIVERS**

DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)

ct 120mg Capsule à libération progressive

02222973	APO-DILTIAZ SR	APX
02245918	SANDOZ-DILTIAZEM T	SDZ

ct 180mg Capsule à libération progressive

02245919	SANDOZ-DILTIAZEM T	SDZ
02245920	SANDOZ-DILTIAZEM T	SDZ

ct 300mg Capsule à libération progressive

02245921	SANDOZ-DILTIAZEM T	SDZ
02245922	SANDOZ-DILTIAZEM T	SDZ

ct 30mg Comprimé

00771376	APO-DILTIAZ	APX
00828785	DILTIAZEM	PDL
00886068	NU-DILTIAZ	NXP
00862924	TEVA-DILTIAZEM	TEV

ct 60mg Comprimé

00771384	APO-DILTIAZ	APX
00828777	DILTIAZEM	PDL
00886076	NU-DILTIAZ	NXP
00862932	TEVA-DILTIAZEM	TEV

ct 120mg Comprimé à effet prolongé

02256738	TIAZAC XC	BPC
----------	-----------	-----

ct 180mg Comprimé à effet prolongé

02256746	TIAZAC XC	BPC
----------	-----------	-----

ct 240mg Comprimé à effet prolongé

02256754	TIAZAC XC	BPC
----------	-----------	-----

ct 300mg Comprimé à effet prolongé

02256762	TIAZAC XC	BPC
----------	-----------	-----

ct 360mg Comprimé à effet prolongé

02256770	TIAZAC XC	BPC
----------	-----------	-----

VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE)

ct 80mg Comprimé

00782483	APO-VERAP	APX
02237921	MYLAN-VERAPAMIL	MYL
00812331	NOVO-VERAMIL	TEV
00886033	NU-VERAP	NXP
00871028	VERAPAMIL	PDL

ct 120mg Comprimé

00782491	APO-VERAP	APX
02237922	MYLAN-VERAPAMIL	MYL
00812358	NOVO-VERAMIL	TEV
00886041	NU-VERAP	NXP

ct 180mg Comprimé à effet prolongé

02231676	COVERA-HS	PFI
----------	-----------	-----

ct 240mg Comprimé à effet prolongé

02231677	COVERA-HS	PFI
----------	-----------	-----

**24:28.92 ANTAGONISTES DU CALCIUM
DIVERS**

VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE)

ct 120mg Comprimé à libération progressive

02246893	APO-VERAP SR	APX
01907123	ISOPTIN SR	ABB
02210347	MYLAN-VERAPAMIL SR	MYL
02324156	PRO-VERAPAMIL SR	PDL

ct 180mg Comprimé à libération progressive

02246894	APO-VERAP SR	APX
01934317	ISOPTIN SR	ABB
02210355	MYLAN-VERAPAMIL SR	MYL

ct 240mg Comprimé à libération progressive

02246895	APO-VERAP SR	APX
02240321	DOM-VERAPAMIL SR	DPC
00742554	ISOPTIN SR	ABB
02210363	MYLAN-VERAPAMIL SR	MYL
02211920	NOVO-VERAMIL SR	TEV
02249812	NU-VERAP SR	NXP
02238276	PHL-VERAPAMIL SR	PHH
02237791	PMS-VERAPAMIL SR	PMS
02312697	PRO-VERAPAMIL SR	PDL
02248082	RIVA-VERAPAMIL SR	RIV

**24:32.04 INHIBITEURS ENZYME
CONVERSION DE
L'ANGIOTENSINE (IECA)**

BENAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE)

ct 5mg Comprimé

02290332	BENAZEPRIL	AAP
00885835	LOTENSIN	NVR

ct 10mg Comprimé

02290340	BENAZEPRIL	AAP
00885843	LOTENSIN	NVR

ct 20mg Comprimé

02273918	BENAZEPRIL	AAP
00885851	LOTENSIN	NVR

CAPTOPRIL

ct 6.25mg Comprimé

01999559	APO-CAPTO	APX
----------	-----------	-----

ct 12.5mg Comprimé

00893595	APO-CAPTO	APX
02242788	CAPTOPRIL	SOR
02238551	DOM-CAPTOPRIL	DPC
02163551	MYLAN-CAPTOPRIL	MYL
01913824	NU-CAPTO	NXP
01942964	TEVA-CAPTORIL	TEV

ct 25mg Comprimé

00893609	APO-CAPTO	APX
01910337	CAPTOPRIL	PDL
02242789	CAPTOPRIL	SOR
02238552	DOM-CAPTOPRIL	DPC
02163578	MYLAN-CAPTOPRIL	MYL
01913832	NU-CAPTO	NXP
01942972	TEVA-CAPTORIL	TEV

**24:32.04 INHIBITEURS ENZYME
CONVERSION DE
L'ANGIOTENSINE (IECA)**

CAPTOPRIL

ct 50mg Comprimé

00893617	APO-CAPTO	APX
02242790	CAPTOPRIL	SOR
02238553	DOM-CAPTOPRIL	DPC
02163586	MYLAN-CAPTOPRIL	MYL
01913840	NU-CAPTO	NXP
01942980	TEVA-CAPTORIL	TEV

ct 100mg Comprimé

00893625	APO-CAPTO	APX
02242791	CAPTOPRIL	SOR
02238554	DOM-CAPTOPRIL	DPC
02163594	MYLAN-CAPTOPRIL	MYL
01913859	NU-CAPTO	NXP
02230206	PMS-CAPTOPRIL	PMS
01942999	TEVA-CAPTORIL	TEV

CILAZAPRIL

ct 1mg Comprimé

02291134	APO-CILAZAPRIL	APX
02350963	CILAZAPRIL	SAN
02283778	MYLAN-CILAZAPRIL	MYL
02280442	PMS-CILAZAPRIL	PMS
02266350	TEVA-CILAZAPRIL	TEV

ct 2.5mg Comprimé

02291142	APO-CILAZAPRIL	APX
02350971	CILAZAPRIL	SAN
02285215	CO CILAZAPRIL	COB
01911473	INHIBACE	HLR
02283786	MYLAN-CILAZAPRIL	MYL
02280450	PMS-CILAZAPRIL	PMS
02266369	TEVA-CILAZAPRIL	TEV

ct 5mg Comprimé

02291150	APO-CILAZAPRIL	APX
02350998	CILAZAPRIL	SAN
02285223	CO CILAZAPRIL	COB
01911481	INHIBACE	HLR
02283794	MYLAN-CILAZAPRIL	MYL
02280469	PMS-CILAZAPRIL	PMS
02266377	TEVA-CILAZAPRIL	TEV

CILAZAPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 5mg & 12.5mg Comprimé

02284987	APO-CILAZAPRIL HCTZ	APX
02181479	INHIBACE PLUS	HLR
02313731	TEVA-CILAZAPRIL/HCTZ	TEV

**24:32.04 INHIBITEURS ENZYME
CONVERSION DE
L'ANGIOTENSINE (IECA)**

ÉNALAPRIL (MALÉATE D')

ct 2.5mg Comprimé

02020025	APO ENALAPRIL
02291878	CO ENALAPRIL
02300036	MYLAN-ENALAPRIL
02300680	NOVO-ENALAPRIL
02300079	PMS-ENALAPRIL
02311402	PRO-ENALAPRIL
02352230	RAN-ENALAPRIL
02299984	RATIO-ENALAPRIL
02300796	RIVA-ENALAPRIL
02299933	SANDOZ ENALAPRIL
02323478	SIG-ENALAPRIL
02300117	TARO-ENALAPRIL
00851795	VASOTEC

ct 5mg Comprimé

02019884	APO ENALAPRIL
02291886	CO ENALAPRIL
02300044	MYLAN-ENALAPRIL
02233005	NOVO-ENALAPRIL
02300087	PMS-ENALAPRIL
02311410	PRO-ENALAPRIL
02352249	RAN-ENALAPRIL
02299992	RATIO-ENALAPRIL
02300818	RIVA-ENALAPRIL
02299941	SANDOZ ENALAPRIL
02323486	SIG-ENALAPRIL
02300125	TARO-ENALAPRIL
00708879	VASOTEC

ct 10mg Comprimé

02019892	APO ENALAPRIL
02291894	CO ENALAPRIL
02300052	MYLAN-ENALAPRIL
02233006	NOVO-ENALAPRIL
02300095	PMS-ENALAPRIL
02311429	PRO-ENALAPRIL
02352257	RAN-ENALAPRIL
02300001	RATIO-ENALAPRIL
02300826	RIVA-ENALAPRIL
02299968	SANDOZ ENALAPRIL
02323494	SIG-ENALAPRIL
02300133	TARO-ENALAPRIL
00670901	VASOTEC

**24:32.04 INHIBITEURS ENZYME
CONVERSION DE
L'ANGIOTENSINE (IECA)**

ÉNALAPRIL (MALÉATE D')

ct 20mg Comprimé

02019906	APO ENALAPRIL
02291908	CO ENALAPRIL
02300060	MYLAN-ENALAPRIL
02233007	NOVO-ENALAPRIL
02300109	PMS-ENALAPRIL
02311437	PRO-ENALAPRIL
02352265	RAN-ENALAPRIL
02300028	RATIO-ENALAPRIL
02300834	RIVA-ENALAPRIL
02299976	SANDOZ ENALAPRIL
02323508	SIG-ENALAPRIL
02300141	TARO-ENALAPRIL
00670928	VASOTEC

**ÉNALAPRIL (MALÉATE D'),
HYDROCHLOROTHIAZIDE**

ct 5mg & 12.5mg Comprimé

02352923	APO-ENALAPRIL MALEATE/HCTZ
02300222	NOVO-ENALAPRIL/HCTZ
02352931	APO-ENALAPRIL MALEATE/HCTZ
02300230	NOVO-ENALAPRIL/HCTZ
00657298	VASERETIC

FOSINOPRIL 10MG COMP

ct 10mg Comprimé

02332566	FOSINOPRIL
----------	------------

FOSINOPRIL SODIQUE

ct 10mg Comprimé

02266008	APO-FOSINOPRIL
02303000	FOSINOPRIL
01907107	MONOPRIL
02262401	MYLAN-FOSINOPRIL
02247802	NOVO-FOSINOPRIL
02255944	PMS-FOSINOPRIL
02294524	RAN-FOSINOPRIL
02265923	RIVA-FOSINOPRIL

ct 20mg Comprimé

02266016	APO-FOSINOPRIL
02303019	FOSINOPRIL
01907115	MONOPRIL
02262428	MYLAN-FOSINOPRIL
02247803	NOVO-FOSINOPRIL
02255952	PMS-FOSINOPRIL
02294532	RAN-FOSINOPRIL
02265931	RIVA-FOSINOPRIL

FOSINOPRIL SODIUM

ct 10mg Comprimé

02331004	JAMP-FOSINOPRIL
----------	-----------------

**24:32.04 INHIBITEURS ENZYME
CONVERSION DE
L'ANGIOTENSINE (IECA)**

FOSINOPRIL SODIUM

ct 20mg Comprimé

02332574	FOSINOPRIL	RBY
02331012	JAMP-FOSINOPRIL	JMP

LISINOPRIL

ct 5mg Comprimé

09853685	APO-LISINOPRIL	APX	*
02217481	APO-LISINOPRIL (TYPE Z)	APX	
02271443	CO LISINOPRIL	COB	
02274833	MYLAN-LISINOPRIL	MYL	
02285061	NOVO-LISINOPRIL (TYPE P)	TEV	
02285118	NOVO-LISINOPRIL (TYPE Z)	TEV	
02292203	PMS-LISINOPRIL	PMS	
00839388	PRINIVIL	FRS	
02310961	PRO-LISINOPRIL	PDL	
02294230	RAN-LISINOPRIL	RYB	
02256797	RATIO-LISINOPRIL P	RPH	
02299879	RATIO-LISINOPRIL Z	RPH	
02300958	RIVA-LISINOPRIL	RIV	
02289199	SANDOZ LISINOPRIL	SDZ	
02049333	ZESTRIL	AZC	

ct 10mg Comprimé

09853960	APO-LISINOPRIL	APX	*
02217503	APO-LISINOPRIL (TYPE Z)	APX	
02271451	CO LISINOPRIL	COB	
02274841	MYLAN-LISINOPRIL	MYL	
02285088	NOVO-LISINOPRIL (TYPE P)	TEV	
02285126	NOVO-LISINOPRIL (TYPE Z)	TEV	
02292211	PMS-LISINOPRIL	PMS	
00839396	PRINIVIL	FRS	
02310988	PRO-LISINOPRIL	PDL	
02294249	RAN-LISINOPRIL	RYB	
02256800	RATIO-LISINOPRIL P	RPH	
02299887	RATIO-LISINOPRIL Z	RPH	
02300982	RIVA-LISINOPRIL	RIV	
02289202	SANDOZ-LISINOPRIL	SDZ	
02049376	ZESTRIL	AZC	

ct 20mg Comprimé

09854010	APO-LISINOPRIL	APX	*
02217511	APO-LISINOPRIL (TYPE Z)	APX	
02271478	CO LISINOPRIL	COB	
02274868	MYLAN-LISINOPRIL	MYL	
02285096	NOVO-LISINOPRIL (TYPE P)	TEV	
02285134	NOVO-LISINOPRIL (TYPE Z)	TEV	
02292238	PMS-LISINOPRIL	PMS	
00839418	PRINIVIL	FRS	
02310996	PRO-LISINOPRIL	PDL	
02294257	RAN-LISINOPRIL	RYB	
02256819	RATIO-LISINOPRIL P	RPH	
02299895	RATIO-LISINOPRIL Z	RPH	
02300990	RIVA-LISINOPRIL	RIV	
02289229	SANDOZ LISINOPRIL	SDZ	
02049384	ZESTRIL	AZC	

**24:32.04 INHIBITEURS ENZYME
CONVERSION DE
L'ANGIOTENSINE (IECA)**

LISINOPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 10mg & 12.5mg Comprimé

02261979	APO-LISINOPRIL/HCTZ	APX
02362945	LISINOPRIL/HCTZ (Z)	SAN
02297736	MYLAN-LISINOPRIL HCTZ	MYL
02108194	PRINZIDE	FRS
02302365	SANDOZ LISINOPRIL HCT	SDZ
02302136	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P)	TEV
02301768	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	TEV
02103729	ZESTORETIC	AZC

ct 20mg & 12.5mg Comprimé

02261987	APO-LISINOPRIL/HCTZ	APX
02362953	LISINOPRIL/HCTZ (Z)	SAN
02297744	MYLAN-LISINOPRIL HCTZ	MYL
00884413	PRINZIDE	FRS
02302373	SANDOZ LISINOPRIL HCT	SDZ
02302144	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P)	TEV
02301776	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	TEV
02045737	ZESTORETIC	AZC

PERINDOPRIL ERBUMINE

ct 2mg Comprimé

02123274	COVERSYL	SEV
----------	----------	-----

ct 4mg Comprimé

02123282	COVERSYL	SEV
----------	----------	-----

ct 8mg Comprimé

02246624	COVERSYL	SEV
----------	----------	-----

PERINDOPRIL ERBUMINE, INDAPAMIDE

ct 4mg & 1.25mg Comprimé

02246569	COVERSYL PLUS	SEV
----------	---------------	-----

PERINDOPRIL ERBUMINE, INDAPAMIDE

ct 8mg & 2.5mg Comprimé

02321653	COVERSYL PLUS HD	SEV
----------	------------------	-----

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE)

ct 5mg Comprimé

01947664	ACCUPRIL	PFI
----------	----------	-----

ct 10mg Comprimé

01947672	ACCUPRIL	PFI
----------	----------	-----

**24:32.04 INHIBITEURS ENZYME
CONVERSION DE
L'ANGIOTENSINE (IECA)**

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE)

ct 20mg Comprimé

01947680 ACCUPRIL

PFI

ct 40mg Comprimé

01947699 ACCUPRIL

PFI

**QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE),
HYDROCHLOROTHIAZIDE**

ct 10mg & 12.5mg Comprimé

02237367 ACCURETIC

PFI

ct 20mg & 12.5mg Comprimé

02237368 ACCURETIC

PFI

ct 20mg & 25mg Comprimé

02237369 ACCURETIC

PFI

RAMIPRIL

ct 1.25mg Capsule

02221829 ALTACE

SAC

02251515 APO-RAMIPRIL

APX

02295482 CO RAMIPRIL

COB

02308371 DOM-RAMIPRIL

DPC

02331101 JAMP-RAMIPRIL

JMP

02301148 MYLAN-RAMIPRIL

MYL

02295369 PMS-RAMIPRIL

PMS

02299372 RAMIPRIL

RIV

02310503 RAN RAMIPRIL

RYB

02287692 RATIO-RAMIPRIL

RPH

ct 2.5mg Capsule

02221837 ALTACE

SAC

02251531 APO-RAMIPRIL

APX

02295490 CO RAMIPRIL

COB

02287951 DOM-RAMIPRIL

DPC

02331128 JAMP-RAMIPRIL

JMP

02301156 MYLAN-RAMIPRIL

MYL

02247945 NOVO-RAMIPRIL

TEV

02247917 PMS-RAMIPRIL

PMS

02255316 RAMIPRIL

RIV

02374846 RAMIPRIL

SAN

02310511 RAN RAMIPRIL

RYB

02287706 RATIO-RAMIPRIL

RPH

ct 5mg Capsule

02221845 ALTACE

SAC

02251574 APO-RAMIPRIL

APX

02295504 CO RAMIPRIL

COB

02287978 DOM-RAMIPRIL

DPC

02331136 JAMP-RAMIPRIL

JMP

02301164 MYLAN-RAMIPRIL

MYL

02247946 NOVO-RAMIPRIL

TEV

02247918 PMS-RAMIPRIL

PMS

02255324 RAMIPRIL

PMS

02374854 RAMIPRIL

SAN

02310538 RAN RAMIPRIL

RYB

**24:32.04 INHIBITEURS ENZYME
CONVERSION DE
L'ANGIOTENSINE (IECA)**

RAMIPRIL

ct 10mg Capsule

02221853	ALTACE	SAC
02251582	APO-RAMIPRIL	APX
02295512	CO RAMIPRIL	COB
02287986	DOM-RAMIPRIL	DPC
02331144	JAMP-RAMIPRIL	JMP
02301172	MYLAN-RAMIPRIL	MYL
02247947	NOVO-RAMIPRIL	TEV
02247919	PMS-RAMIPRIL	PMS
02255332	RAMIPRIL	PMS
02374862	RAMIPRIL	SAN
02310546	RAN RAMIPRIL	RYB

ct 15mg Capsule

02325381	APO-RAMIPRIL	APX
02343932	PMS-RAMIPRIL	PMS

ct 1.25mg Comprimé

02291398	SANDOZ RAMIPRIL	SDZ
----------	-----------------	-----

ct 2.5mg Comprimé

02291401	SANDOZ RAMIPRIL	SDZ
----------	-----------------	-----

ct 5mg Comprimé

02291428	SANDOZ RAMIPRIL	SDZ
----------	-----------------	-----

ct 10mg Comprimé

02291436	SANDOZ RAMIPRIL	SDZ
----------	-----------------	-----

RAMIPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 2.5mg & 12.5mg Comprimé

02283131	ALTACE HCT	SAC
02342138	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS

ct 5mg & 12.5mg Comprimé

02283158	ALTACE HCT	SAC
02342146	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS

ct 5mg & 25mg Comprimé

02283174	ALTACE HCT	SAC
02342162	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS

ct 10mg & 12.5mg Comprimé

02283166	ALTACE HCT	SAC
02342154	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS

ct 10mg & 25mg Comprimé

02283182	ALTACE HCT	SAC
02342170	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS

TRANDOLAPRIL

ct 0.5mg Capsule

02231457	MAVIK	ABB
----------	-------	-----

ct 1mg Capsule

02231459	MAVIK	ABB
----------	-------	-----

ct 2mg Capsule

02231460	MAVIK	ABB
----------	-------	-----

ct 4mg Capsule

02239267	MAVIK	ABB
----------	-------	-----

**24:32.08 ANTAGONISTES DES
RÉCEPTEURS DE
L'ANGIOTENSINE II**

CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE)

ct 4mg Comprimé

02365340	APO-CANDESARTAN	APX
02239090	ATACAND	AZC
02326957	SANDOZ CANDESARTAN	SDZ

ct 8mg Comprimé

02365359	APO-CANDESARTAN	APX
02239091	ATACAND	AZC
02326965	SANDOZ CANDESARTAN	SDZ

ct 16mg Comprimé

02365367	APO-CANDESARTAN	APX
02239092	ATACAND	AZC
02326973	SANDOZ CANDESARTAN	SDZ

ct 32mg Comprimé

02311658	ATACAND	AZC
----------	---------	-----

**CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE),
HYDROCHLOROTHIAZIDE**

ct 16mg & 12.5mg Comprimé

02244021	ATACAND PLUS	AZC
----------	--------------	-----

ct 32mg & 12.5mg Comprimé

02332922	ATACAND PLUS	AZC
----------	--------------	-----

ct 32mg & 25mg Comprimé

02332957	ATACAND PLUS	AZC
----------	--------------	-----

ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D')

ct 400mg Comprimé

02240432	TEVETEN	SPH
----------	---------	-----

ct 600mg Comprimé

02243942	TEVETEN	SPH
----------	---------	-----

**ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D'),
HYDROCHLOROTHIAZIDE**

ct 600mg & 12.5mg Comprimé

02253631	TEVETEN PLUS	SPH
----------	--------------	-----

IRBESARTAN

ct 75mg Comprimé

02237923	AVAPRO	SAC
02328070	CO IRBESARTAN	COB
02365197	IRBESARTAN	PDL
02372347	IRBESARTAN	SAN
02347296	MYLAN-IRBESARTAN	MYL
02317060	PMS-IRBESARTAN	PMS
02316390	RATIO-IRBESARTAN	RPH
02328461	SANDOZ IRBESARTAN	SDZ
02315971	TEVA-IRBESARTAN	TEV

**24:32.08 ANTAGONISTES DES
RÉCEPTEURS DE
L'ANGIOTENSINE II**

IRBESARTAN

ct 150mg Comprimé

02237924	AVAPRO	SAC
02328089	CO IRBESARTAN	COB
02365200	IRBESARTAN	PDL
02372371	IRBESARTAN	SAN
02347318	MYLAN-IRBESARTAN	MYL
02317079	PMS-IRBESARTAN	PMS
02316404	RATIO-IRBESARTAN	RPH
02328488	SANDOZ IRBESARTAN	SDZ
02315998	TEVA-IRBESARTAN	TEV

ct 300mg Comprimé

02237925	AVAPRO	SAC
02328100	CO IRBESARTAN	COB
02365219	IRBESARTAN	PDL
02372398	IRBESARTAN	SAN
02347326	MYLAN-IRBESARTAN	MYL
02317087	PMS-IRBESARTAN	PMS
02316412	RATIO-IRBESARTAN	RPH
02328496	SANDOZ IRBESARTAN	SDZ
02316005	TEVA-IRBESARTAN	TEV

IRBESARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 150mg & 12.5mg Comprimé

02241818	AVALIDE	SAC
----------	---------	-----

ct 300mg & 12.5mg Comprimé

02241819	AVALIDE	SAC
----------	---------	-----

IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 150mg & 12.5mg Comprimé

02357399	CO IRBESARTAN/HCT	COB
----------	-------------------	-----

02365162	IRBESARTAN/HCTZ	PDL
----------	-----------------	-----

02372886	IRBESARTAN/HCTZ	SAN
----------	-----------------	-----

02328518	PMS-IRBESARTAN/HCT	PMS
----------	--------------------	-----

02363208	RAN-IRBESARTAN HCTZ	RYB
----------	---------------------	-----

02330512	RATIO-IRBESART/HCT	RPH
----------	--------------------	-----

02337428	SANDOZ IRBESART/HCT	SDZ
----------	---------------------	-----

02316013	TEVA-IRBESARTAN/HCT	TEV
----------	---------------------	-----

ct 300mg & 12.5mg Comprimé

02357402	CO IRBESARTAN/HCT	COB
----------	-------------------	-----

02365170	IRBESARTAN/HCTZ	PDL
----------	-----------------	-----

02372894	IRBESARTAN/HCTZ	SAN
----------	-----------------	-----

02328526	PMS-IRBESARTAN/HCT	PMS
----------	--------------------	-----

02363216	RAN-IRBESARTAN HCTZ	RYB
----------	---------------------	-----

02330520	RATIO-IRBESART/HCT	RPH
----------	--------------------	-----

02337436	SANDOZ IRBESART/HCT	SDZ
----------	---------------------	-----

02316021	TEVA-IRBESARTAN/HCT	TEV
----------	---------------------	-----

**24:32.08 ANTAGONISTES DES
RÉCEPTEURS DE
L'ANGIOTENSINE II**

IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 300mg & 25mg Comprimé

02357410	CO IRBESARTAN/HCT	COB
02365189	IRBESARTAN/HCTZ	PDL
02372908	IRBESARTAN/HCTZ	SAN
02328534	PMS-IRBESARTAN/HCT	PMS
02363224	RAN-IRBESARTAN HCTZ	RBY
02330539	RATIO-IRBESART/HCT	RPH
02337444	SANDOZ IRBESART/HCT	SDZ
02316048	TEVA-IRBESARTAN/HCT	TEV

LOSARTAN POTASSIQUE

ct 25mg Comprimé

02182815	COZAAR
----------	--------

FRS

ct 50mg Comprimé

02182874	COZAAR
----------	--------

FRS

ct 100mg Comprimé

02182882	COZAAR
----------	--------

FRS

**LOSARTAN POTASSIQUE,
HYDROCHLOROTHIAZIDE**

ct 50mg & 12.5mg Comprimé

02230047	HYZAAR
----------	--------

FRS

ct 100mg & 12.5mg Comprimé

02297841	HYZAAR
----------	--------

FRS

ct 100mg & 25mg Comprimé

02241007	HYZAAR DS
----------	-----------

FRS

OLMESARTAN MEDOXOMIL

ct 20mg Comprimé

02318660	OLMETEC
----------	---------

SCH

ct 40mg Comprimé

02318679	OLMETEC
----------	---------

SCH

**OLMESARTAN MEDOXOMIL,
HYDROCHLORTIAZIDE**

ct 20mg/12.5mg Comprimé

02319616	OLMETEC PLUS
----------	--------------

SCH

ct 40mg/12.5mg Comprimé

02319624	OLMETEC PLUS
----------	--------------

SCH

ct 40mg/25mg Comprimé

02319632	OLMETEC PLUS
----------	--------------

SCH

TELMISARTAN

ct 40mg Comprimé

02240769	MICARDIS
----------	----------

BOE

ct 80mg Comprimé

02240770	MICARDIS
----------	----------

BOE

TELMISARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 80mg & 12.5mg Comprimé

02244344	MICARDIS PLUS
----------	---------------

BOE

ct 80mg & 25mg Comprimé

02318709	MICARDIS PLUS
----------	---------------

BOE

**24:32.08 ANTAGONISTES DES
RÉCEPTEURS DE
L'ANGIOTENSINE II**

VALSARTAN

ct 80mg Capsule

02236808	DIOVAN
----------	--------

NVR

ct 40mg Comprimé

02371510	APO-VALSARTAN
----------	---------------

APX
COB
NVR

02337487	CO VALSARTAN
----------	--------------

02270528	DIOVAN
----------	--------

RBY

02363062	RAN-VALSARTAN
----------	---------------

SDZ

02356740	SANDOZ VALSARTAN
----------	------------------

TEV

02356643	TEVA-VALSARTAN
----------	----------------

PDL

02367726	VALSARTAN
----------	-----------

PDL

ct 80mg Comprimé

02371529	APO-VALSARTAN
----------	---------------

APX

02337495	CO VALSARTAN
----------	--------------

COB

02244781	DIOVAN
----------	--------

NVR

02363100	RAN-VALSARTAN
----------	---------------

RBY

02356759	SANDOZ VALSARTAN
----------	------------------

SDZ

02356651	TEVA-VALSARTAN
----------	----------------

TEV

02367734	VALSARTAN
----------	-----------

PDL

ct 160mg Comprimé

02371537	APO-VALSARTAN
----------	---------------

APX

02337509	CO VALSARTAN
----------	--------------

COB

02244782	DIOVAN
----------	--------

NVR

02363119	RAN-VALSARTAN
----------	---------------

RBY

02356767	SANDOZ VALSARTAN
----------	------------------

SDZ

02356678	TEVA-VALSARTAN
----------	----------------

TEV

02367742	VALSARTAN
----------	-----------

PDL

ct 320mg Comprimé

02371545	APO-VALSARTAN
----------	---------------

APX

02337517	CO VALSARTAN
----------	--------------

COB

02289504	DIOVAN
----------	--------

NVR

02356775	SANDOZ VALSARTAN
----------	------------------

SDZ

02356686	TEVA-VALSARTAN
----------	----------------

TEV

02367750	VALSARTAN
----------	-----------

PDL

VALSARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 80mg & 12.5mg Comprimé

02241900	DIOVAN-HCT
----------	------------

NVR

02373734	MYLAN-VALSARTAN HCTZ
----------	----------------------

MYL

02356694	SANDOZ VALSARTAN HCT
----------	----------------------

SDZ

02356996	TEVA-VALSARTAN/HCTZ
----------	---------------------

TEV

02367769	VALSARTAN-HCTZ
----------	----------------

PDL

ct 160mg & 12.5mg Comprimé

02241901	DIOVAN-HCT
----------	------------

APR

02373742	MYLAN-VALSARTAN HCTZ

<tbl_r cells="2" ix="1" maxcspan

**24:32.08 ANTAGONISTES DES
RÉCEPTEURS DE
L'ANGIOTENSINE II**

VALSARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 160mg & 25mg Comprimé

02246955	DIOVAN-HCT	NVR
02373750	MYLAN-VALSARTAN HCTZ	MYL
02356716	SANDOZ VALSARTAN HCT	SDZ
02357011	TEVA-VALSARTAN/HCTZ	TEV
02367785	VALSARTAN-HCTZ	PDL

ct 320mg & 12.5mg Comprimé

02308908	DIOVAN-HCT	NVR
02373769	MYLAN-VALSARTAN HCTZ	MYL
02356724	SANDOZ VALSARTAN HCT	SDZ
02357038	TEVA-VALSARTAN/HCTZ	TEV

ct 320mg & 25mg Comprimé

02308916	DIOVAN-HCT	NVR
02373777	MYLAN-VALSARTAN HCTZ	MYL
02356732	SANDOZ VALSARTAN HCT	SDZ
02357046	TEVA-VALSARTAN/HCTZ	TEV

**24:32.20 ANTAGONISTES DU RÉCEPTEUR
MINÉRALOCORTICOÏDE
(ALDOSTÉRONE)**

SPIRONOLACTONE

ct 25mg Comprimé

00028606	ALDACTONE	PFI
00613215	NOVO-SPIROTON	TEV

ct 100mg Comprimé

00285455	ALDACTONE	PFI
00613223	NOVO-SPIROTON	TEV

SPIRONOLACTONE, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ct 25mg & 25mg Comprimé

00180408	ALDACTAZIDE-25	PFI
00613231	NOVO-SPIROZINE-25	TEV

ct 50mg & 50mg Comprimé

00594377	ALDACTAZIDE-50	PFI
00657182	NOVO-SPIROZINE-50	TEV

**28:00 MÉDICAMENTS DE SYSTÈME
NERVEUX CENTRAL**

**28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON
STÉROIDIENS**

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

ct 80mg Comprimé

02150352	ASPIRIN	BCD
02202360	RIVASA	RIV

ct 325mg Comprimé

00036145	AAS	PED
00230324	AAS	TEV
00530336	AAS	VTH *
00472468	APO-ASA	APX
02150328	ASPIRIN	BCD

80mg Comprimé à croquer

02321750	ASA	SOR
02009013	ASAPHEN	PMS
02280167	ASATAB	ODN
02250675	EURO-ASA	EUR
02269139	JAMP-AAS	JMP
02202352	RIVASA	RIV

ct 80mg Comprimé à libération retardée

02283905	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	JMP
02321769	ASA EC	SOR
02238545	ASAPHEN EC	PMS
02311496	PRO-AAS	PRO
02311518	PRO-AAS	PRO

ct 81mg Comprimé à libération retardée

02242281	ENTROPHEN EC	PED
02283700	PRAXIS ASA EC	PMS

ct 162mg Comprimé à libération retardée

02247550	ASAPHEN EC	PMS
----------	------------	-----

ct 325mg Comprimé à libération retardée

02010526	AAS	VTH
02352427	ASATAB EC	ODN
02150417	ASPIRIN	BCD
02050161	ENTROPHEN	WAM
00010332	ENTROPHEN-5	WAM
02284529	PMS-ASA EC	PMS
02285371	PMS-ASA EC	PMS

ct 650mg Comprimé à libération retardée

00794244	AAS	WSB
02352435	ASATAB EC 650	ODN
02284537	PMS-ASA EC	PMS

ct 81mg Comprimé entérosoluble

02243101	AAS	PMS
02244993	AAS	PMS
02237726	ASPIRIN	BCD
02243801	EQUATE DAILY LOW-DOSE	PMS

ct 325mg Comprimé entérosoluble

00510696	APO-ASEN ECT	APX
00216666	NOVASEN	TEV

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE
650mg Comprimé entérosoluble

02046261	AAS	FRS
00472476	ASA	APX
00010340	ENTROPHEN-10	FRS
01905392	ENTROPHEN-10	FRS
00229296	NOVASEN	TEV

150mg Suppositoire

00785547	PMS-ASA	PMS
----------	---------	-----

650mg Suppositoire

00582867	AAS	JNO
----------	-----	-----

ACIDE MÉFÉNAMIQUE
250mg Capsule

02237826	DOM-MEFENAMIC ACID	DPC
02229452	MEFENAMIC	AAP
02229569	NU-MEFENAMIC	NXP

ACIDE TIAPROFÉNIQUE
200mg Comprimé

02179679	NOVO-TIAPROFENIC	TEV
02230827	PMS-TIAPROFENIC	PMS

300mg Comprimé

02136120	APO-TIAPROFENIC	APX
02231060	DOM-TIAPROFENIC	DPC
02179687	NOVO-TIAPROFENIC	TEV
02146886	NU-TIAPROFENIC	NXP

CÉLÉCOXIB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients souffrant d'arthrose, non soulagés avec l'acétaminophène et qui :

- a. - n'ont pas eu de bons résultats après essai d'au moins deux AINS de la liste, ou
- b. - ont subi un effet secondaire attribuable à deux AINS de la liste, ou
- c. - ont présenté des antécédents de complications gastro-intestinales sérieuses, comme des saignements ou une perforation.

Pour les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde qui:

- a. - n'ont pas eu de bons résultats après essai d'au moins deux AINS de la liste, ou
- b. - ont subi un effet secondaire attribuable à deux AINS de la liste, ou
- c. - ont présenté des antécédents de complications gastro-intestinales sérieuses, comme des saignements ou une perforation.

100mg Capsule

02239941	CELEBREX	PFI
----------	----------	-----

200mg Capsule

02239942	CELEBREX	PFI
----------	----------	-----

DICLOFENAC SODIQUE
50mg Suppositoire

02261928	SANDOZ-DICLOFENAC	SDZ
----------	-------------------	-----

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS
DICLOFENAC SODIQUE
100mg Suppositoire

02261936	SANDOZ-DICLOFENAC	SDZ
----------	-------------------	-----

DICLOFÉNAC SODIQUE
75mg Comprimé à libération progressive

02352400	DICLOFENAC SR	SAN
02224119	DICLOFENAC-SR	PDL
02231664	DOM-DICLOFENAC SR	DPC
02228203	NU-DICLO SR	NXP
02231504	PMS-DICLOFENAC SR	PMS
02261901	SANDOZ-DICLOFENAC SR	SDZ
02158582	TEVA-DICLOFENAC SR	TEV
00782459	VOLTAREN SR	NVR

100mg Comprimé à libération progressive

02091194	APO-DICLO SR	APX
02224127	DICLOFENAC-SR	PDL
02228211	NU-DICLO SR	NXP
02231505	PMS-DICLOFENAC SR	PMS
02261944	SANDOZ-DICLOFENAC SR	SDZ
02048698	TEVA-DICLOFENAC SR	TEV
00590827	VOLTAREN SR	NVR

25mg Comprimé entérosoluble

00839175	APO-DICLO	APX
02231662	DOM-DICLOFENAC	DPC
00886017	NU-DICLO	NXP
02231502	PMS-DICLOFENAC	PMS
02261952	SANDOZ-DICLOFENAC	SDZ
00808539	TEVA-DICLOFENAC	TEV

50mg Comprimé entérosoluble

00839183	APO-DICLO	APX
02352397	DICLOFENAC EC	SAN
00870978	DICLOFENAC-50	PDL
02231663	DOM-DICLOFENAC	DPC
00886025	NU-DICLO	NXP
02231503	PMS-DICLOFENAC	PMS
02261960	SANDOZ-DICLOFENAC	SDZ
00808547	TEVA-DICLOFENAC	TEV
00514012	VOLTAREN	NVR

50mg Suppositoire

02231506	PMS-DICLOFENAC	PMS
00632724	VOLTAREN	NVR

100mg Suppositoire

02231508	PMS-DICLOFENAC	PMS
00632732	VOLTAREN	NVR

DICLOFÉNAC SODIQUE, MISOPROSTOL
50mg & 200mcg Comprimé

01917056	ARTHROTEC	PFI
----------	-----------	-----

75mg & 200mcg Comprimé

02229837	ARTHROTEC	PFI
----------	-----------	-----

DICLOFENAC SODIUM
25mg Comprimé à libération retardée

02302616	PMS-DICLOFENAC	PMS
----------	----------------	-----

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS**DICLOFENAC SODIUM****50mg Comprimé à libération retardée**

02302624 PMS-DICLOFENAC

PMS

DIFLUNISAL**250mg Comprimé**

02039486 APO-DIFLUNISAL

APX

02048493 TEVA-DIFLUNISAL

TEV

500mg Comprimé

02039494 APO-DIFLUNISAL

APX

02058413 NU-DIFLUNISAL

NXP

FLURBIPROFÈNE**50mg Comprimé**

01912046 APO-FLURBIPROFEN

APX

02100509 NOVO-FLURPROFEN

TEV

02020661 NU-FLURBIPROFEN

NXP

100mg Comprimé

01912038 APO-FLURBIPROFEN

APX

02100517 NOVO-FLURPROFEN

TEV

02020688 NU-FLURBIPROFEN

NXP

IBUPROFEN**200mg Capsule**

02281384 IBUPROFEN

APX

400mg Capsule

02310880 IBUPROFEN

APX

IBUPROFÈNE**200mg Capsule**

02241769 ADVIL LIQUI-GEL

WRI

400mg Capsule

02248231 ADVIL LIQUI-GEL

WAY

100mg Comprimé

02240527 MOTRIN JUNIOR

MCL

200mg Comprimé

01933558 ADVIL

WRI

00441643 APO-IBUPROFEN

APX

02257912 IBUPROFEN

PMT

02272849 IBUPROFEN

VTH

02186934 MOTRIN

MCL

300mg Comprimé

00441651 APO-IBUPROFEN

APX

02020696 NU-IBUPROFEN

NXP

400mg Comprimé

00506052 APO-IBUPROFEN

APX

00636533 IBUPROFEN

PDL

02317338 JAMP IBUPROFEN

JMP

02020718 NU-IBUPROFEN

NXP

00836133 PMS-IBUPROFEN

PMS

600mg Comprimé

00585114 APO-IBUPROFEN

APX

00658804 IBUPROFEN

PDL

00629359 NOVO-PROFEN

TEV

02020726 NU-IBUPROFEN

NXP

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS**IBUPROFÈNE****100mg Comprimé à croquer**

02246403 ADVIL JUNIOR

WRI

40mg/mL Gouttes

02242522 ADVIL PEDIATRIQUE

WRI

02238626 MOTRIN POUR ENFANTS

MCL

20mg/mL Liquide orale

02232297 ADVIL POUR ENFANTS

WRI

02242365 MOTRIN POUR ENFANTS

JNO

INDOMÉTHACINE**25mg Capsule**

00611158 APO-INDOMETHACIN

APX

00337420 NOVO-METHACIN

TEV

00865850 NU-INDO

NXP

00646261 PRO-INDO

PDL

50mg Capsule

00611166 APO-INDOMETHACIN

APX

00337439 NOVO-METHACIN

TEV

00865869 NU-INDO

NXP

00646288 PRO-INDO

PDL

KÉTOPROFÈNE**50mg Capsule**

00790427 KETOPROFEN

AAP

02044633 NU-KETOPROFEN

NXP

02150808 PMS-KETOPROFEN

PMS

200mg Comprimé à libération progressive

02172577 KETOPROFEN SR

AAP

50mg Comprimé entérosoluble

00790435 KETOPROFEN-E

AAP

02150816 PMS-KETOPROFEN

PMS

100mg Comprimé entérosoluble

00842664 KETOPROFEN-E

AAP

02150824 PMS-KETOPROFEN

PMS

100mg Suppositoire

02015951 PMS-KETOPROFEN

PMS

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS**MÉLOXICAM****7.5mg Comprimé**

02248973	APO-MELOXICAM	APX
02250012	CO MELOXICAM	COB
02248605	DOM-MELOXICAM	DPC
02324326	MELOXICAM	PDL
02353148	MELOXICAM	SAN
02242785	MOBICOX	BOE
02255987	MYLAN-MELOXICAM	MYL
02258315	NOVO-MELOXICAM	TEV
02248607	PHL-MELOXICAM	PHH
02248267	PMS-MELOXICAM	PMS
02247889	RATIO-MELOXICAM	RPH

15mg Comprimé

02248974	APO-MELOXICAM	APX
02250020	CO MELOXICAM	COB
02248606	DOM-MELOXICAM	DPC
02353156	MELOXICAM	SAN
02242786	MOBICOX	BOE
02255995	MYLAN-MELOXICAM	MYL
02258323	NOVO-MELOXICAM	TEV
02248608	PHL-MELOXICAM	PHH
02248268	PMS-MELOXICAM	PMS
02248031	RATIO-MELOXICAM	RPH

NAPROXEN**125mg Comprimé**

00522678	APO-NAPROXEN	APX
00865621	NU-NAPROX	NXP

250mg Comprimé

00522651	APO-NAPROXEN	APX
00590762	NAPROXEN	PDL
02350750	NAPROXEN	SAN
00565350	NOVO-NAPROX	TEV
00865648	NU-NAPROX	NXP
02240786	RIVA-NAPROXEN	RIV

375mg Comprimé

00600806	APO-NAPROXEN	APX
02243432	MYLAN-NAPROXEN	MYL
00655686	NAPROXEN	PDL
02350769	NAPROXEN	SAN
00627097	NOVO-NAPROX	TEV
00865656	NU-NAPROX	NXP
02240787	RIVA-NAPROXEN	RIV

500mg Comprimé

00592277	APO-NAPROXEN	APX
00618721	NAPROXEN	PDL
02350777	NAPROXEN	SAN
00589861	NOVO-NAPROX	TEV
00865664	NU-NAPROX	NXP
02240788	RIVA-NAPROXEN	RIV

750mg Comprimé à libération progressive

02162466	NAPROSYN SR	HLR
----------	-------------	-----

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS**NAPROXEN****250mg Comprimé entérosoluble**

02246699	APO-NAPROXEN EC	APX
02162792	NAPROSYN E	HLR
02350785	NAPROXEN EC	SAN
02243312	NOVO-NAPROX	TEV
02246700	APO-NAPROXEN EC	APX
02162415	NAPROSYN E	HLR
02350793	NAPROXEN EC	SAN
02243313	NOVO-NAPROX	TEV
02294702	PMS-NAPROXEN EC	PMS
02310945	PRO-NAPROXEN EC	PDL

375mg Comprimé entérosoluble

02246700	APO-NAPROXEN EC	APX
02162423	NAPROSYN E	HLR
02243314	NOVO-NAPROX	TEV
02294710	PMS-NAPROXEN EC	PMS
02310953	PRO-NAPROXEN EC	PDL

500mg Comprimé entérosoluble

02246701	APO-NAPROXEN EC	APX
02241024	MYLAN-NAPROXEN EC	MYL
02162423	NAPROSYN E	HLR
02243314	NOVO-NAPROX	TEV
02294710	PMS-NAPROXEN EC	PMS
02310953	PRO-NAPROXEN EC	PDL
02162431	NAPROSYN	HLR

NAPROXEN SODIQUE**275mg Comprimé**

02162725	ANAPROX	HLR
00784354	APO-NAPROX NA	APX
00887056	NAPROXEN NA	PDL
02351013	NAPROXEN SODIQUE	SAN
00778389	NOVO-NAPROX SODIUM	TEV

550mg Comprimé

02162717	ANAPROX DS	HLR
01940309	APO-NAPROX NA DS	APX
02153386	NAPROXEN-NA DF	PDL
02026600	NOVO-NAPROX SODIUM DS	TEV
02240828	RIVA-NAPROXEN SODIQUE	RIV

PIROXICAM**10mg Capsule**

00642886	APO-PIROXICAM	APX
00865761	NU-PIROX	NXP
00836249	PMS-PIROXICAM	PMS

20mg Capsule

00642894	APO-PIROXICAM	APX
02239536	DOM-PIROXICAM	DPC

10mg Comprimé

00695718	NOVO-PIROCAMP	TEV
----------	---------------	-----

20mg Comprimé

00695696	NOVO-PIROCAMP	TEV
----------	---------------	-----

10mg Suppositoire

02154420	PMS-PIROXICAM	PMS
----------	---------------	-----

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS**PIROXICAM****20mg Suppositoire**

02154463 PMS-PIROXICAM

PMS

SULINDAC**150mg Comprimé**

00778354 APO-SULIN

APX

00745588 NOVO-SUNDAC

TEV

02042576 NU-SULINDAC

NXP

200mg Comprimé

00778362 APO-SULIN

APX

00745596 NOVO-SUNDAC

TEV

02042584 NU-SULINDAC

NXP

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**ACÉTAMINOPHÈNE, CAFÉINE (CITRATE DE), CODÉINE (PHOSPHATE DE)****300mg & 15mg & 15mg Comprimé**

00706515 PMS-ACET 2

PMS

00653241 RATIO-LENOLTEC NO.2

RPH

02163934 TYLENOL AVEC CODÉINE
NO.2

JNO

300mg & 15mg & 30mg Comprimé

00653276 RATIO-LENOLTEC NO.3

RPH

02163926 TYLENOL AVEC CODÉINE
NO.3

JNO

300mg & 30mg & 15mg Comprimé

02232388 EXDOL-15

PED

300mg & 30mg & 30mg Comprimé

02232389 EXDOL-30

PED

325mg & 30mg & 15mg Comprimé

00293504 ATASOL-15

HOR

325mg & 30mg & 30mg Comprimé

00293512 ATASOL-30

HOR

ACÉTAMINOPHÈNE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)**300mg & 30mg Comprimé**

01999648 ACET CODEINE 30

PMS

02232658 PROCET-30

PDL

00608882 RATIO-EMTEC-30

RPH

00789828 TRIATEC-30

TRI

300mg & 60mg Comprimé

00621463 LENOLTEC NO.4

RPH

02163918 TYLENOL AVEC CODÉINE
NO.4

JNO

32mg & 1.6mg/mL Élixir

00816027 PMS-ACETAMINOPHEN

PMS

AVEC CODÉINE

02163942 TYLENOL AVEC CODÉINE

JNO

ACÉTAMINOPHÈNE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')**325mg & 2.5mg Comprimé**

01916491 PERCOSET DEMI

BMS

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**ACÉTAMINOPHÈNE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')****325mg & 5mg Comprimé**

02324628 APO-OXYCODONE/ACET APX

01916548 ENDOCET EDM

02361361 OXYCODONE/ACET SAN

01916475 PEROCET BMS

02327171 PRO-OXYCODONE-ACET PDL

00608165 RATIO-OXYCOSET RPH

02242468 RIVACOCET RIV

02307898 SANDOZ OXYCODONE ACET SDZ

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE, CAFÉINE (CITRATE DE), CODÉINE (PHOSPHATE DE)**375mg & 30mg & 15mg Comprimé**

02234510 282 PED

375mg & 30mg & 30mg Comprimé

02238645 292 PED

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')**325mg & 5mg Comprimé**

00608157 RATIO-OXYCODAN RPH

CODÉINE (PHOSPHATE DE)**15mg Comprimé**

00779458 CODEINE RPH

02009889 CODEINE RIV

00593435 RATIO-CODEINE RPH

30mg Comprimé

02009757 CODEINE RIV

00593451 CODEINE PHOSPHATE RPH

02243979 PMS-CODEINE PMS

30mg/mL Injection

00544884 CODEINE SDZ *

00497282 CODEINE PHOSPHATE ABB *

60mg/mL Injection

00497290 CODEINE PHOSPHATE ABB *

2mg/mL Liquide

00380571 LINCTUS CODEINE ATL

5mg/mL Sirop

00050024 CODEINE PHOSPHATE ATL

00779474 RATIO-CODEINE RPH

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**CODÉINE MONOHYDRATE, CODÉINE SULFATE TRIHYDRATE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement:

- a. - des douleurs chroniques et des patients en soins palliatifs, comme solution de recharge aux produits contenant de la codéine en association avec l'acétaminophène ou l'AAS avec ou sans caféine.
- b. - des douleurs chroniques et des patients en soins palliatifs comme solution de recharge aux produits contenant de la codéine à libération régulière lorsque de fortes doses sont nécessaires.

50mg Comprimé à action prolongée

02230302	CODEINE CONTIN CR	PFR
----------	-------------------	-----

100mg Comprimé à action prolongée

02163748	CODEINE CONTIN CR	PFR
----------	-------------------	-----

150mg Comprimé à action prolongée

02163780	CODEINE CONTIN CR	PFR
----------	-------------------	-----

200mg Comprimé à action prolongée

02163799	CODEINE CONTIN CR	PFR
----------	-------------------	-----

FENTANYL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur chronique chez les patients qui ne répondent pas ou sont intolérants à au moins un produit oral à longue durée d'action et à libération prolongée, tel que la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone, malgré un titrage approprié de la dose et un traitement adjuvant, notamment des laxatifs et des antiémétiques.

12mcg/h Timbre cutané

02341379	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330105	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02311925	RATIO-FENTANYL	RPH
02327112	SANDOZ FENTANYL	SDZ

25mcg/h Timbre cutané

02275813	DURAGESIC MAT	JNO
02314630	NOVO-FENTANYL	TEV
02341387	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330113	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02282941	RATIO-FENTANYL	RPH
02327120	SANDOZ FENTANYL	SDZ

50mcg/h Timbre cutané

02275821	DURAGESIC MAT	JNO
02314649	NOVO-FENTANYL	TEV
02341395	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330121	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02282968	RATIO-FENTANYL	RPH
02327147	SANDOZ FENTANYL	SDZ

75mcg/h Timbre cutané

02275848	DURAGESIC MAT	JNO
02314657	NOVO-FENTANYL	TEV
02341409	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330148	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02282976	RATIO-FENTANYL	RPH
02327155	SANDOZ FENTANYL	SDZ

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**FENTANYL**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur chronique chez les patients qui ne répondent pas ou sont intolérants à au moins un produit oral à longue durée d'action et à libération prolongée, tel que la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone, malgré un titrage approprié de la dose et un traitement adjuvant, notamment des laxatifs et des antiémétiques.

100mcg/h Timbre cutané

02275856	DURAGESIC MAT	JNO
02314665	NOVO-FENTANYL	TEV
02341417	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330156	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02282984	RATIO-FENTANYL	RPH
02327163	SANDOZ FENTANYL	SDZ

HYDROMORPHONE**1mg Comprimé**

00705438	DILAUDID	PFR
02192101	HYDROMORPHONE	SOR
00885444	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319403	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

2mg Comprimé

00125083	DILAUDID	PFR
02249928	HYDROMORPHONE	SOR
00885436	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319411	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

4mg Comprimé

00125121	DILAUDID	PFR
02249936	HYDROMORPHONE	SOR
00885401	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319438	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

8mg Comprimé

00786543	DILAUDID	PFR
02192144	HYDROMORPHONE	SOR
00885428	PMS-HYDROMORPHONE	PMS

2mg/mL Injection

00627100	DILAUDID	PFR
02145901	HYDROMORPHONE	SDZ

10mg/mL Injection

00622133	DILAUDID HP	PFR
02145928	HYDROMORPHONE HP 10	SDZ

20mg/mL Injection

02145936	HYDROMORPHONE HP 20	SDZ
----------	---------------------	-----

50mg/mL Injection

02146126	HYDROMORPHONE HP 50	SDZ
99003163	HYDROMORPHONE HP 50	SDZ

1mg/mL Liquide orale

00786535	DILAUDID	PFR
01916386	PMS-HYDROMORPHONE	PMS

3mg Suppositoire

01916394	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
----------	-------------------	-----

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D')**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire seulement pour les capsules à libération contrôlée). L'utilisation des formes pharmaceutiques régulières ne fait l'objet d'aucune restriction et n'exige donc pas d'autorisation préalable.

Pour le traitement des douleurs chroniques allant de modérées à graves lorsque les autres opioïdes comme la morphine n'ont pas réussi à contrôler la douleur ou lorsque les patients ont ressenti des effets indésirables intolérables.

3mg Capsule à libération contrôlée

02125323 HYDROMORPH CONTIN PFR

4.5mg Capsule à libération contrôlée

02359502 HYDROMORPH CONTIN PFR

6mg Capsule à libération contrôlée

02125331 HYDROMORPH CONTIN PFR

9mg Capsule à libération contrôlée

02359510 HYDROMORPH CONTIN PFR

12mg Capsule à libération contrôlée

02125366 HYDROMORPH CONTIN PFR

18mg Capsule à libération contrôlée

02243562 HYDROMORPH CONTIN PFR

24mg Capsule à libération contrôlée

02125382 HYDROMORPH CONTIN PFR

30mg Capsule à libération contrôlée

02125390 HYDROMORPH CONTIN PFR

MÉPÉRIDINE**25mg/mL Injection**

00497444 MEPERIDINE ABB *

50mg/mL Injection

02242003 DEMEROL ABB

00497452 MEPERIDINE ABB

00725765 MEPERIDINE SDZ

75mg/mL Injection

02242004 DEMEROL ABB

00497460 MEPERIDINE ABB *

00725757 MEPERIDINE SDZ

100mg/mL Injection

02242005 DEMEROL ABB

00725749 MEPERIDINE SDZ

00497479 PETHIDINE ABB

MÉPÉRIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un approvisionnement pour une durée de 2 semaines pour la douleur chronique. La couverture sera limitée à 60 comprimés par mois.

50mg Comprimé

02138018 DEMEROL SAC

MÉTHADONE**Poudre**

00908835 MÉTHADONE

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable requise) avec les critères suivants :

Le prescripteur est enregistré avec Santé Canada et a reçu une autorisation pour prescrire la méthadone pour le soulagement de la douleur. ET

Pour le soulagement de la douleur modérée à intense causée par un cancer ou pour le soulagement de la douleur chronique non reliée au cancer comme médicament de recharge à d'autre opiacés OU

Pour le soulagement de la douleur chez les patients en soins palliatifs. Les pharmaciens peuvent seulement servir une quantité maximale correspondant à 30 jours de traitement lors de chaque approvisionnement. Le pseudo DIN assigné à la méthadone pour traiter la douleur ne doit pas être utilisé pour le traitement de la dépendance. La méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacés est couverte sans restriction par le Programme des SSNA. (Le pseudo DIN pour la méthadone pour le traitement de la dépendance est 908835). Pour plus d'information sur les règles de compensation concernant l'exécution de l'ordonnance pour la méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacés, veuillez consulter le Guide du fournisseur de services pharmaceutiques.

1mg Comprimé

02247698 METADOL PAL

5mg Comprimé

02247699 METADOL PAL

10mg Comprimé

02247700 METADOL PAL

25mg Comprimé

02247701 METADOL PAL

1mg/mL Liquide orale

02247694 METADOL PAL

10mg/mL Liquide orale

02241377 METADOL PAL

Poudre

09991180 METHADONE
POUDRE(DOULEUR)

MORPHINE (CHLORHYDRATE DE)**10mg Comprimé**

00690198 M.O.S. 10 VAE

20mg Comprimé

00690201 M.O.S. 20 VAE

40mg Comprimé

00690228 M.O.S. 40 VAE

60mg Comprimé

00690244 M.O.S. 60 VAE

30mg Comprimé à libération progressive

00776181 M.O.S. SR VAE

60mg Comprimé à libération progressive

00776203 M.O.S. SR VAE

1mg/mL Sirop

00614491 DOLORAL 1 ATL

00607762 RATIO-MORPHINE RPH

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**MORPHINE (CHLORHYDRATE DE)****5mg/mL Sirop**

00614505 DOLORAL 5
00607770 RATIO-MORPHINE

ATL
RPH

10mg/mL Sirop

00632503 M.O.S. 10
00690783 RATIO-MORPHINE

VAE
RPH

20mg/mL Sirop

00690791 RATIO-MORPHINE

RPH

50mg/mL Sirop

00690236 M.O.S. 50

VAE

MORPHINE (SULFATE DE)**10mg Capsule à libération progressive**

02242163 KADIAN
02019930 M-ESLON

MAY
SAC

15mg Capsule à libération progressive

02177749 M-ESLON

SAC

20mg Capsule à libération progressive

02184435 KADIAN

MAY

30mg Capsule à libération progressive

02019949 M-ESLON

SAC

50mg Capsule à libération progressive

02184443 KADIAN

MAY

60mg Capsule à libération progressive

02019957 M-ESLON

SAC

100mg Capsule à libération progressive

02184451 KADIAN

MAY

02019965 M-ESLON

SAC

200mg Capsule à libération progressive

02177757 M-ESLON

SAC

5mg Comprimé

02009773 M.O.S. SULFATE
02014203 MS IR
00594652 STATEX

VAE
PFR
PMS

10mg Comprimé

02009765 M.O.S. SULFATE
02014211 MS IR
00594644 STATEX

VAE
PFR
PMS

20mg Comprimé

02014238 MS IR

PFR

25mg Comprimé

02009749 M.O.S. SULFATE
00594636 STATEX

VAE
PMS

30mg Comprimé

02014254 MS IR

PFR

50mg Comprimé

02009706 M.O.S. SULFATE
00675962 STATEX

VAE
PMS

15mg Comprimé à libération progressive

02350815 MORPHINE SR
02015439 MS CONTIN SR
02302764 NOVO-MORPHINE SR

SAN
PFR
TEV

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**MORPHINE (SULFATE DE)****30mg Comprimé à libération progressive**

02350890 MORPHINE SR
02014297 MS CONTIN SR
02302772 NOVO-MORPHINE SR

SAN
PFR
TEV

60mg Comprimé à libération progressive

02350912 MORPHINE SR
02014300 MS CONTIN SR
02302780 NOVO-MORPHINE SR

SAN
PFR
TEV

100mg Comprimé à libération progressive

02350920 MORPHINE SR
02014319 MS CONTIN SR
02302799 NOVO-MORPHINE SR

SAN
PFR
TEV

200mg Comprimé à libération progressive

02350947 MORPHINE SR
02014327 MS CONTIN SR
02302802 NOVO-MORPHINE SR

SAN
PFR
TEV

20mg/mL Gouttes

00621935 STATEX

PMS

50mg/mL Gouttes

00705799 STATEX

PMS

0.5mg/mL Injection

02021056 MORPHINE LP
01949047 MORPHINE SULFATE

SDZ
ABB

1mg/mL Injection

02021048 MORPHINE LP
01949055 MORPHINE SULFATE
01980696 MORPHINE SULFATE

SDZ
ABB
SDZ

2mg/mL Injection

00850314 MORPHINE SULFATE
01964437 MORPHINE SULFATE
02242484 MORPHINE SULFATE

ABB
SDZ
SDZ

5mg/mL Injection

01964429 MORPHINE SULFATE

SDZ

10mg/mL Injection

00392588 MORPHINE SULFATE
00850322 MORPHINE SULFATE

SDZ
ABB

15mg/mL Injection

00392561 MORPHINE SULFATE

SDZ

25mg/mL Injection

00676411 MORPHINE HP 25

SDZ

50mg/mL Injection

00617288 MORPHINE HP 50
02137267 MORPHINE SULFATE

SDZ
HOS

1mg/mL Sirop

00591467 STATEX

PMS

5mg/mL Sirop

00591475 STATEX

PMS

10mg/mL Sirop

00647217 STATEX

PMS

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS
MORPHINE (SULFATE DE)

5mg Suppositoire

00632228 STATEX

PMS

10mg Suppositoire

00632201 STATEX

PMS

20mg Suppositoire

00596965 STATEX

PMS

OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')**5mg Comprimé**

02325950 OXYCODONE

PDL

02231934 OXY-IR

PFR

02319977 PMS-OXYCODONE

PMS

00789739 SUPEUDOL

SDZ

10mg Comprimé

02240131 OXY-IR

PFR

02319985 PMS-OXYCODONE

PMS

00443948 SUPEUDOL

SDZ

20mg Comprimé

02240132 OXY-IR

PFR

02319993 PMS-OXYCODONE

PMS

02262983 SUPEUDOL

SDZ

10mg Suppositoire

00392480 SUPEUDOL

SDZ

20mg Suppositoire

00392472 SUPEUDOL

SDZ

28:08.12 AGONISTES PARTIELS DES OPIACÉS

BUPRENORPHINE HCL/NALOXONE HCL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la dépendance aux opioïdes chez les patients pour lesquels la méthadone est contre-indiquée :

- en raison d'un allongement démontré de l'intervalle QT ou d'un risque élevé d'allongement de l'intervalle QT ET
- lorsque le médicament est prescrit par un médecin qui possède de l'expérience avec le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes OU qui a suivi un programme reconnu de formation sur Suboxone.

8mg & 2mg Comprimé sublingual

02295709 SUBOXONE

RBP

09991204 SUBOXONE D'ENTRETIEN

RBP

PENTAZOCINE (CHLORHYDRATE DE)**50mg Comprimé**

02137984 TALWIN

SAC

PENTAZOCINE (LACTATE DE)**30mg/mL Injection**

02241976 TALWIN

ABB

28:08.92 DIVERS ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

ACÉTAMINOPHÈNE**ct 80mg Comprimé**

02238295 TYLENOL POUR ENFANTS

JNO

ct 160mg Comprimé

02142805 ACETAMINOPHENE

WTR

02241361 TYLENOL JUNIOR

JNO

ct 325mg Comprimé

00743542 ACETAMINOPHEN

PMT

01938088 ACETAMINOPHEN

JMP

02022214 ACETAMINOPHEN

RIV

00374148 ACETAMINOPHENE

WAM

00382752 ACETAMINOPHENE

PRO

00589241 ACETAMINOPHENE

PMS

00605751 ACETAMINOPHENE

VTH *

00789801 ACETAMINOPHENE

TRI

00544981 APO-ACETAMINOPHENE

APX

02229873 APO-ACETAMINOPHENE

APX

00293482 ATASOL

HOR

00389218 NOVO-GESIC

TEV

00891177 PMS-ACETAMINOPHENE

PMS *

00559393 TYLENOL

MCL

00723894 TYLENOL

MCL

ct 500mg Comprimé

00549703 ACETAMINOPHEN

PMT

01939122 ACETAMINOPHEN

JMP

02252813 ACETAMINOPHEN

PMT

02255251 ACETAMINOPHEN

PMT

00386626 ACETAMINOPHENE

PDL

00567663 ACETAMINOPHENE

PED

00589233 ACETAMINOPHENE

PMS

00605778 ACETAMINOPHENE

VTH

00789798 ACETAMINOPHENE

TRI

02022222 ACETAMINOPHENE

RIV

00545007 APO-ACETAMINOPHENE

APX

02229977 APO-ACETAMINOPHENE

APX

00013668 ATASOL FORTE

HOR

00482323 NOVO-GESIC

TEV

00892505 PMS-ACETAMINOPHENE

PMS

01962353 TANTAPHEN

TAN

00863270 TYLENOL

MCL

00559407 TYLENOL EXTRA FORT

MCL

00723908 TYLENOL EXTRA FORT

MCL

ct 80mg Comprimé à croquer

01905856 ACETAMINOPHEN

TRI

02015676 ACETAMINOPHEN

TAN

02017458 ACETAMINOPHEN

RIV

02129957 ACETAMINOPHEN

VTH

02263815 PEDIAPHEN CHEWABLE

EUR

ct 160mg Comprimé à croquer

02017431 ACETAMINOPHEN

RIV

02230934 ACETAMINOPHEN

TAN

02231011 FEVERHALT

PED

02263823 PEDIAPHEN CHEWABLE

EUR

**28:08.92 DIVERS ANALGÉSIQUES ET
ANTIPYRÉTIQUES**
ACÉTAMINOPHÈNE**80mg/mL Gouttes**

01904140	ACETAMINOPHEN	TAN
01905864	ACETAMINOPHEN	TRI
00631353	ATASOL	HOR
02230787	FEVERHALT	PED
02263793	PEDIAPHEN	EUR
02027801	PEDIATRIX	RPH
00887587	PMS-ACETAMINOPHENE	PMS
00875988	TEMPRA	MJO
02046059	TYLENOL	MCL

16mg/mL Liquide

01905848	ACETAMINOPHEN	TRI
02263807	PEDIAPHEN	EUR
00792713	PMS-ACETAMINOPHENE	PMS
00884553	TEMPRA	MJO

32mg/mL Liquide

01901389	ACETAMINOPHENE	JMP
01958836	ACETAMINOPHENE	TRI
02263831	PEDIAPHEN	EUR
02027798	PEDIATRIX	RPH
00792691	PMS-ACETAMINOPHENE	PMS
00875996	TEMPRA DOUBLE	MJO
02046040	TYLENOL	MCL

80mg/mL Liquide orale

02237390	ACETAMINOPHEN	PER
----------	---------------	-----

120mg Suppositoire

01919385	ABENOL	PED
02230434	ACET 120	PMS
02046660	PMS-ACETAMINOPHENE	PMS

160mg Suppositoire

02230435	ACET	PMS
----------	------	-----

325mg Suppositoire

01919393	ABENOL	PED
02230436	ACET 325	PMS
02046687	PMS-ACETAMINOPHENE	PMS

650mg Suppositoire

01919407	ABENOL	PED
02230437	ACET 650	PMS
02046695	PMS-ACETAMINOPHENE	PMS

FLOCTAFÉNINE**200mg Comprimé**

02244680	FLOCTAFENINE	AAP
----------	--------------	-----

400mg Comprimé

02244681	FLOCTAFENINE	AAP
----------	--------------	-----

**28:12.04 ANTICONVULSIVANTS -
BARBITURIQUES**
PHÉNOBARBITAL**15mg Comprimé**

00178799	PHENOBARB	PED
----------	-----------	-----

30mg Comprimé

00178802	PHENOBARB	PED
----------	-----------	-----

**28:12.04 ANTICONVULSIVANTS -
BARBITURIQUES**
PHÉNOBARBITAL**60mg Comprimé**

00178810	PHENOBARB	PED
----------	-----------	-----

100mg Comprimé

00178829	PHENOBARB	PED
----------	-----------	-----

5mg/mL Liquide

00645575	PHENOBARB	PED
----------	-----------	-----

PRIMIDONE**125mg Comprimé**

00399310	PRIMIDONE	AAP
----------	-----------	-----

250mg Comprimé

00396761	PRIMIDONE	AAP
----------	-----------	-----

**28:12.08 ANTICONVULSIVANTS -
BENZODIAZÉPINES**
CLONAZEPAM**0.5mg Comprimé**

02311593	PRO-CLONAZEPAM	PDL
02345676	ZYM-CLONAZEPAM	ZYM

1mg Comprimé

02311607	PRO-CLONAZEPAM	PDL
02303329	ZYM-CLONAZEPAM	ZYM

2mg Comprimé

02311615	PRO-CLONAZEPAM	PDL
02303337	ZYM-CLONAZEPAM	ZYM

CLONAZÉPAM**0.25mg Comprimé**

02179660	PMS-CLONAZEPAM	PMS
----------	----------------	-----

0.5mg Comprimé

02177889	APO-CLONAZEPAM	APX
02230366	CLONAPAM	VAE

02270641	CO CLONAZEPAM	COB
02130998	DOM-CLONAZEPAM	DPC

02224100	DOM-CLONAZEPAM-R	DPC
02230950	MYLAN-CLONAZEPAM	MYL

02173344	NU-CLONAZEPAM	NXP
02145227	PHL-CLONAZEPAM	PHH

02236948	PHL-CLONAZEPAM-R 0.5MG	PHH
02048701	PMS-CLONAZEPAM	PMS

02207818	PMS-CLONAZEPAM R	PMS
02242077	RIVA-CLONAZEPAM	RIV

00382825	Rivotril	HLR
02233960	SANDOZ-CLONAZEPAM	SDZ

02239024	TEVA-CLONAZEPAM	TEV
----------	-----------------	-----

1mg Comprimé

02230368	CLONAPAM	VAE
02270668	CO CLONAZEPAM	COB

02145235	PHL-CLONAZEPAM	PHH
02048728	PMS-CLONAZEPAM	PMS

02233982	SANDOZ-CLONAZEPAM	SDZ
----------	-------------------	-----

28:12.08 ANTICONVULSIVANTS - BENZODIAZÉPINES
CLONAZÉPAM**2mg Comprimé**

02177897	APO-CLONAZEPAM	APX
02230369	CLONAPAM	VAE
02270676	CO CLONAZEPAM	COB
02131013	DOM-CLONAZEPAM	DPC
02230951	GEN-CLONAZEPAM	MYL
02173352	NU-CLONAZEPAM	NXP
02145243	PHL-CLONAZEPAM	PHH
02048736	PMS-CLONAZEPAM	PMS
02242078	RIVA-CLONAZEPAM	RIV
00382841	RIVOTRIL	HLR
02233985	SANDOZ-CLONAZEPAM	SDZ
02239025	TEVA-CLONAZEPAM	TEV

28:12.12 ANTICONVULSIVANTS - HYDANTOÏNES
PHÉNYTOÏNE**30mg Capsule**

00022772	DILANTIN	PFI
----------	----------	-----

100mg Capsule

00022780	DILANTIN	PFI
----------	----------	-----

50mg Comprimé à croquer

00023698	DILANTIN INFATABS	PFI
----------	-------------------	-----

6mg/mL Suspension

00023442	DILANTIN 30	PFI
----------	-------------	-----

25mg/mL Suspension

00023450	DILANTIN 125	PFI
02250896	TARO-PHENYTOIN	TAR

28:12.20 ANTICONVULSIVANTS - SUCCINIMIDES
ÉTHOSUXIMIDE**250mg Capsule**

00022799	ZARONTIN	ERF
----------	----------	-----

50mg/mL Sirop

00023485	ZARONTIN	ERF
----------	----------	-----

MÉSUXIMIDE**300mg Capsule**

00022802	CELONTIN	ERF
----------	----------	-----

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS
ACIDE VALPROÏQUE**250mg Capsule**

02238048	APO-VALPROIC	APX
00443840	DEPAKENE	ABB
02231030	DOM-VALPROIC ACID	DPC
02184648	MYLAN-VALPROIC	MYL
02100630	NOVO-VALPROIC	TEV
02237830	NU-VALPROIC	NXP
02230768	PMS-VALPROIC ACID	PMS
02239714	SANDOZ-VALPROIC	SDZ
02238546	VALPROIC	PDL

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS
ACIDE VALPROÏQUE**500mg Capsule entérosoluble**

02231031	DOM-VALPROIC ACID	DPC
02218321	NOVO-VALPROIC	TEV
02260662	PHL-VALPROIC ACID	PHH
02229628	PMS-VALPROIC ACID	PMS

CARBAMAZÉPINE**200mg Comprimé**

00402699	APO-CARBAMAZEPINE	APX
00578460	CARBAMAZEPINE	PDL
02042568	NU-CARBAMAZEPINE	NXP
00010405	TEGRETOL	NVR
00782718	TEVA-CARBAMAZ	TEV

100mg Comprimé à croquer

02231542	PMS-CARBAMAZEPINE	PMS
02261855	SANDOZ-CARBAMAZEPINE	SDZ
02244403	TARO-CARBAMAZEPINE	TAR
00369810	TEGRETOL	NVR

200mg Comprimé à croquer

02231540	PMS-CARBAMAZEPINE	PMS
02261863	SANDOZ-CARBAMAZEPINE	SDZ
02244404	TARO-CARBAMAZEPINE	TAR
00665088	TEGRETOL	NVR

200mg Comprimé à effet prolongé

02261839	SANDOZ-CARBAMAZEPINE	SDZ
----------	----------------------	-----

400mg Comprimé à effet prolongé

02261847	SANDOZ-CARBAMAZEPINE	SDZ
----------	----------------------	-----

200mg Comprimé à libération progressive

02238222	DOM-CARBAMAZEPINE CR	DPC
02241882	MYLAN-CARBAMAZEPINE CR	MYL
02231543	PMS-CARBAMAZEPINE CR	PMS
02237907	TARO-CARBAMAZEPINE CR	TAR
00773611	TEGRETOL CR	NVR

400mg Comprimé à libération progressive

02238223	DOM-CARBAMAZEPINE CR	DPC
02241883	MYLAN-CARBAMAZEPINE CR	MYL
02231544	PMS-CARBAMAZEPINE CR	PMS
02237908	TARO-CARBAMAZEPINE CR	TAR
00755583	TEGRETOL CR	NVR

20mg/mL Suspension

02194333	TEGRETOL	NVR
----------	----------	-----

DIVALPROEX SODIQUE**125mg Comprimé entérosoluble**

02239698	APO-DIVALPROEX	APX
00596418	EPIVAL	ABB
02239517	NU-DIVALPROEX	NXP
02244138	PMS-DIVALPROEX	PMS
02239701	TEVA-DIVALPROEX	TEV

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS**DIVALPROEX SODIQUE****250mg Comprimé entérosoluble**

02239699	APO-DIVALPROEX
02240342	DIVALPROEX
00596426	EPIVAL
02239518	NU-DIVALPROEX
02244139	PMS-DIVALPROEX
02239702	TEVA-DIVALPROEX

APX
PDL
ABB
NXP
PMS
TEV

500mg Comprimé entérosoluble

02239700	APO-DIVALPROEX
02240343	DIVALPROEX
00596434	EPIVAL
02239519	NU-DIVALPROEX
02244140	PMS-DIVALPROEX
02239703	TEVA-DIVALPROEX

APX
PDL
ABB
NXP
PMS
TEV

GABAPENTINE**100mg Capsule**

02244304	APO-GABAPENTINE
02256142	CO GABAPENTIN
02243743	DOM-GABAPENTIN
02246314	GABAPENTIN
02304775	GABAPENTIN
02353245	GABAPENTIN
02248259	MYLAN-GABAPENTIN
02084260	NEURONTIN
02244513	NOVO-GABAPENTIN
02243446	PMS-GABAPENTINE
02310449	PRO-GABAPENTIN
02319055	RAN-GABAPENTIN
02251167	RIVA-GABAPENTIN

APX
COB
DPC
MEL
SOR
SAN
MYL
PFI
TEV
PMS
PDL
RBY
RIV

300mg Capsule

02244305	APO-GABAPENTINE
02256150	CO GABAPENTIN
02243744	DOM-GABAPENTIN
02246315	GABAPENTIN
02304783	GABAPENTIN
02353253	GABAPENTIN
02248260	MYLAN-GABAPENTIN
02084279	NEURONTIN
02244514	NOVO-GABAPENTIN
02243447	PMS-GABAPENTINE
02310457	PRO-GABAPENTIN
02319063	RAN-GABAPENTIN
02251175	RIVA-GABAPENTIN

APX
COB
DPC
MEL
SOR
SAN
MYL
PFI
TEV
PMS
PDL
RBY
RIV

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS**GABAPENTINE****400mg Capsule**

02244306	APO-GABAPENTINE
02256169	CO GABAPENTIN
02243745	DOM-GABAPENTIN
02246316	GABAPENTIN
02304791	GABAPENTIN
02353261	GABAPENTIN
02248261	MYLAN-GABAPENTIN
02084287	NEURONTIN
02244515	NOVO-GABAPENTIN
02243448	PMS-GABAPENTINE
02310465	PRO-GABAPENTIN
02319071	RAN-GABAPENTIN
02260905	RATIO-GABAPENTIN
02251183	RIVA-GABAPENTIN

APX
PFI
PFI
TEV
PMS

600mg Comprimé

02293358	APO-GABAPENTIN
02285843	GD-GABAPENTIN
02239717	NEURONTIN
02248457	NOVO-GABAPENTIN
02255898	PMS-GABAPENTINE
02310473	PRO-GABAPENTIN
02259796	RIVA-GABAPENTIN
02293366	APO-GABAPENTIN
02239718	NEURONTIN
02247346	NOVO-GABAPENTIN
02255901	PMS-GABAPENTINE
02310481	PRO-GABAPENTIN
02259818	RIVA-GABAPENTIN

APX
PFI
PFI
TEV
PMS

LAMOTRIGINE**25mg Comprimé**

02245208	APO-LAMOTRIGINE
02142082	LAMICTAL
02302969	LAMOTRIGINE
02343010	LAMOTRIGINE
02265494	MYLAN-LAMOTRIGINE
02248232	NOVO-LAMOTRIGINE
02246897	PMS-LAMOTRIGINE
02243352	RATIO-LAMOTRIGINE
02245209	APO-LAMOTRIGINE
02142104	LAMICTAL
02302985	LAMOTRIGINE
02343029	LAMOTRIGINE
02265508	MYLAN-LAMOTRIGINE
02248233	NOVO-LAMOTRIGINE
02246898	PMS-LAMOTRIGINE
02243353	RATIO-LAMOTRIGINE

APX
GSK
PDL
SAN
MYL

100mg Comprimé

02245209	APO-LAMOTRIGINE
02142104	LAMICTAL
02302985	LAMOTRIGINE
02343029	LAMOTRIGINE
02265508	MYLAN-LAMOTRIGINE
02248233	NOVO-LAMOTRIGINE
02246898	PMS-LAMOTRIGINE
02243353	RATIO-LAMOTRIGINE

APX
GSK
PDL
SAN
MYL

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS**LAMOTRIGINE****150mg Comprimé**

02245210	APO-LAMOTRIGINE	APX
02142112	LAMICTAL	GSK
02302993	LAMOTRIGINE	PDL
02343037	LAMOTRIGINE	SAN
02265516	MYLAN-LAMOTRIGINE	MYL
02248234	NOVO-LAMOTRIGINE	TEV
02246899	PMS-LAMOTRIGINE	PMS
02246963	RATIO-LAMOTRIGINE	RPH

2mg Comprimé à croquer

02243803	LAMICTAL	GSK
----------	----------	-----

5mg Comprimé à croquer

02240115	LAMICTAL	GSK
----------	----------	-----

LÉVÉTIRACÉTAM

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Pour administration en association avec d'autres médicaments antiépileptiques dans le traitement des convulsions partielles chez les patients réfractaires suivant l'essai adéquat de deux médicaments antiépileptiques utilisés soit en monothérapie ou en association. Ce produit doit être prescrit par un neurologue.

250mg Comprimé

02285924	APO-LEVETIRACETAM	APX
02274183	CO LEVETIRACETAM	COB
02247027	KEPPRA	UCB
02353342	LEVETIRACETAM	SAN
02296101	PMS-LEVETIRACETAM	PMS

500mg Comprimé

02285932	APO-LEVETIRACETAM	APX
02274191	CO LEVETIRACETAM	COB
02247028	KEPPRA	UCB
02353350	LEVETIRACETAM	SAN
02296128	PMS-LEVETIRACETAM	PMS
02311380	PRO-LEVETIRACETAM	PDL

750mg Comprimé

02285940	APO-LEVETIRACETAM	APX
02274205	CO LEVETIRACETAM	COB
02247029	KEPPRA	UCB
02353369	LEVETIRACETAM	SAN
02296136	PMS-LEVETIRACETAM	PMS
02311399	PRO-LEVETIRACETAM	PDL

TOPIRAMATE**15mg Capsule à saupoudrer**

02239907	TOPAMAX SPRINKLE	JNO
----------	------------------	-----

25mg Capsule à saupoudrer

02239908	TOPAMAX SPRINKLE	JNO
----------	------------------	-----

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS**TOPIRAMATE****25mg Comprimé**

02351307	ACCEL-TOPIRAMATE	ACP
02279614	APO-TOPIRAMATE	APX
02287765	CO TOPIRAMATE	COB
02271141	DOM-TOPIRAMATE	DPC *
02315645	MINT-TOPIRAMATE	MIN
02263351	MYLAN-TOPIRAMATE	MYL
02248860	NOVO-TOPIRAMATE	TEV
02271184	PHL-TOPIRAMATE	PHH
02262991	PMS-TOPIRAMATE	PMS
02313650	PRO-TOPIRAMATE	PDL
02260050	SANDOZ-TOPIRAMATE	SDZ
02230893	TOPAMAX	JNO
02356856	TOPIRAMATE	SAN
02325136	ZYM-TOPIRAMATE	ZYM

50mg Comprimé

02312085	PMS-TOPIRAMATE	PMS
----------	----------------	-----

100mg Comprimé

02351315	ACCEL-TOPIRAMATE	ACP
02279630	APO-TOPIRAMATE	APX
02287773	CO TOPIRAMATE	COB
02271168	DOM-TOPIRAMATE	DPC *
02315653	MINT-TOPIRAMATE	MIN
02263378	MYLAN-TOPIRAMATE	MYL
02248861	NOVO-TOPIRAMATE	TEV
02271192	PHL-TOPIRAMATE	PHH
02263009	PMS-TOPIRAMATE	PMS
02313669	PRO-TOPIRAMATE	PDL
02260069	SANDOZ-TOPIRAMATE	SDZ
02230894	TOPAMAX	JNO
02356864	TOPIRAMATE	SAN
02325144	ZYM-TOPIRAMATE	ZYM

200mg Comprimé

02351323	ACCEL-TOPIRAMATE	ACP
02279649	APO-TOPIRAMATE	APX
02287781	CO TOPIRAMATE	COB
02271176	DOM-TOPIRAMATE	DPC *
02315661	MINT-TOPIRAMATE	MIN
02263386	MYLAN-TOPIRAMATE	MYL
02248862	NOVO-TOPIRAMATE	TEV
02271206	PHL-TOPIRAMATE	PHH
02263017	PMS-TOPIRAMATE	PMS
02313677	PRO-TOPIRAMATE	PDL
02267837	SANDOZ-TOPIRAMATE	SDZ
02230896	TOPAMAX	JNO
02356872	TOPIRAMATE	SAN
02325152	ZYM-TOPIRAMATE	ZYM

VALPROATE, SODIUM**50mg/mL Sirop**

02238370	APO-VALPROIC	APX
00443832	DEPAKENE	ABB
02238817	DOM-VALPROIC ACID	DPC
02236807	PMS-VALPROIC ACID	PMS
02140063	RATIO-VALPROIC	RPH

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS**VIGABATRINE****500mg Comprimé**

02065819 SABRIL

OVA

500mg Poudre

02068036 SABRIL

OVA

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D')****10mg Comprimé**

00370991 AMITRIPTYLINE

PRO

02248131 DOM-AMITRIPTYLINE

DPC

00335053 ELAVIL

AAP

02247302 PMS-AMITRIPTYLINE

PMS

25mg Comprimé

00371009 AMITRIPTYLINE

PRO

02248132 DOM-AMITRIPTYLINE

DPC

00335061 ELAVIL

AAP

02247303 PMS-AMITRIPTYLINE

PMS

50mg Comprimé

00456349 AMITRIPTYLINE

PDL

02248133 DOM-AMITRIPTYLINE

DPC

00335088 ELAVIL

AAP

00271152 LEVATE

VAE

02247304 PMS-AMITRIPTYLINE

PMS

75mg Comprimé

00754129 ELAVIL

AAP

00405612 LEVATE

VAE

**BUPROPION (CHLORHYDRATE DE)
(WELLBUTRIN)**

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture de Wellbutrin XL et le bupropion SR a une limite de dose jusqu'à concurrence de 300 mg par jour. (Notez que ce médicament ne sera pas approuvé pour cesser l'usage du tabac.)

100mg Comprimé à libération progressive

02331616 BUPROPION SR

PDL

02325373 PMS-BUPROPION SR

PMS

02285657 RATIO-BUPROPION

RPH

02275074 SANDOZ-BUPROPION SR

SDZ

150mg Comprimé à libération progressive

02325357 BUPROPION SR

PDL

02313421 PMS-BUPROPION SR

PMS

02285665 RATIO-BUPROPION

RPH

02275082 SANDOZ-BUPROPION SR

SDZ

02237825 WELLBUTRIN SR

VAE

02275090 WELLBUTRIN XL

VAE

300mg Comprimé à libération progressive

02275104 WELLBUTRIN XL

VAE

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (ZYBAN)**

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 180 comprimés sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 180 comprimés sera atteinte, le client sera de nouveau admissible au traitement au chlorhydrate de bupropion lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

150mg Comprimé à libération progressive

02238441 ZYBAN

VAE

CITALOPRAM**10MG Comprimé**

02355248 ACCEL-CITALOPRAM

ACP

02301822 CITALOPRAM

MEL

02325047 CITALOPRAM

PDL

02371871 MAR-CITALOPRAM

MAR

02370077 MINT-CITALOPRAM

MIN

02273543 PHL-CITALOPRAM

PHH

02270609 PMS-CITALOPRAM

PMS

02303256 RIVA-CITALOPRAM

RIV

02312336 TEVA-CITALOPRAM

TEV

20mg Comprimé

02355256 ACCEL-CITALOPRAM

ACP

02246056 APO-CITALOPRAM

APX

02239607 CELEXA

LUD

02257513 CITALOPRAM

PDL

02301830 CITALOPRAM

MEL

02306239 CITALOPRAM

ODN

02353660 CITALOPRAM

SAN

02248050 CO CITALOPRAM

COB

02248942 DOM-CITALOPRAM

DPC

02313405 JAMP-CITALOPRAM

JMP

02371898 MAR-CITALOPRAM

MAR

02304686 MINT-CITALOPRAM

MIN

02246594 MYLAN-CITALOPRAM

MYL

02248996 NU-CITALOPRAM

NXP

02248944 PHL-CITALOPRAM

PHH

02248010 PMS-CITALOPRAM

PMS

02285622 RAN-CITALO

RBY

02252112 RATIO-CITALOPRAM

RPH

02249278 RIVA-CITALOPRAM

RIV

02303264 RIVA-CITALOPRAM

RIV

02248170 SANDOZ-CITALOPRAM

SDZ

02293218 TEVA-CITALOPRAM

TEV

30mg Comprimé

02296152 CTP 30

ORY

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**CITALOPRAM****40mg Comprimé**

02355264	ACCEL-CITALOPRAM	ACP
02246057	APO-CITALOPRAM	APX
02239608	CELEXA	LUD
02257521	CITALOPRAM	PDL
02301849	CITALOPRAM	MEL
02306247	CITALOPRAM	ODN
02353679	CITALOPRAM	SAN
02248051	CO CITALOPRAM	COB
02248943	DOM-CITALOPRAM	DPC
02313413	JAMP-CITALOPRAM	JMP
02371901	MAR-CITALOPRAM	MAR
02304694	MINT-CITALOPRAM	MIN
02246595	MYLAN-CITALOPRAM	MYL
02248997	NU-CITALOPRAM	NXP
02248945	PHL-CITALOPRAM	PHH
02248011	PMS-CITALOPRAM	PMS
02285630	RAN-CITALO	RYB
02252120	RATIO-CITALOPRAM	RPH
02249286	RIVA-CITALOPRAM	RIV
02303272	RIVA-CITALOPRAM	RIV
02248171	SANDOZ-CITALOPRAM	SDZ
02293226	TEVA-CITALOPRAM	TEV

CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)**10mg Comprimé**

00330566	ANAFRANIL	ORY
02040786	APO-CLOMIPRAMINE	APX
02244816	CO CLOMIPRAMINE	COB
02230256	TEVA-CLOPAMINE	TEV

25mg Comprimé

00324019	ANAFRANIL	ORY
02040778	APO-CLOMIPRAMINE	APX
02244817	CO CLOMIPRAMINE	COB
02130165	TEVA-CLOPAMINE	TEV

50mg Comprimé

00402591	ANAFRANIL	ORY
02040751	APO-CLOMIPRAMINE	APX
02244818	CO CLOMIPRAMINE	COB
02130173	TEVA-CLOPAMINE	TEV

DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)**10mg Comprimé**

02216248	APO-DESIPRAMINE	APX
02211939	NU-DESIPRAMINE	NXP
02223341	TEVA-DESIPRAMINE	TEV

25mg Comprimé

02216256	APO-DESIPRAMINE	APX
02130092	DOM-DESIPRAMINE	DPC
02211947	NU-DESIPRAMINE	NXP
02223325	TEVA-DESIPRAMINE	TEV

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)****50mg Comprimé**

02216264	APO-DESIPRAMINE	APX
02130106	DOM-DESIPRAMINE	DPC
02211955	NU-DESIPRAMINE	NXP
01946277	PMS-DESIPRAMINE	PMS
02223333	TEVA-DESIPRAMINE	TEV

75mg Comprimé

02216272	APO-DESIPRAMINE	APX
02211963	NU-DESIPRAMINE	NXP
01946242	PMS-DESIPRAMINE	PMS
02223368	TEVA-DESIPRAMINE	TEV

100mg Comprimé

02216280	APO-DESIPRAMINE	APX
02211971	NU-DESIPRAMINE	NXP

DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE)**10mg Capsule**

02049996	APO-DOXE PIN	APX
00024325	SINEQUAN	ERF

25mg Capsule

02050005	APO-DOXE PIN	APX
01913425	NOVO-DOXE PIN	TEV
00024333	SINEQUAN	ERF

50mg Capsule

02050013	APO-DOXE PIN	APX
01913433	NOVO-DOXE PIN	TEV
00024341	SINEQUAN	ERF

75mg Capsule

02050021	APO-DOXE PIN	APX
01913441	NOVO-DOXE PIN	TEV
00400750	SINEQUAN	ERF

100mg Capsule

02050048	APO-DOXE PIN	APX
01913468	NOVO-DOXE PIN	TEV
00326925	SINEQUAN	ERF

150mg Capsule

01913476	NOVO-DOXE PIN	TEV
----------	---------------	-----

DULOXETINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur neuropathique des patients diabétiques :

- a.- qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat de DEUX autres médicaments (comme un antidépresseur tricyclique ou un anticonvulsivant) ou
- b.- pour lesquels d'autres médicaments sont contre-indiqués

La dose maximale de duloxétine sera limitée à 60 mg par jour. Il est à noter que le Programme des SSNA a adopté la recommandation du CCSEM du Programme commun d'évaluation des médicaments de NE PAS ajouter Cymbalta aux listes de médicaments des régimes publics pour le traitement du trouble dépressif majeur.

30mg Capsule à libération progressive

02301482	CYMBALTA	LIL
----------	----------	-----

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**DULOXETINE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur neuropathique des patients diabétiques :

- a.- qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat de DEUX autres médicaments (comme un antidépresseur tricyclique ou un anticonvulsivant) ou
- b.- pour lesquels d'autres médicaments sont contre-indiqués

La dose maximale de duloxétine sera limitée à 60 mg par jour. Il est à noter que le Programme des SSNA a adopté la recommandation du CCCEM du Programme commun d'évaluation des médicaments de NE PAS ajouter Cymbalta aux listes de médicaments des régimes publics pour le traitement du trouble dépressif majeur.

60mg Capsule à libération progressive

02301490	CYMBALTA	LIL
----------	----------	-----

FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)**10mg Capsule**

02216353	APO-FLUOXETINE	APX
02242177	CO-FLUOXETINE	SCN
02177617	DOM-FLUOXETINE	DPC
02286068	FLUOXETINE	SAN
02237813	MYLAN-FLUOXETINE	MYL
02216582	NOVO-FLUOXETINE	TEV
02192756	NU-FLUOXETINE	NXP
02223481	PHL-FLUOXETINE	PHH
02177579	PMS-FLUOXETINE	PMS
02314991	PRO-FLUOXETINE	PDL
02018985	PROZAC	LIL
02241371	RATIO-FLUOXETINE	RPH
02242123	RIVA-FLUOXETINE	RIV
02243486	SANDOZ-FLUOXETINE	SDZ
02302659	ZYM-FLUOXETINE	ZYM

20mg Capsule

02216361	APO-FLUOXETINE	APX
02242178	CO-FLUOXETINE	SCN
02177625	DOM-FLUOXETINE	DPC
02286076	FLUOXETINE	SAN
02237814	MYLAN-FLUOXETINE	MYL
02216590	NOVO-FLUOXETINE	TEV
02192764	NU-FLUOXETINE	NXP
02223503	PHL-FLUOXETINE	PHH
02177587	PMS-FLUOXETINE	PMS
02315009	PRO-FLUOXETINE	PDL
00636622	PROZAC	LIL
02241374	RATIO-FLUOXETINE	RPH
02242124	RIVA-FLUOXETINE	RIV
02243487	SANDOZ-FLUOXETINE	SDZ
02302667	ZYM-FLUOXETINE	ZYM

4mg/mL Liquide

02231328	APO-FLUOXETINE	APX
----------	----------------	-----

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**FLUVOXAMINE (MALÉATE DE)****50mg Comprimé**

02231329	APO-FLUVOXAMINE	APX
02255529	CO FLUVOXAMINE	COB
02241347	DOM-FLUVOXAMINE	DPC
02236753	FLUVOXAMINE	PDL
01919342	LUVOX	ABB
02239953	NOVO-FLUVOXAMINE	TEV
02231192	NU-FLUVOXAMINE	NXP
02240682	PMS-FLUVOXAMINE	PMS
02218453	RATIO-FLUVOXAMINE	RPH
02303345	RIVA-FLUVOXAMINE	RIV
02247054	SANDOZ-FLUVOXAMINE	SDZ

100mg Comprimé

02231330	APO-FLUVOXAMINE	APX
02255537	CO FLUVOXAMINE	COB
02241348	DOM-FLUVOXAMINE	DPC
02236754	FLUVOXAMINE	PDL
01919369	LUVOX	ABB
02239954	NOVO-FLUVOXAMINE	TEV
02231193	NU-FLUVOXAMINE	NXP
02240683	PMS-FLUVOXAMINE	PMS
02218461	RATIO-FLUVOXAMINE	RPH
02303361	RIVA-FLUVOXAMINE	RIV
02247055	SANDOZ-FLUVOXAMINE	SDZ

IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D')**10mg Comprimé**

00360201	IMIPRAMINE	AAP
00021504	NOVO-PRAMINE	TEV

25mg Comprimé

00312797	IMIPRAMINE	AAP
----------	------------	-----

50mg Comprimé

00326852	IMIPRAMINE	AAP
00021520	NOVO-PRAMINE	TEV

75mg Comprimé

00644579	IMIPRAMINE	AAP
----------	------------	-----

MAPROTILINE (CHLORHYDRATE DE)**25mg Comprimé**

02158612	NOVO-MAPROTILINE	TEV
----------	------------------	-----

50mg Comprimé

02158620	NOVO-MAPROTILINE	TEV
----------	------------------	-----

75mg Comprimé

02158639	NOVO-MAPROTILINE	TEV
----------	------------------	-----

MIRTAZAPINE**15mg Comprimé**

02286610	APO-MIRTAZAPINE	APX
02281732	MIRTAZAPINE	MEL
02256096	MYLAN-MIRTAZAPINE	MYL
02273942	PMS-MIRTAZAPINE	PMS
02312778	PRO-MIRTAZAPINE	PDL
02250594	SANDOZ-MIRTAZAPINE	SDZ
02325179	ZYM-MIRTAZAPINE	ZYM

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**MIRTAZAPINE****30mg Comprimé**

02286629	APO-MIRTAZAPINE	APX
02274361	CO MIRTAZAPINE	COB
02252287	DOM-MIRTAZAPINE	DPC
02252279	MIRTAZAPINE	MEL
02370689	MIRTAZAPINE	SAN
02256118	MYLAN-MIRTAZAPINE	MYL
02259354	NOVO-MIRTAZAPINE	TEV
02248762	PMS-MIRTAZAPINE	PMS
02312786	PRO-MIRTAZAPINE	PDL
02270927	RATIO-MIRTAZAPINE	RPH
02243910	REMERON	FRS
02265265	RIVA-MIRTAZAPINE	RIV
02250608	SANDOZ-MIRTAZAPINE	SDZ
02325187	ZYM-MIRTAZAPINE	ZYM

45mg Comprimé

02286637	APO-MIRTAZAPINE	APX
02256126	MYLAN-MIRTAZAPINE	MYL

15mg Comprimé à dissolution orale

02299801	AURO-MIRTAZAPINE OD	AUR
02279894	NOVO-MIRTAZAPINE OD	TEV
02248542	REMERON RD	FRS

30mg Comprimé à dissolution orale

02299828	AURO-MIRTAZAPINE OD	AUR
02279908	NOVO-MIRTAZAPINE OD	TEV
02248543	REMERON RD	FRS

45mg Comprimé à dissolution orale

02299836	AURO-MIRTAZAPINE OD	AUR
02279916	NOVO-MIRTAZAPINE OD	TEV
02248544	REMERON RD	FRS

MOCLOBÉMIDE**100mg Comprimé**

02232148	APO-MOCLOBEMIDE	APX
02239746	NOVO-MOCLOBEMIDE	TEV
02237111	NU-MOCLOBEMIDE	NXP

150mg Comprimé

02232150	APO-MOCLOBEMIDE	APX
00899356	MANERIX	MAB
02239747	NOVO-MOCLOBEMIDE	TEV
02237112	NU-MOCLOBEMIDE	NXP
02243218	PMS-MOCLOBEMIDE	PMS

300mg Comprimé

02240456	APO-MOCLOBEMIDE	APX
02166747	MANERIX	MAB
02239748	NOVO-MOCLOBEMIDE	TEV
02243219	PMS-MOCLOBEMIDE	PMS

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE)****10mg Capsule**

02223511	APO-NORTRIPTYLINE	APX
00015229	AVENTYL	PHH
02178729	DOM-NORTRIPTYLINE	DPC
02231781	NOVO-NORTRIPTYLINE	TEV
02223139	NU-NORTRIPTYLINE	NXP
02177692	PMS-NORTRIPTYLINE	PMS

25mg Capsule

02223538	APO-NORTRIPTYLINE	APX
00015237	AVENTYL	PHH
02178737	DOM-NORTRIPTYLINE	DPC
02231782	NOVO-NORTRIPTYLINE	TEV
02223147	NU-NORTRIPTYLINE	NXP
02177706	PMS-NORTRIPTYLINE	PMS

PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)**10mg Comprimé**

02240907	APO-PAROXETINE	APX
02262746	CO PAROXETINE	COB
02248447	DOM-PAROXETINE	DPC
02248012	MYLAN-PAROXETINE	MYL
02248556	NOVO-PAROXETINE	TEV
02248719	NU-PAROXETINE	NXP
02248450	PAROXETINE	MEL
02248913	PAROXETINE	PDL
02282844	PAROXETINE	SAN
02302012	PAROXETINE	SOR
02027887	PAXIL	GSK
02247750	PMS-PAROXETINE	PMS
02247810	RATIO-PAROXETINE	RPH
02248559	RIVA-PAROXETINE	RIV
02269422	SANDOZ-PAROXETINE	SDZ

20mg Comprimé

02240908	APO-PAROXETINE	APX
02262754	CO PAROXETINE	COB
02248448	DOM-PAROXETINE	DPC
02248013	MYLAN-PAROXETINE	MYL
02248557	NOVO-PAROXETINE	TEV
02248720	NU-PAROXETINE	NXP
02248451	PAROXETINE	MEL
02248914	PAROXETINE	PDL
02282852	PAROXETINE	SAN
02302020	PAROXETINE	SOR
01940481	PAXIL	GSK
02247751	PMS-PAROXETINE	PMS
02247811	RATIO-PAROXETINE	RPH
02248560	RIVA-PAROXETINE	RIV
02254751	SANDOZ-PAROXETINE	SDZ
02269430	SANDOZ-PAROXETINE	SDZ

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)****30mg Comprimé**

02240909	APO-PAROXETINE
02262762	CO PAROXETINE
02248449	DOM-PAROXETINE
02248014	MYLAN-PAROXETINE
02248558	NOVO-PAROXETINE
02248721	NU-PAROXETINE
02248452	PAROXETINE
02248915	PAROXETINE
02282860	PAROXETINE
02302039	PAROXETINE
01940473	PAXIL
02247752	PMS-PAROXETINE
02247812	RATIO-PAROXETINE
02248561	RIVA-PAROXETINE
02254778	SANDOZ-PAROXETINE
02269449	SANDOZ-PAROXETINE

40mg Comprimé

02293749	PMS-PAROXETINE
----------	----------------

PHÉNELZINE (SULFATE DE)**15mg Comprimé**

00476552	NARDIL
----------	--------

SERTRALINE**25mg Capsule**

02238280	APO-SERTRALINE
02287390	CO SERTRALINE
02245748	DOM-SERTRALINE
02242519	MYLAN-SERTRALINE
02240485	NOVO-SERTRALINE
02247047	NU-SERTRALINE
02245824	PHL-SERTRALINE
02244838	PMS-SERTRALINE
02248496	RIVA-SERTRALINE
02245159	SANDOZ-SERTRALINE
02303779	SERTRALINE
02353520	SERTRALINE
02241302	SERTRALINE-25
02132702	ZOLOFT

50mg Capsule

02238281	APO-SERTRALINE
02287404	CO SERTRALINE
02245749	DOM-SERTRALINE
02242520	MYLAN-SERTRALINE
02240484	NOVO-SERTRALINE
02247048	NU-SERTRALINE
02245825	PHL-SERTRALINE
02244839	PMS-SERTRALINE
02248497	RIVA-SERTRALINE
02245160	SANDOZ-SERTRALINE
02303809	SERTRALINE
02353539	SERTRALINE
02241303	SERTRALINE-50
01962817	ZOLOFT

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**SERTRALINE****100mg Capsule**

02238282	APO-SERTRALINE
02287412	CO SERTRALINE
02245750	DOM-SERTRALINE
02242521	MYLAN-SERTRALINE
02240481	NOVO-SERTRALINE
02247050	NU-SERTRALINE
02245826	PHL-SERTRALINE
02244840	PMS-SERTRALINE
02248498	RIVA-SERTRALINE
02245161	SANDOZ-SERTRALINE
02303817	SERTRALINE
02353547	SERTRALINE
02241304	SERTRALINE-100
01962779	ZOLOFT

TRANYLCPROMINE (SULFATE DE)**10mg Comprimé**

01919598	PARNATE
----------	---------

TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE)**50mg Comprimé**

02147637	APO-TRAZODONE
02128950	DOM-TRAZODONE
02231683	MYLAN-TRAZODONE
02144263	NOVO-TRAZODONE
02165384	NU-TRAZODONE
02236941	PHL-TRAZODONE
01937227	PMS-TRAZODONE
02164353	TRAZODONE
02348772	TRAZODONE
02230284	TRAZOREL

75mg Comprimé

02237339	PMS-TRAZODONE
----------	---------------

100mg Comprimé

02147645	APO-TRAZODONE
02128969	DOM-TRAZODONE
02231684	MYLAN-TRAZODONE
02144271	NOVO-TRAZODONE
02165392	NU-TRAZODONE
02236942	PHL-TRAZODONE
01937235	PMS-TRAZODONE
02164361	TRAZODONE
02348780	TRAZODONE
02230285	TRAZOREL

150mg Comprimé

02147653	APO-TRAZODONE D
02144298	NOVO-TRAZODONE
02165406	NU-TRAZODONE D
02164388	TRAZODONE
02348799	TRAZODONE

TRIMIPRAMINE (MALÉATE DE)**75mg Capsule**

02070987	TRIMIPRAMINE
----------	--------------

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**TRIMIPRAMINE (MALÉATE DE)****12.5mg Comprimé**

02020599	NU-TRIMIPRAMINE	NXP
00740799	TRIMIPRAMINE	AAP

25mg Comprimé

01940430	NOVO-TRIPRAMINE	TEV
02020602	NU-TRIMIPRAMINE	NXP
00740802	TRIMIPRAMINE	AAP

50mg Comprimé

01940449	NOVO-TRIPRAMINE	TEV
02020610	NU-TRIMIPRAMINE	NXP
00740810	TRIMIPRAMINE	AAP

100mg Comprimé

01940457	NOVO-TRIPRAMINE	TEV
02020629	NU-TRIMIPRAMINE	NXP
00740829	TRIMIPRAMINE	AAP

VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE)**37.5mg Capsule à libération progressive**

02331683	APO-VENLAFAXINE XR	APX
02304317	CO VENLAFAXINE XR	COB
02237279	EFFEXOR XR	WAY
02310279	MYLAN-VENLAFAXINE XR	MYL
02275023	NOVO-VENLAFAXINE XR	TEV
02278545	PMS-VENLAFAXINE XR	PMS
02273969	RATIO-VENLAFAXINE XR	RPH
02307774	RIVA-VENLAFAXINE XR	RIV
02310317	SANDOZ VENLAFAXINE XR	SDZ
02354713	VENLAFAXINE XR	SAN

75mg Capsule à libération progressive

02331691	APO-VENLAFAXINE XR	APX
02304325	CO VENLAFAXINE XR	COB
02237280	EFFEXOR XR	WAY
02310287	MYLAN-VENLAFAXINE XR	MYL
02275031	NOVO-VENLAFAXINE XR	TEV
02278553	PMS-VENLAFAXINE XR	PMS
02273977	RATIO-VENLAFAXINE SR	RPH
02307782	RIVA-VENLAFAXINE XR	RIV
02310325	SANDOZ VENLAFAXINE XR	SDZ
02354721	VENLAFAXINE XR	SAN

150mg Capsule à libération progressive

02331705	APO-VENLAFAXINE XR	APX
02304333	CO VENLAFAXINE XR	COB
02237282	EFFEXOR XR	WAY
02310295	MYLAN-VENLAFAXINE XR	MYL
02275058	NOVO-VENLAFAXINE XR	TEV
02278561	PMS-VENLAFAXINE XR	PMS
02273985	RATIO-VENLAFAXINE XR	RPH
02307790	RIVA-VENLAFAXINE XR	RIV
02310333	SANDOZ VENLAFAXINE XR	SDZ
02354748	VENLAFAXINE XR	SAN

37.5mg Sustained Release Capsule

02339242	VENLAFAXINE XR	PDL
----------	----------------	-----

75mg Sustained Release Capsule

02339250	VENLAFAXINE XR	PDL
----------	----------------	-----

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE)****150mg Sustained Release Capsule**

02339269	VENLAFAXINE XR	PDL
----------	----------------	-----

28:16.08 TRANQUILLISANTS**ARIPIPRAZOLE**

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles schizoaffectifs chez les patients

- a. qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat d'un autre antipsychotique; OU
- b. pour lesquels un autre antipsychotique est contre-indiqué

2mg Comprimé

02322374	ABILIFY	BMS
----------	---------	-----

5mg Comprimé

02322382	ABILIFY	BMS
----------	---------	-----

10mg Comprimé

02322390	ABILIFY	BMS
----------	---------	-----

15mg Comprimé

02322404	ABILIFY	BMS
----------	---------	-----

20mg Comprimé

02322412	ABILIFY	BMS
----------	---------	-----

30mg Comprimé

02322455	ABILIFY	BMS
----------	---------	-----

CHLORPROMAZINE**25mg Comprimé**

00232823	TEVA-CHLORPROMAZINE	TEV
----------	---------------------	-----

50mg Comprimé

00232807	TEVA-CHLORPROMAZINE	TEV
----------	---------------------	-----

100mg Comprimé

00232831	TEVA-CHLORPROMAZINE	TEV
----------	---------------------	-----

25mg/mL Injection

00743518	CHLORPROMAZINE HCL	SDZ
----------	--------------------	-----

CLOZAPINE**25mg Comprimé**

02248034	APO-CLOZAPINE	APX
----------	---------------	-----

00894737	CLOZARIL	NVR
----------	----------	-----

02247243	GEN-CLOZAPINE	MYL
----------	---------------	-----

50mg Comprimé

02305003	GEN-CLOZAPINE	MYL
----------	---------------	-----

100mg Comprimé

02248035	APO-CLOZAPINE	APX
----------	---------------	-----

00894745	CLOZARIL	NVR
----------	----------	-----

02247244	GEN-CLOZAPINE	MYL
----------	---------------	-----

200mg Comprimé

02305011	GEN-CLOZAPINE	MYL
----------	---------------	-----

FLUPENTHIXOL (DÉCANOATE DE)**20mg/mL Injection**

02156032	FLUANXOL DEPOT	LUD
----------	----------------	-----

100mg/mL Injection

02156040	FLUANXOL DEPOT	LUD
----------	----------------	-----

28:16.08 TRANQUILLISANTS**FLUPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE)****0.5mg Comprimé**

02156008 FLUANXOL LUD

3mg Comprimé

02156016 FLUANXOL LUD

FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE)**1mg Comprimé**

00405345 APO-FLUPHENAZINE APX

2mg Comprimé

00410632 APO-FLUPHENAZINE APX

5mg Comprimé

00405361 APO-FLUPHENAZINE APX

FLUPHÉNAZINE (DÉCANOATE DE)**25mg/mL Injection**

02239636 FLUPHENAZINE OMEGA OMG

02091275 PMS-FLUPHENAZINE PMS

100mg/mL Injection

02242570 FLUPHENAZINE OMEGA OMG

00755575 MODECATE BMS

02241928 PMS-FLUPHENAZINE PMS

HALOPÉRIDOL**0.5mg Comprimé**

00396796 APO-HALOPERIDOL APX

00363685 NOVO-PERIDOL TEV

1mg Comprimé

00396818 APO-HALOPERIDOL APX

00363677 NOVO-PERIDOL TEV

2mg Comprimé

00396826 APO-HALOPERIDOL APX

00363669 NOVO-PERIDOL TEV

5mg Comprimé

00396834 APO-HALOPERIDOL APX

00363650 NOVO-PERIDOL TEV

10mg Comprimé

00463698 APO-HALOPERIDOL APX

00713449 NOVO-PERIDOL TEV

20mg Comprimé

00768820 NOVO-PERIDOL TEV

5mg/mL Injection

00808652 HALOPERIDOL SDZ

2mg/mL Solution

00759503 PMS-HALOPERIDOL PMS

HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D')**50mg/mL Injection**

02130297 HALOPERIDOL LA SDZ

02230707 PMS-HALOPERIDOL LA PMS

100mg/mL Injection

02130300 HALOPERIDOL LA SDZ

02239640 HALOPERIDOL LA OMG

02230708 PMS-HALOPERIDOL LA PMS

28:16.08 TRANQUILLISANTS**LOXAPINE (CHLORHYDRATE DE)****25mg/mL Liquide orale**

02239101 XYLAC MMT

LOXAPINE (SUCCINATE DE)**2.5mg Comprimé**

02242868 XYLAC MMT

5mg Comprimé

02239918 DOM-LOXAPINE DPC

02237534 NU-LOXAPINE NXP

02236943 PHL-LOXAPINE PHH

02230837 XYLAC MMT

10mg Comprimé

02239919 DOM-LOXAPINE DPC

02237535 NU-LOXAPINE NXP

02236944 PHL-LOXAPINE PHH

02230838 XYLAC MMT

25mg Comprimé

02239920 DOM-LOXAPINE DPC

02237536 NU-LOXAPINE NXP

02236945 PHL-LOXAPINE PHH

02230839 XYLAC MMT

50mg Comprimé

02239921 DOM-LOXAPINE DPC

02237537 NU-LOXAPINE NXP

02236946 PHL-LOXAPINE PHH

02230840 XYLAC MMT

MÉTHOTRIMÉPRAZINE**2mg Comprimé**

02238403 APO-METHOPRAZINE APX

5mg Comprimé

02238404 APO-METHOPRAZINE APX

02232903 PMS-METHOTRIMEPRAZINE PMS

25mg Comprimé

02238405 APO-METHOPRAZINE APX

01964925 NOVO-MEPRAZINE TEV

50mg Comprimé

02238406 APO-METHOPRAZINE APX

OLANZAPINE**2.5mg Comprimé**

02281791 APO-OLANZAPINE 2.5MG APX

02325659 CO OLANZAPINE COB

02337878 MYLAN-OLANZAPINE MYL

02276712 NOVO-OLANZAPINE TEV

02311968 OLANZAPINE PDL

02372819 OLANZAPINE SAN

02303116 PMS-OLANZAPINE PMS

02337126 RIVA-OLANZAPINE RIV

02310341 SANDOZ-OLANZAPINE PDL

02229250 ZYPREXA LIL

28:16.08 TRANQUILLISANTS**OLANZAPINE****5mg Comprimé**

02281805	APO-OLANZAPINE 5MG	APX
02325667	CO OLANZAPINE	COB
02337886	MYLAN-OLANZAPINE	MYL
02276720	NOVO-OLANZAPINE	TEV
02311976	OLANZAPINE	PDL
02372827	OLANZAPINE	SAN
02303159	PMS-OLANZAPINE	PMS
02337134	RIVA-OLANZAPINE	RIV
02310368	SANDOZ-OLANZAPINE	PDL
02229269	ZYPREXA	LIL

7.5mg Comprimé

02281813	APO-OLANZAPINE 7.5MG	APX
02325675	CO OLANZAPINE	COB
02337894	MYLAN-OLANZAPINE	MYL
02276739	NOVO-OLANZAPINE	TEV
02311984	OLANZAPINE	PDL
02372835	OLANZAPINE	SAN
02303167	PMS-OLANZAPINE	PMS
02337142	RIVA-OLANZAPINE	RIV
02310376	SANDOZ-OLANZAPINE	PDL
02229277	ZYPREXA	LIL

10mg Comprimé

02281821	APO-OLANZAPINE 10MG	APX
02325683	CO OLANZAPINE	COB
02337908	MYLAN-OLANZAPINE	MYL
02276747	NOVO-OLANZAPINE	TEV
02372843	OLANZAPINE	SAN
02303175	PMS-OLANZAPINE	PMS
02337150	RIVA-OLANZAPINE	RIV
02310384	SANDOZ-OLANZAPINE	PDL
02229285	ZYPREXA	LIL

15mg Comprimé

02281848	APO-OLANZAPINE 15MG	APX
02325691	CO OLANZAPINE	COB
02337916	MYLAN-OLANZAPINE	MYL
02276755	NOVO-OLANZAPINE	TEV
02312018	OLANZAPINE	PDL
02372851	OLANZAPINE	SAN
02303183	PMS-OLANZAPINE	PMS
02337169	RIVA-OLANZAPINE	RIV
02310392	SANDOZ-OLANZAPINE	PDL
02238850	ZYPREXA	LIL

5mg Comprimé à dissolution orale

02360616	APO-OLANZAPINE ODT	APX
02327562	CO OLANZAPINE ODT	COB
02321343	NOVO-OLANZAPINE ODT	TEV
02338645	OLANZAPINE ODT	PDL
02352974	OLANZAPINE ODT	SAN
02303191	PMS-OLANZAPINE ODT	PMS
02327775	SANDOZ OLANZAPINE ODT	SDZ
02243086	ZYPREXA ZYDIS	LIL

28:16.08 TRANQUILLISANTS**OLANZAPINE****10mg Comprimé à dissolution orale**

02360624	APO-OLANZAPINE ODT	APX
02327570	CO OLANZAPINE ODT	COB
02321351	NOVO-OLANZAPINE ODT	TEV
02338653	OLANZAPINE ODT	PDL
02352982	OLANZAPINE ODT	SAN
02303205	PMS-OLANZAPINE ODT	PMS
02327783	SANDOZ OLANZAPINE ODT	SDZ
02243087	ZYPREXA ZYDIS	LIL

15mg Comprimé à dissolution orale

02360632	APO-OLANZAPINE ODT	APX
02327589	CO OLANZAPINE ODT	COB
02321378	NOVO-OLANZAPINE ODT	TEV
02338661	OLANZAPINE ODT	PDL
02352990	OLANZAPINE ODT	SAN
02303213	PMS-OLANZAPINE ODT	PMS
02327791	SANDOZ OLANZAPINE ODT	SDZ
02243088	ZYPREXA ZYDIS	LIL

10mg CompriméComprimé

02311992	OLANZAPINE	PDL
----------	------------	-----

PÉRICYAZINE**5mg Capsule**

01926780	NEULEPTIL	ERF
----------	-----------	-----

10mg Capsule

01926772	NEULEPTIL	ERF
----------	-----------	-----

20mg Capsule

01926764	NEULEPTIL	ERF
----------	-----------	-----

10mg/mL Gouttes

01926756	NEULEPTIL	ERF
----------	-----------	-----

PERPHÉNAZINE**2mg Comprimé**

00335134	APO-PERPHENAZINE	APX
----------	------------------	-----

4mg Comprimé

00335126	APO-PERPHENAZINE	APX
----------	------------------	-----

8mg Comprimé

00335118	APO-PERPHENAZINE	APX
----------	------------------	-----

16mg Comprimé

00335096	APO-PERPHENAZINE	APX
----------	------------------	-----

3.2mg/mL Liquide

00751898	PMS-PERPHENAZINE	PMS
----------	------------------	-----

PIMOZIDE**2mg Comprimé**

02245432	APO-PIMOZIDE	APX
----------	--------------	-----

4mg Comprimé

00313815	ORAP	PHH
----------	------	-----

PIPOTIAZINE (PALMITATE DE)**25mg/mL Injection**

01926667	PIPORTIL L4	SAC
----------	-------------	-----

28:16.08 TRANQUILLISANTS**PROCHLORPÉRAZINE****5mg Comprimé**

00886440	APO-PROCHLORAZINE	APX
01964399	NU-PROCHLOR	NXP
00753661	PMS-PROCHLORPERAZINE	PMS

10mg Comprimé

00886432	APO-PROCHLORAZINE	APX
01964402	NU-PROCHLOR	NXP
00753637	PMS-PROCHLORPERAZINE	PMS

5mg/mL Injection

00789747	PROCHLORPERAZINE	SDZ
----------	------------------	-----

10mg Suppositoire

00753688	PMS-PROCHLORPERAZINE	PMS
00789720	PROCHLORPERAZINE	SDZ

QUÉTIAPINE (FUMARATE DE)**25mg Comprimé**

02313901	APO-QUETIAPINE	APX
02316080	CO QUETIAPINE	COB
02298996	DOM-QUETIAPINE	DPC
02330415	JAMP-QUETIAPINE	JMP
02307804	MYLAN-QUETIAPINE	MYL
02284235	NOVO-QUETIAPINE	TEV
02299054	PHL-QUETIAPINE	PHH
02296551	PMS-QUETIAPINE	PMS
02317346	PRO-QUETIAPINE	PDL
02317893	QUETIAPINE	MEL
02353164	QUETIAPINE	SAN
02311704	RATIO-QUETIAPINE	RPH
02316692	RIVA-QUETIAPINE	RIV
02313995	SANDOZ-QUETIAPINE	SDZ
02236951	SEROQUEL	AZC

50mg Comprimé

02361892	PMS-QUETIAPINE	VTH
----------	----------------	-----

100mg Comprimé

02313928	APO-QUETIAPINE	APX
----------	----------------	-----

02316099	CO QUETIAPINE	COB
----------	---------------	-----

02299003	DOM-QUETIAPINE	DPC
----------	----------------	-----

02330423	JAMP-QUETIAPINE	JMP
----------	-----------------	-----

02307812	MYLAN-QUETIAPINE	MYL
----------	------------------	-----

02284243	NOVO-QUETIAPINE	TEV
----------	-----------------	-----

02299062	PHL-QUETIAPINE	PHH
----------	----------------	-----

02296578	PMS-QUETIAPINE	PMS
----------	----------------	-----

02317354	PRO-QUETIAPINE	PDL
----------	----------------	-----

02317907	QUETIAPINE	MEL
----------	------------	-----

02353172	QUETIAPINE	SAN
----------	------------	-----

02311712	RATIO-QUETIAPINE	RPH
----------	------------------	-----

02316706	RIVA-QUETIAPINE	RIV
----------	-----------------	-----

02314002	SANDOZ-QUETIAPINE	SDZ
----------	-------------------	-----

02236952	SEROQUEL	AZC
----------	----------	-----

28:16.08 TRANQUILLISANTS**QUÉTIAPINE (FUMARATE DE)****200mg Comprimé**

02313936	APO-QUETIAPINE	APX
02316110	CO QUETIAPINE	COB
02299038	DOM-QUETIAPINE	DPC
02330458	JAMP-QUETIAPINE	JMP
02307839	MYLAN-QUETIAPINE	MYL
02284278	NOVO-QUETIAPINE	TEV
02299089	PHL-QUETIAPINE	PHH
02296594	PMS-QUETIAPINE	PMS
02317362	PRO-QUETIAPINE	PDL
02317923	QUETIAPINE	MEL
02353199	QUETIAPINE	SAN
02311747	RATIO-QUETIAPINE	RPH
02316722	RIVA-QUETIAPINE	RIV
02314010	SANDOZ-QUETIAPINE	SDZ
02236953	SEROQUEL	AZC

300mg Comprimé

02313944	APO-QUETIAPINE	APX
02316129	CO QUETIAPINE	COB
02299046	DOM-QUETIAPINE	DPC
02330466	JAMP-QUETIAPINE	JMP
02307847	MYLAN-QUETIAPINE	MYL
02284286	NOVO-QUETIAPINE	TEV
02299097	PHL-QUETIAPINE	PHH
02296608	PMS-QUETIAPINE	PMS
02317370	PRO-QUETIAPINE	PDL
02317931	QUETIAPINE	MEL
02353202	QUETIAPINE	SAN
02316730	RIVA-QUETIAPINE	RIV
02314029	SANDOZ-QUETIAPINE	SDZ
02244107	SEROQUEL	AZC

RISPÉRIDONE**0.25mg Comprimé**

02371766	MAR-RISPERIDONE	MAR
----------	-----------------	-----

0.25mg Comprimé

02282119	APO-RISPERIDONE	APX
----------	-----------------	-----

02282585	CO RISPERIDONE	COB
----------	----------------	-----

02359790	MINT-RISPERIDONE	MIN
----------	------------------	-----

02282240	MYLAN-RISPERIDONE	MYL
----------	-------------------	-----

02282690	NOVO-RISPERIDONE	TEV
----------	------------------	-----

02258439	PHL-RISPERIDONE	PHH
----------	-----------------	-----

02252007	PMS-RISPERIDONE	PMS
----------	-----------------	-----

02312700	PRO-RISPERIDONE	PDL
----------	-----------------	-----

02280906	RAN-RISPERIDONE	RYB
----------	-----------------	-----

02264757	RATIO-RISPERIDONE	RPH
----------	-------------------	-----

02328305	RBX-RISPERIDONE	RYB
----------	-----------------	-----

02240551	RISPERDAL	JNO
----------	-----------	-----

02303485	RISPERIDONE	MEL
----------	-------------	-----

02356880	RISPERIDONE	SAN
----------	-------------	-----

02283565	RIVA-RISPERIDONE	RIV
----------	------------------	-----

02303655	SANDOZ RISPERIDONE	SDZ
----------	--------------------	-----

28:16.08 TRANQUILLISANTS**RISPÉRIDONE****0.5mg Comprimé**

02282127	APO-RISPERIDONE
02282593	CO RISPERIDONE
02278448	DOM-RISPERIDONE
02371774	MAR-RISPERIDONE
02359804	MINT-RISPERIDONE
02282259	MYLAN-RISPERIDONE
02264188	NOVO-RISPERIDONE
02258447	PHL-RISPERIDONE
02252015	PMS-RISPERIDONE
02312719	PRO-RISPERIDONE
02280914	RAN-RISPERIDONE
02264765	RATIO-RISPERIDONE
02328313	RBX-RISPERIDONE
02240552	RISPERDAL
02303493	RISPERIDONE
02356899	RISPERIDONE
02283573	RIVA-RISPERIDONE
02303663	SANDOZ RISPERIDONE

APX
COB
DPC
MAR
MIN
MYL
TEV
PHH
PMS
PDL
RBY
RPH
RBY
JNO
MEL
SAN
RIV
SDZ

28:16.08 TRANQUILLISANTS**RISPÉRIDONE****2mg Comprimé**

02282143	APO-RISPERIDONE
02282615	CO RISPERIDONE
02278464	DOM-RISPERIDONE
02371790	MAR-RISPERIDONE
02359820	MINT-RISPERIDONE
02282275	MYLAN-RISPERIDONE
02264218	NOVO-RISPERIDONE
02258463	PHL-RISPERIDONE
02252031	PMS-RISPERIDONE
02312735	PRO-RISPERIDONE
02280930	RAN-RISPERIDONE
02264781	RATIO-RISPERIDONE
02328348	RBX-RISPERIDONE
02025299	RISPERDAL
02303515	RISPERIDONE
02356910	RISPERIDONE
02283603	RIVA-RISPERIDONE
02279819	SANDOZ-RISPERIDONE

APX
COB
DPC
MAR
MIN
MYL
TEV
PHH
PMS
PDL
RBY
RPH
RBY
JNO
MEL
SAN
RIV
SDZ

1mg Comprimé

02282135	APO-RISPERIDONE
02282607	CO RISPERIDONE
02278456	DOM-RISPERIDONE
02371782	MAR-RISPERIDONE
02359812	MINT-RISPERIDONE
02282267	MYLAN-RISPERIDONE
02264196	NOVO-RISPERIDONE
02258455	PHL-RISPERIDONE
02252023	PMS-RISPERIDONE
02312727	PRO-RISPERIDONE
02280922	RAN-RISPERIDONE
02264773	RATIO-RISPERIDONE
02328321	RBX-RISPERIDONE
02025280	RISPERDAL
02303507	RISPERIDONE
02356902	RISPERIDONE
02283581	RIVA-RISPERIDONE
02279800	SANDOZ-RISPERIDONE

APX
COB
DPC
MAR
MIN
MYL
TEV
PHH
PMS
PDL
RBY
RPH
RBY
JNO
MEL
SAN
RIV
SDZ

3mg Comprimé

02282151	APO-RISPERIDONE
02282623	CO RISPERIDONE
02278472	DOM-RISPERIDONE
02371804	MAR-RISPERIDONE
02359839	MINT-RISPERIDONE
02282283	MYLAN-RISPERIDONE
02264226	NOVO-RISPERIDONE
02258471	PHL-RISPERIDONE
02252058	PMS-RISPERIDONE
02312743	PRO-RISPERIDONE
02280949	RAN-RISPERIDONE
02264803	RATIO-RISPERIDONE
02328364	RBX-RISPERIDONE
02025302	RISPERDAL
02303523	RISPERIDONE
02356929	RISPERIDONE
02283611	RIVA-RISPERIDONE
02279827	SANDOZ-RISPERIDONE

APX
COB
DPC
MAR
MIN
MYL
TEV
PHH
PMS
PDL
RBY
RPH
RBY
JNO
MEL
SAN
RIV
SDZ

28:16.08 TRANQUILLISANTS**RISPÉRIDONE****4mg Comprimé**

02282178	APO-RISPERIDONE
02282631	CO RISPERIDONE
02371812	MAR-RISPERIDONE
02359847	MINT-RISPERIDONE
02282291	MYLAN-RISPERIDONE
02264234	NOVO-RISPERIDONE
02258498	PHL-RISPERIDONE
02252066	PMS-RISPERIDONE
02312751	PRO-RISPERIDONE
02280957	RAN-RISPERIDONE
02264811	RATIO-RISPERIDONE
02328372	RBX-RISPERIDONE
02025310	RISPERDAL
02303531	RISPERIDONE
02356937	RISPERIDONE
02283638	RIVA-RISPERIDONE
02279835	SANDOZ-RISPERIDONE

0.5mg Comprimé à dissolution orale

02247704	RISPERDAL-M
----------	-------------

1mg Comprimé à dissolution orale

02291789	PMS-RISPERIDONE ODT
02247705	RISPERDAL-M

2mg Comprimé à dissolution orale

02291797	PMS-RISPERIDONE ODT
02247706	RISPERDAL-M

3mg Comprimé à dissolution orale

02268086	RISPERDAL-M
----------	-------------

4mg Comprimé à dissolution orale

02268094	RISPERDAL-M
----------	-------------

1mg/mL Solution

02280396	APO-RISPERIDONE
02279266	PMS-RISPERIDONE
02236950	RISPERDAL

THIOPROPÉRAZINE (MÉSYLATE DE)**10mg Comprimé**

01927639	MAJEPTIL
----------	----------

APX

COB

MAR

MIN

MYL

TEV

PHH

PMS

PDL

RBY

RPH

RBY

JNO

MEL

SAN

RIV

SDZ

JNO

PMS

JNO

PMS

JNO

JNO

APX

PMS

JNO

28:16.08 TRANQUILLISANTS**TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE)****10mg Comprimé**

00326836	TRIFLUOPERAZINE	AAP
----------	-----------------	-----

20mg Comprimé

00595942	TRIFLUOPERAZINE	AAP
----------	-----------------	-----

10mg/mL Liquide

00751871	PMS-TRIFLUOPERAZINE	PMS
----------	---------------------	-----

ZIPRASIDONE MONOHYDRATÉ (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles schizoaffectifs chez les patients :

a.- qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat d'un autre antipsychotique ou

b.- pour lesquels un autre antipsychotique est contre-indiqué

20MG Capsule

02298597	ZELDOX	PFI
----------	--------	-----

40MG Capsule

02298600	ZELDOX	PFI
----------	--------	-----

60mg Capsule

02298619	ZELDOX	PFI
----------	--------	-----

80mg Capsule

02298627	ZELDOX	PFI
----------	--------	-----

28:20.04 AMPHÉTAMINES**DEXTROAMPHÉTAMINE (SULFATE DE)****10mg Capsule à libération progressive**

01924559	DEXEDRINE SPANSULE	GSK
----------	--------------------	-----

15mg Capsule à libération progressive

01924567	DEXEDRINE SPANSULE	GSK
----------	--------------------	-----

5mg Comprimé

01924516	DEXEDRINE	GSK
----------	-----------	-----

28:20.92 STIMULANTS ANOREXIGÈNE ET RESPIRATOIRE ET CÉRÉBRAL DIVERS**MÉTHYLPHÉNIDATE****5mg Comprimé**

02273950	APO-METHYLPHENIDATE	APX
----------	---------------------	-----

02326221	METHYLPHENIDATE	PDL
----------	-----------------	-----

02234749	PMS-METHYLPHENIDATE	PMS
----------	---------------------	-----

10mg Comprimé

02249324	APO-METHYLPHENIDATE	APX
----------	---------------------	-----

02326248	METHYLPHENIDATE	PDL
----------	-----------------	-----

00584991	PMS-METHYLPHENIDATE	PMS
----------	---------------------	-----

00005606	RITALIN	NVR
----------	---------	-----

20mg Comprimé

02249332	APO-METHYLPHENIDATE	APX
----------	---------------------	-----

02326256	METHYLPHENIDATE	PDL
----------	-----------------	-----

00585009	PMS-METHYLPHENIDATE	PMS
----------	---------------------	-----

00005614	RITALIN	NVR
----------	---------	-----

28:20.92 STIMULANTS ANOREXIGÈNE ET RESPIRATOIRE ET CÉRÉBRAL DIVERS

MÉTHYLPHÉNIDATE

20mg Comprimé à libération progressive

02266687	APO-METHYLPHENIDATE SR	APX
00632775	RITALIN SR	NVR
02320312	SANDOZ-METHYLPHENIDATE SR	SDZ

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)

Les critères de médicament à usage restreint (autorisation préalable requise) pour Concerta® (et pour les génériques) sont:

- Pour le traitement du trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité (TDAH) chez les patients âgés de 6 à 18 ans ayant d'importants problèmes de comportements inadéquats ou ayant des problèmes d'inattention qui perturbent l'apprentissage; ET
- Chez qui la méthylphenidate à libération progressive (i.e. Ritalin SR) ou la dextroamphétamine à libération progressive (i.e. Dexedrine Spansules) n'a pas réussi à contrôler les symptômes; du trouble de déficit; ET
- Les prescriptions qui proviennent ou sont faites en consultation avec un spécialiste tel que: pédopsychiatre, pédiatre ou un médecin de famille avec expertise dans le traitement du TDAH.

18mg Comprimé à effet prolongé

02247732	CONCERTA	JNO
02315068	NOVO-METHYLPHENIDATE ER	TEV

27mg Comprimé à effet prolongé

02250241	CONCERTA	JNO
02315076	NOVO-METHYLPHENIDATE ER	TEV

36mg Comprimé à effet prolongé

02247733	CONCERTA	JNO
02315084	NOVO-METHYLPHENIDATE ER	TEV

54mg Comprimé à effet prolongé

02330377	APO-METHYLPHENIDATE ER	APX
02247734	CONCERTA	JNO
02315092	NOVO-METHYLPHENIDATE ER	TEV

MODAFINIL

100mg Comprimé

02239665	ALERTEC	DPY
02285398	MODAFINIL	AAP

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

ALPRAZOLAM

0.25mg Comprimé

01908189	ALPRAZOLAM	PDL
02349191	ALPRAZOLAM	SAN
00865397	APO-ALPRAZ	APX
02137534	MYLAN-ALPRAZOLAM	MYL
01913239	NU-ALPRAZ	NXP
01913484	TEVA-ALPRAZOL	TEV
00548359	XANAX	PFI

0.5mg Comprimé

01908170	ALPRAZOLAM	PDL
02349205	ALPRAZOLAM	SAN
00865400	APO-ALPRAZ	APX
02137542	MYLAN-ALPRAZOLAM	MYL
01913247	NU-ALPRAZ	NXP
01913492	TEVA-ALPRAZOL	TEV
00548367	XANAX	PFI

1mg Comprimé

02248706	ALPRAZOLAM	PDL
02243611	APO-ALPRAZ	APX
02229813	MYLAN-ALPRAZOLAM	MYL
00723770	XANAX	PFI

2mg Comprimé

02243612	APO-ALPRAZ	APX
02229814	MYLAN-ALPRAZOLAM	MYL
00813958	XANAX TS	PFI

BROMAZÉPAM

1.5mg Comprimé

02177153	APO-BROMAZEPAM	APX
02171856	NU-BROMAZEPAM	NXP

3mg Comprimé

02177161	APO-BROMAZEPAM	APX
02220520	BROMAZEPAM	PDL
00518123	LECTOPAM	HLR
02171864	NU-BROMAZEPAM	NXP
02230584	TEVA-BROMAZEPAM	TEV

6mg Comprimé

02177188	APO-BROMAZEPAM	APX
02220539	BROMAZEPAM	PDL
00518131	LECTOPAM	HLR
02171872	NU-BROMAZEPAM	NXP
02230585	TEVA-BROMAZEPAM	TEV

CLOBAZAM

10mg Comprimé

02244638	APO-CLOBAZAM	APX
02248454	CLOBAZAM	PDL
02247230	DOM-CLOBAZAM	DPC
02221799	FRISIUM	PED
02244474	PMS-CLOBAZAM	PMS
02238334	TEVA-CLOBAZAM	TEV

**28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET
HYPNOTIQUES -
BENZODIAZÉPINES**

DIAZÉPAM

2mg Comprimé

00405329	APO-DIAZEPAM	APX
00434396	DIAZEPAM	PDL
02247490	PMS-DIAZEPAM	PMS

5mg Comprimé

00362158	APO-DIAZEPAM	APX
00313580	DIAZEPAM	PRO
02247491	PMS-DIAZEPAM	PMS
00013285	VALIUM	HLR

10mg Comprimé

00405337	APO-DIAZEPAM	APX
00434388	DIAZEPAM	PDL
02247492	PMS-DIAZEPAM	PMS

1mg/mL Solution orale

00891797	PMS-DIAZEPAM	PMS
----------	--------------	-----

LORAZÉPAM

0.5mg Comprimé

00655740	APO-LORAZEPAM	APX
02041413	ATIVAN	WAY
02041456	ATIVAN SUBLINGUAL	WAY
02245784	DOM-LORAZEPAM	DPC
02351072	LORAZEPAM	SAN
00711101	NOVO-LORAZEM	TEV
00865672	NU-LORAZ	NXP
00655643	PRO-LORAZEPAM	PDL

1mg Comprimé

00655759	APO-LORAZEPAM	APX
02041421	ATIVAN	WAY
02041464	ATIVAN SUBLINGUAL	WAY
02245785	DOM-LORAZEPAM	DPC
02351080	LORAZEPAM	SAN
00637742	NOVO-LORAZEM	TEV
00865680	NU-LORAZ	NXP
00655651	PRO-LORAZEPAM	PDL

2mg Comprimé

00655767	APO-LORAZEPAM	APX
02041448	ATIVAN	WAY
02041472	ATIVAN SUBLINGUAL	WAY
02245786	DOM-LORAZEPAM	DPC
02351099	LORAZEPAM	SAN
00637750	NOVO-LORAZEM	TEV
00865699	NU-LORAZ	NXP
00655678	PRO-LORAZEPAM	PDL

NITRAZÉPAM

5mg Comprimé

02245230	APO-NITRAZEPAM	APX
00511528	MOGADON	ICN
02229654	NITRAZADON	VAE
02234003	SANDOZ-NITRAZEPAM	SDZ

**28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET
HYPNOTIQUES -
BENZODIAZÉPINES**

NITRAZÉPAM

10mg Comprimé

02245231	APO-NITRAZEPAM	APX
00511536	MOGADON	VAE
02229655	NITRAZADON	VAE
02234007	SANDOZ-NITRAZEPAM	SDZ

OXAZÉPAM

10mg Comprimé

00402680	APO-OXAZEPAM	APX
00497754	OXAZEPAM	PDL
00568392	RIVA OXAZEPAM	RIV

15mg Comprimé

00402745	APO-OXAZEPAM	APX
00497762	OXAZEPAM	PDL
00568406	RIVA OXAZEPAM	RIV

30mg Comprimé

00402737	APO-OXAZEPAM	APX
00497770	OXAZEPAM	PDL
00568414	RIVA OXAZEPAM	RIV

TÉMAZÉPAM

15mg Capsule

02225964	APO-TEMAZEPAM	APX
02244814	CO TEMAZEPAM	COB
02229756	DOM-TEMAZEPAM	DPC
02230095	NOVO-TEMAZEPAM	TEV
02223570	NU-TEMAZEPAM	NXP
02243023	RATIO-TEMAZEPAM	RPH
00604453	RESTORIL	ORY
02229760	TEMAZEPAM	PDL

30mg Capsule

02225972	APO-TEMAZEPAM	APX
02244815	CO TEMAZEPAM	COB
02229758	DOM-TEMAZEPAM	DPC
02230102	NOVO-TEMAZEPAM	TEV
02223589	NU-TEMAZEPAM	NXP
02243024	RATIO-TEMAZEPAM	RPH
00604461	RESTORIL	ORY
02229761	TEMAZEPAM	PDL

TRIAZOLAM

0.125mg Comprimé

00808563	APO-TRIAZO	APX
----------	------------	-----

0.25mg Comprimé

00808571	APO-TRIAZO	APX
----------	------------	-----

28:24.92 ANXIOLYTIQUES,SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES DIVERS
HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D')
10mg Capsule

00646059	APO-HYDROXYZINE	APX
00739618	HYDROXYZINE	PDL
00738824	NOVO-HYDROXYZIN	TEV
02241192	RIVA-HYDROXYZIN	RIV

25mg Capsule

00646024	APO-HYDROXYZINE	APX
00739626	HYDROXYZINE	PDL
00738832	NOVO-HYDROXYZIN	TEV
02241193	RIVA-HYDROXYZIN	RIV

50mg Capsule

00646016	APO-HYDROXYZINE	APX
00739634	HYDROXYZINE	PDL
00738840	NOVO-HYDROXYZIN	TEV
02241194	RIVA-HYDROXYZIN	RIV

2mg/mL Sirop

00024694	ATARAX	ERF
00741817	PMS-HYDROXYZINE	PMS

28:28.00 ANTIMANIAQUES
LITHIUM (CARBONATE DE)
150mg Capsule

02242837	APO-LITHIUM CARB	APX
09857532	APO-LITHIUM CARBONATE	APX
02013231	LITHANE	ERF
02216132	PMS-LITHIUM CARBONATE	PMS

300mg Capsule

02242838	APO-LITHIUM CARB	APX
09857540	APO-LITHIUM CARBONATE	APX
00236683	CARBOLITH	VAE
00406775	LITHANE	ERF
02216140	PMS-LITHIUM CARBONATE	PMS

600mg Capsule

02011239	CARBOLITH	VAE
02216159	PMS-LITHIUM CARBONATE	PMS

LITHIUM (CITRATE DE)
60mg/mL Sirop

02074834	PMS-LITHIUM CITRATE	PMS
----------	---------------------	-----

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE
ALMOTRIPTAN (MALATE DE)
6.25mg Comprimé

02248128	AXERT	MCL
----------	-------	-----

12.5mg Comprimé

02248129	AXERT	MCL
----------	-------	-----

NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE)
1mg Comprimé

02237820	AMERGE	GSK
02314290	NOVO-NARATRIPTAN	TEV

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE
NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE)
2.5mg Comprimé

02237821	AMERGE	GSK
02314304	NOVO-NARATRIPTAN	TEV
02322323	SANDOZ NARATRIPTAN	SDZ

RIZATRIPTAN
5mg Cachet Ultra-Fondant

02240518	MAXALT RPD	FRS
02240519	MAXALT RPD	FRS

5mg Comprimé

02240520	MAXALT	FRS
02240521	MAXALT	FRS

SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE)
5mg Vaporisateur nasal

02230418	IMITREX	GSK
02230420	IMITREX	GSK

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE)
25mg Comprimé

02257882	CO SUMATRIPTAN	COB
02270749	DOM-SUMATRIPTAN	DPC
02268906	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02286815	NOVO-SUMATRIPTAN DF	TEV
02256428	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02286513	SUMATRIPTAN	SAN

50mg Comprimé

02268388	APO-SUMATRIPTAN	APX
02257890	CO SUMATRIPTAN	COB
02270757	DOM-SUMATRIPTAN	DPC

02212153 IMITREX DF

02268914	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02286823	NOVO-SUMATRIPTAN DF	TEV
02256436	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02263025	SANDOZ-SUMATRIPTAN	SDZ
02286521	SUMATRIPTAN	SAN

100mg Comprimé

02268396	APO-SUMATRIPTAN	APX
02257904	CO SUMATRIPTAN	COB
02270765	DOM-SUMATRIPTAN	DPC

02212161 IMITREX DF

02268922	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02239367	NOVO-SUMATRIPTAN	TEV
02286831	NOVO-SUMATRIPTAN DF	TEV
02256444	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02263033	SANDOZ-SUMATRIPTAN	SDZ

02286548 SUMATRIPTAN

02286548	SUMATRIPTAN	PDL
02324660	SUMATRIPTAN	PDL

6mg/0.5mL Injection

02361698	SUMATRIPTAN SUN	SUN
----------	-----------------	-----

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE)

12mg/mL Injection

02212188 IMITREX
99000598 IMITREX

GSK
GSK *

ZOLMITRIPTAN

2.5mg Comprimé

02369036	MYLAN ZOLMITRIPTAN	MYL
02324229	PMS-ZOLMITRIPTAN	PMS
02362988	SANDOZ ZOLMITRIPTAN	SDZ
02313960	TEVA-ZOLMITRIPTAN	TEV
02238660	ZOMIG	AZC

2.5mg Comprimé à dissolution orale

02324768	PMS-ZOLMITRIPTAN ODT	PMS
02362996	SANDOZ ZOLMITRIPTAN ODT	SDZ
02342545	TEVA-ZOLMITRIPTAN OD	TEV
02243045	ZOMIG RAPIMELT	AZC

28:32.92 AGENTS ANTIMIGRAINEUX DIVERS

FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE)

5mg Capsule

02246082 FLUNARIZINE AAP

PIZOTYLINE (HYDROGÈNE MALATE DE)

0.5mg Comprimé

00329320 SANDOMIGRAN PED

1mg Comprimé

00511552 SANDOMIGRAN DS PED

28:36.08 ANTIPARKINSONIENS - AGENTS ANTICHOLINERGIQUES

BENZTROPINE (MÉSYLATE DE)

1mg Comprimé

00706531 PMS-BENZTROPINE PMS

2mg Comprimé

00426857	APO-BENZTROPINE	APX
00587265	PMS-BENZTROPINE	PMS

1mg/mL Injection

02238903 BENZTROPINE OMEGA OMG

ÉTHOPROPAZINE (CHLORHYDRATE D')

50mg Comprimé

01927744 PARSLAN ERF

PROCYCLIDINE (CHLORHYDRATE DE)

2.5mg Comprimé

00649392 PMS-PROCYCLIDINE PMS

5mg Comprimé

00587354 PMS-PROCYCLIDINE PMS

0.5mg/mL Élixir

00587362 PMS-PROCYCLIDINE PMS

28:36.08 ANTIPARKINSONIENS - AGENTS ANTICHOLINERGIQUES

TRIHEXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE)

2mg Comprimé

00545058 TRIHEXYPHENIDYL AAP

5mg Comprimé

00545074 TRIHEXYPHENIDYL AAP

0.4mg/mL Liquide

00885398 PMS-TRIHEXYPHENIDYL PMS

28:36.12 ANTIPARKINSONIENS - INHIBITEURS DE LA CATECHOL-O-METHYLTRANSFERASE (COMT)

ENTACAPONE

ct 200mg Comprimé

02243763 COMTAN NVR

28:36.16 ANTIPARKINSONIENS - PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE

LÉVODOPA, BENSÉRAZIDE

ct 50mg & 12.5mg Capsule

00522597 PROLOPA HLR

ct 100mg & 25mg Capsule

00386464 PROLOPA HLR

ct 200mg & 50mg Capsule

00386472 PROLOPA HLR

LÉVODOPA, CARBIDOPA

ct 100mg & 10mg Comprimé

02195933 APO-LEVOCARB APX

02244494 NOVO-LEVOCARBIDOPA TEV

02182831 NU-LEVOCARB NXP

00355658 SINEMET BMS

ct 100mg & 25mg Comprimé

02195941 APO-LEVOCARB APX

02244495 NOVO-LEVOCARBIDOPA TEV

02182823 NU-LEVOCARB NXP

02311178 PRO-LEVOCARB PDL

00513997 SINEMET BMS

ct 250mg & 25mg Comprimé

02195968 APO-LEVOCARB APX

02244496 NOVO-LEVOCARBIDOPA TEV

02182858 NU-LEVOCARB NXP

00328219 SINEMET BMS

ct 100mg & 25mg Comprimé à libération contrôlée

02272873 LEVOCARB CR AAP

02028786 SINEMET CR BMS

ct 200mg & 50mg Comprimé à libération contrôlée

00870935 SINEMET CR BMS

LÉVODOPA, CARBIDOPA, ENTACAPONE

ct 50mg & 12.5mg & 200mg Comprimé

02305933 STALEVO NVR

**28:36.16 ANTIPARKINSONIENS -
PRÉCURSEURS DE LA
DOPAMINE**

LÉVODOPA, CARBIDOPA, ENTACAPONE

ct 75mg & 18.75mg & 200mg Comprimé

02337827	STALEVO	NVR
ct 100mg & 25mg & 200mg Comprimé		
02305941	STALEVO	NVR
ct 125mg & 31.25mg & 200mg Comprimé		
02337835	STALEVO	NVR
ct 150mg & 37.5mg & 200mg Comprimé		
02305968	STALEVO	NVR

**28:36.20 ANTIPARKINSONIENS -
AGONISTES DES RÉCEPTEURS
DE LA DOPAMINE**

BROMOCRIPTINE (MÉSYLATE DE)

5mg Capsule

02230454	APO-BROMOCRIPTINE	APX
02238637	DOM-BROMOCRIPTINE	DPC
02236949	PMS-BROMOCRIPTINE	PMS

2.5mg Comprimé

02087324	APO-BROMOCRIPTINE	APX
02238636	DOM-BROMOCRIPTINE	DPC
02231702	PMS-BROMOCRIPTINE	PMS

CABERGOLINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les patients qui n'ont pas obtenu de bons résultats avec la bromocriptine ou qui sont incapables de tolérer ce produit.

0.5mg Comprimé

02301407	CO CABERGOLINE	COB
02242471	DOSTINEX	PFI

PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE)

ct 0.25mg Comprimé

02292378	APO-PRAMIPEXOLE	APX
02237145	MIRAPEX	BOE
09857268	MIRAPEX (ONT)	BOE *
02376350	MYLAN-PRAMIPEXOLE	MYL
02269309	NOVO-PRAMIPEXOLE	TEV
02290111	PMS-PRAMIPREXOLE	PMS
02325802	PRAMIPEXOLE	PDL
02367602	PRAMIPEXOLE	SAN
02315262	SANDOZ-PRAMIPEXOLE	SDZ

ct 0.5mg Comprimé

02292386	APO-PRAMIPEXOLE	APX
02241594	MIRAPEX	BOE
02376369	MYLAN-PRAMIPEXOLE	MYL
02269317	NOVO-PRAMIPEXOLE	TEV
02290138	PMS-PRAMIPREXOLE	PMS
02325810	PRAMIPEXOLE	PDL
02367610	PRAMIPEXOLE	SAN
02315270	SANDOZ-PRAMIPEXOLE	SDZ

**28:36.20 ANTIPARKINSONIENS -
AGONISTES DES RÉCEPTEURS
DE LA DOPAMINE**

PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE)

ct 1mg Comprimé

02292394	APO-PRAMIPEXOLE	APX
02237146	MIRAPEX	BOE
09857269	MIRAPEX (ONT)	BOE *
02376377	MYLAN-PRAMIPEXOLE	MYL
02269325	NOVO-PRAMIPEXOLE	TEV
02290146	PMS-PRAMIPREXOLE	PMS
02325829	PRAMIPEXOLE	PDL
02367629	PRAMIPEXOLE	SAN
02315289	SANDOZ-PRAMIPEXOLE	SDZ

ct 1.5mg Comprimé

02292408	APO-PRAMIPEXOLE	APX
02237147	MIRAPEX	BOE
09857270	MIRAPEX (ONT)	BOE *
02376385	MYLAN-PRAMIPEXOLE	MYL
02269333	NOVO-PRAMIPEXOLE	TEV
02290154	PMS-PRAMIPREXOLE	PMS
02325837	PRAMIPEXOLE	PDL
02367645	PRAMIPEXOLE	SAN
02315297	SANDOZ-PRAMIPEXOLE	SDZ

PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE

ct 0.25mg Comprimé

02297302	CO PRAMIPEXOLE	COB
02297310	CO PRAMIPEXOLE	COB

ct 1mg Comprimé

02297329	CO PRAMIPEXOLE	COB
02297337	CO PRAMIPEXOLE	COB

ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE)

ct 0.25mg Comprimé

02337746	APO-ROPINIROLE	APX
02316846	CO-ROPINIROLE	COB
02326590	PMS-ROPINIROLE	PMS
02314037	RAN-ROPINIROLE	RBY
02232565	REQUIP	GSK
02353040	ROPINIROLE	SAN

ct 1mg Comprimé

02337762	APO-ROPINIROLE	APX
02316854	CO-ROPINIROLE	COB
02326612	PMS-ROPINIROLE	PMS
02314053	RAN-ROPINIROLE	RBY
02232567	REQUIP	GSK
02353059	ROPINIROLE	SAN

ct 2mg Comprimé

02337770	APO-ROPINIROLE	APX
02316862	CO-ROPINIROLE	COB
02326620	PMS-ROPINIROLE	PMS
02314061	RAN-ROPINIROLE	RBY
02232568	REQUIP	GSK
02353067	ROPINIROLE	SAN

**28:36.20 ANTIPARKINSONIENS -
AGONISTES DES RÉCEPTEURS
DE LA DOPAMINE**

ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE)

ct 5mg Comprimé

02337800	APO-ROPINIROLE	APX
02316870	CO-ROPINIROLE	COB
02326639	PMS-ROPINIROLE	PMS
02314088	RAN-ROPINIROLE	RBY
02232569	REQUIP	GSK
02353075	ROPINIROLE	SAN

**28:36.32 ANTIPARKINSONIENS -
INHIBITEURS DE LA
MONOAMINE OXIDASE B
INHIBITORS**

SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE)

ct 5mg Comprimé

02230641	APO-SELEGILINE	APX
02238340	DOM-SELEGILINE	DPC
02231036	MYLAN-SELEGILINE	MYL
02068087	NOVO-SELEGILINE	TEV
02230717	NU-SELEGILINE	NXP

**28:92.00 AUTRES MÉDICAMENTS DE
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL**

ACAMPROSATE CALCIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients qui ont été abstinents à l'alcool pour au moins 4 jours et qui sont inscrits à un programme de traitement de dépendance à l'alcool s'il est accessible

333mg Comprimé à libération progressive

02293269	CAMPRAL	MYL
----------	---------	-----

TÉTRABÉNAZINE

25mg Comprimé

02199270	NITOMAN	VAE
----------	---------	-----

32:00 CONTRACEPTIFS (NON-ORAUX)

**32:00.00 CONTRACEPTIFS (NON-ORAUX)
CONDOM, MASCULIN**

Dispositif

99400527	CONDOM, LATEX, LUBRIFIES
99400485	CONDOM, LATEX, LUBRIFIES, NONOXYNOL
99400486	CONDOM, LATEX, NON-LUBRIFIES
99400786	CONDOM, NON-LATEX, LUBRIFIÉ

DISPOSITIF INTRAUTÉRIN

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture accordée pour un (1) stérilet tous les 30 mois.

Dispositif

98099999	FLEXI-T IUD	TSN
99400482	NOVA-T IUD	BEX

36:00 AGENTS DIAGNOSTIQUES (A.D.)**36:00.00 AGENTS DIAGNOSTIQUES (A.D.)****THYROTROPIN ALFA**

0.9mg/mL Poudre pour solution

02246016 THYROGEN

GEE

36:26.00 A. D. - DIABÈTE MELLITUS**GLUCOSE OXIDASE, PEROXYDASE****ACCU-CHEK ADVANTAGE Bâtonnets**

97799824	ACCU-CHEK ADVANTAGE	ROD
09853626	ACCU-CHEK ADVANTAGE (ON)	ROD

ACCU-CHEK AVIVA Bâtonnets

97799814	ACCU-CHEK AVIVA	ROD
09857178	ACCU-CHEK AVIVA STRIP (ON)	ROD

ACCU-CHEK COMPACT Bâtonnets

97799962	ACCU-CHEK COMPACT	ROD
09854282	ACCU-CHEK COMPACT (ON)	ROD *

ACCUTREND Bâtonnets

97799959	ACCUTREND	ROD
09853162	ACCUTREND (ON)	ROD

ASCENSIA BREEZE 2 Bâtonnets

97799748	ASCENSIA BREEZE 2	BAY
09857293	ASCENSIA BREEZE 2 (ON)	BAY

ASCENSIA CONTOUR Bâtonnets

97799702	ASCENSIA CONTOUR	BAY
09857127	ASCENSIA CONTOUR (ON)	BAY

EZ HEALTH ORACLE Bâtonnets

97799564	EZ HEALTH ORACLE	TRE
09857357	EZ HEALTH ORACLE (ON)	TRE

FREESTYLE Bâtonnets

97799829	FREESTYLE	ABB
09857141	FREESTYLE (ON)	ABB

FREESTYLE LITE Bâtonnets

97799597	FREESTYLE LITE	ABB
09857297	FREESTYLE LITE (ON)	ABB

ITEST Bâtonnets

97799692	ITEST	AUC
09857348	ITEST (ON)	AUC

NOVA MAX Bâtonnets

97799583	NOVA MAX	NCA
09857313	NOVA MAX (ON)	NCA

ONE TOUCH ULTRA Bâtonnets

97799985	ONE TOUCH ULTRA	JAJ
09854290	ONE TOUCH ULTRA (ON)	JAJ *

PRECISION XTRA Bâtonnets

97799840	PRECISION XTRA	ABB
09854070	PRECISION XTRA (ON)	ABB

TRUETEST Bâtonnets

97799532	TRUETEST	HOD
----------	----------	-----

TRUETRACK Bâtonnets

97799602	TRUETRACK	HOD
09857283	TRUETRACK (ON)	HOD

36:88.00 A. D. - URINE ET SELLES - CONTENU**GLUCOSE OXIDASE, PEROXYDASE****Bâtonnets**

00035130	DIASTIX	BAY
00977160	DIASTIX	BAY *
00980641	DIASTIX	BAY
99159954	DIASTIX	BAY *

SODIUM (NITROPRUSSIATE DE)**Bâtonnets**

00035092	KETOSTIX	BAY
00977322	KETOSTIX	BAY *
00980595	KETOSTIX	BAY
09853286	KETOSTIX	BAY *
99067074	KETOSTIX REG. (50)	BAY *

40:00 ÉLECTROLYTES-DIURÉTIQUES**40:08.00 ALCALINISANTS****ACIDE CITRIQUE, SODIUM (CITRATE DE)**

66.8mg & 100mg/mL Solution

00721344 DICITRATE

PMS

SODIUM (BICARBONATE DE)

325mg Comprimé

00481912 SODIUM BICARBONATE

XEN

40:10.00 DÉTOXICANTS -AMMONIAQUE**LACTULOSE**

ct 667mg/mL Liquide orale

02331551 TEVA-LACTULOSE

TEV

40:12.00 AGENTS DE SUPPLÉANCE**CALCIQUE (CARBONATE DE)**

ct 500mg Comprimé

80017732 CALCIUM

PRO

CALCIUM (CARBONATE DE)

ct 500mg Comprimé

00682039 APO-CAL 500

APX

02240240 CALCIUM

PMT

80003773 CALCIUM

TRI

02246040 CALCIUM CARBONATE

JMP

02237352 EURO-CAL

EUR

00618098 NU-CAL

ODN

00622443 O-CALCIUM 500

VTH

80001408 OYSTER SHELL CALCIUM

NUR

80001122 PMS-CALCIUM

PMS

CALCIUM (LACTOGLUCONATE DE)

20mg/mL Liquide orale

80002626 SOLUCAL

JMP

80006877 WAMPOLE MINERAL CALCIUM

JMP

CALCIUM, VITAMINE D

ct Comprimé

80017196 CALCIUM/VITAMIN D

PRO

80017190 CAL-D 400

PDL

ct 500mg & 1000IU Comprimé

80019536 M-CAL D

MAN

ct 500mg & 125IU Comprimé

80004966 CALCITE D

RIV

00730599 CALCIUM CARBONATE AVEC
VIT D

PMT

02246041 CALCIUM CARBONATE WITH D

JMP

80004968 CALCIUM D

TRI

02237351 EURO-CAL D

EUR

00720798 NEO CAL-D-500

NEO

80004281 PMS-CALCIUM/VITAMIN D

PMS

40:12.00 AGENTS DE SUPPLÉANCE**CALCIUM, VITAMINE D**

ct 500mg & 400IU Comprimé

80003919 BIOCAL-D FORTE

BMI

80004963 CALCITE 500 + D 400

RIV

80004969 CALCIUM 500 + D 400

TRI

80002623 CALCIUM 500MG WITH VIT D

JMP

02245511 CARBOCAL D

EUR

80002122 JAMP-CALCIUM+VITAMINE D

JMP

80013329 M-CAL D

MAN

80002703 NU-CAL D

ODN

80015351 PRIVA CAL D FORTE COMP

PHA

ct 500mg & 800IU Comprimé

80019533 M-CAL D

MAN

ct 500mg & 400IU Comprimé à croquer

80009628 CALODAN D

ODN

80002901 CARBOCAL D

EUR

80009412 M-CAL D

MAN

ELECTROLYTES & DEXTROSE

3.56g & 300mg & 470mg & 530mg Poudre

01931563 GASTROLYTE REG

SAC

25mg & 2.2mg & 2.2mg & 0.9mg/mL Solution

00630365 PEDIALYTE

ABB

02219883 PEDIATRIC ELECTROLYTE

PMS

MAGNÉSIUM

28mg Comprimé

80009539 JAMP-MAGNESIUM

JMP

100mg Comprimé

02068400 MAGNESIUM

JAM

25mg Liquide orale

80009357 JAMP-MAGNESIUM

JMP

MAGNESIUM CITRATE

5.40% Liquide orale

00262609 CITRO-MAG

RPH

MAGNESIUM GLUCONATE

100mg/mL Liquide orale

00026697 RATIO-MAGNESIUM

RPH

POTASSIUM (CHLORURE DE)

ct 8mmol Capsule à action prolongée

02244068 RIVA-K

RIV

ct 600mg Capsule à action prolongée

02042304 MICRO-K EXT

WAY

ct 8mmol Comprimé à action prolongée

00602884 APO-K

APX

02246734 EURO-K 600

EUR

80008214 ODAN K-8 POT CHLORIDE
COMP

ODN

00613274 PRO-600K

PDL

00074225 SLOW K

NVR

40:12.00 AGENTS DE SUPPLÉANCE**POTASSIUM (CHLORURE DE)****ct 20mmol Comprimé à action prolongée**

02242261	EURO-K 20	EUR
00713376	K-DUR	KEY
80004415	ODAN K-20	ODN
02243975	RIVA-K 20	RIV

ct 25MEQ Comprimé effervescent

02085992	K-LYTE	WPC
----------	--------	-----

ct 1.33MEQ/mL Liquide orale

01918303	K 10	GSK
02238604	PMS-POTASSIUM	PMS

SODIUM (CHLORURE DE)**0.9% Diluent pour inhalation**

02094657	BACTERIOSTATIC NACL	BIO
00801267	CHLORURE DE SODIUM	*
02058235	CHLORURE DE SODIUM	BDH

0.9% Injection

00060208	CHLORURE DE SODIUM	BAT
00402249	CHLORURE DE SODIUM	ABB
02150204	CHLORURE DE SODIUM	OMG
99002329	CHLORURE DE SODIUM	*

40:17.00 RÉSINES ÉCHANGEUSES DE CALCIUM**POLYSTYRÈNE CALCIQUE (SULFONATE DE)****1g se lie à approx. 1,6 MMOL de K Poudre**

02017741	RESONIUM CALCIUM	SAC
----------	------------------	-----

40:18.00 AGENTS ÉCHANGEURS DE IONS**POLYSTYRÈNE SODIQUE (SULFONATE DE)****250mg/mL Lavement de rétention**

00769533	PMS-SOD POLYSTYRENE SULF	PMS
----------	--------------------------	-----

1g se lie à approx. 1 MMOL de K Poudre

02026961	KAYEXALATE	SAC
00765252	K-EXIT	OMG
00755338	PMS- SOD POLYSTYRENE SULFONA	PMS

250mg/mL Suspension orale

00769541	PMS-SOD POLYSTYRENE SULF	PMS
----------	--------------------------	-----

40:20.00 AGENTS CALORIFIQUES**LÉVOCARNITINE****330mg Comprimé**

02144328	CARNITOR	SIG
----------	----------	-----

100mg/mL Liquide orale

02144336	CARNITOR	SIG
----------	----------	-----

200mg/mL Solution

02144344	CARNITOR IV	SIG
----------	-------------	-----

40:28.08 DIURÉTIQUES DE L'ANSE**ACIDE ÉTHACRYNIQUE****ct 25mg Comprimé**

02258528	EDECIN	FRS
----------	--------	-----

40:28.08 DIURÉTIQUES DE L'ANSE**FUROSÉMIDE****ct 20mg Comprimé**

00396788	APO-FUROSEMIDE	APX
02247371	BIO-FUROSEMIDE	BMI
02248124	DOM-FUROSEMIDE	BMI
00496723	FUROSEMIDE	PDL
02351420	FUROSEMIDE	SAN
02224690	LASIX	SAC
00337730	NOVO-SEMIDE	TEV
02239224	NU-FUROSEMIDE	NXP
02247493	PMS-FUROSEMIDE	PMS

ct 40mg Comprimé

00362166	APO-FUROSEMIDE	APX
02247372	BIO-FUROSEMIDE	BMI
02248125	DOM-FUROSEMIDE	BMI
00397792	FUROSEMIDE	PDL
02351439	FUROSEMIDE	SAN
02224704	LASIX	SAC
00337749	NOVO-SEMIDE	TEV
02239225	NU-FUROSEMIDE	NXP
02247494	PMS-FUROSEMIDE	PMS

ct 80mg Comprimé

00707570	APO-FUROSEMIDE	APX
00667080	FUROSEMIDE	PDL
02351447	FUROSEMIDE	SAN
00765953	NOVO-SEMIDE	TEV

ct 500mg Comprimé

02224755	LASIX SPECIAL	SAC
----------	---------------	-----

ct 10mg/mL Solution

02224720	LASIX	SAC
----------	-------	-----

40:28.16 DIURÉTIQUE D'ÉPARGNE POTASSIQUE**AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')****ct 5mg Comprimé**

02249510	MIDAMOR	AAP
----------	---------	-----

AMILORIDE (CHLORHYDRATE D'), HYDROCHLOROTHIAZIDE**ct 5mg & 50mg Comprimé**

00870943	AMI-HYDRO	PDL
00784400	APO-AMILZIDE	APX
02257378	MYLAN-AMILAZIDE	MYL
01937219	NOVAMILOR	TEV
00886106	NU-AMILZIDE	NXP

TRIAMTÉRÈNE, HYDROCHLOROTHIAZIDE**ct 50mg & 25mg Comprimé**

00441775	APO-TRIAZIDE	APX
00532657	NOVO-TRIAZIDE	TEV
00865532	NU-TRIAZIDE	NXP
00519367	PRO-TRIAZIDE	PRO
02240846	RIVA-ZIDE	RIV

40:28.20 DIURÉTIQUES THIAZIQUES

HYDROCHLOROTHIAZIDE

12.5mg Comprimé

02327856 APO-HYDRO APX
02274086 PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE BMI

25mg Comprimé

00326844 APO-HYDROCHLOROTHIAZIDE APX
02247170 BIO-HYDROCHLOROTHIAZIDE BMI
02248134 DOM-HYDROCHLOROTHIAZIDE DPC
00341975 HYDROCHLOROTHIAZIDE PDL
02360594 HYDROCHLOROTHIAZIDE SAN
00021474 NOVO-HYDRAZIDE TEV
02250659 NU-HYDRO NXP
02247386 PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE PMS

50mg Comprimé

00312800 APO-HYDRO APX
02247171 BIO-HYDROCHLOROTHIAZIDE BMI
02248135 DOM-HYDROCHLOROTHIAZIDE DPC
02360608 HYDROCHLOROTHIAZIDE SAN
00021482 NOVO-HYDRAZIDE TEV
02250667 NU-HYDRO NXP
02247387 PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE PMS

100mg Comprimé

00644552 APO-HYDRO APX
00532088 HYDROCHLOROTHIAZIDE PDL

40:28.24 DIURÉTIQUES APPARENTÉS AU THIAZIDE

CHLORTHALIDONE

50mg Comprimé

00360279 CHLORTHALIDONE AAP

100mg Comprimé

00360287 APO-CHLORTHALIDONE APX

INDAPAMIDE

1.25mg Comprimé

02245246 APO-INDAPAMIDE APX
02239913 DOM-INDAPAMIDE DPC
02227339 INDAPAMIDE PRO
02179709 LOZIDE SEV
02240067 MYLAN-INDAPAMIDE MYL
02240349 PHL-INDAPAMIDE PHH
02239619 PMS-INDAPAMIDE PMS
02312530 PRO-INDAPAMIDE PDL
02247245 RIVA-INDAPAMIDE RIV

40:28.24 DIURÉTIQUES APPARENTÉS AU THIAZIDE

INDAPAMIDE

2.5mg Comprimé

02223678	APO-INDAPAMIDE	APX
02239917	DOM-INDAPAMIDE	DPC
02049341	INDAPAMIDE	PRO
00564966	LOZIDE	SEV
02153483	MYLAN-INDAPAMIDE	MYL
02231184	NOVO-INDAPAMIDE	TEV
02223597	NU-INDAPAMIDE	NXP
02239620	PMS-INDAPAMIDE	PMS
02312549	PRO-INDAPAMIDE	PDL
02242125	RIVA-INDAPAMIDE	RIV

MÉTOLAZONE

2.5mg Comprimé

00888400	ZAROXOLYN	SAC
----------	-----------	-----

40:36.00 SOLUTIONS D'IRRIGATION

EAU

Injection

00905178	EAU POUR INJECTION (QC)	*
00038202	EAU STERILE	ABB *
99002264	EAU STERILE (QC)	*
00402257	EAU STERILE POUR INJECTION	OMG
02142546	EAU STERILE POUR INJECTION	HOS

40:40.00 URICOSURIQUES

PROBÉNÉCIDE

500mg Comprimé

00294926	BENURYL	VAE
----------	---------	-----

SULFINPYRAZONE

200mg Comprimé

02045699	NU-SULFINPYRAZONE	NXP
00441767	SULFINPYRAZONE	AAP

48:00 AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES

48:10.24 MODIFICATEUR DES RÉCEPTEURS DES LEUCOTRIÈNES

MONTELUKAST

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme:

- a. - en association avec les corticostéroïdes.
- b. - chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

10mg Comprimé

02328593	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02355523	TEVA-MONTELUKAST	TEV

4mg Comprimé à croquer

02355507	TEVA-MONTELUKAST	TEV
----------	------------------	-----

5mg Comprimé à croquer

02355515	TEVA-MONTELUKAST	TEV
----------	------------------	-----

MONTÉLUKAST

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme:

- a. - en association avec les corticostéroïdes.
- b. - chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

10mg Comprimé

02374609	APO-MONTELUKAST	APX
02368226	MYLAN-MONTELUKAST	MYL
02373947	PMS-MONTELUKAST	PMS
02238217	SINGULAIR	FRS

4mg Comprimé à croquer

02354977	PMS-MONTELUKAST	PMS
02330385	SANDOZ-MONTELUKAST	SDZ
02243602	SINGULAIR	FRS

5mg Comprimé à croquer

02354985	PMS-MONTELUKAST	PMS
02330393	SANDOZ-MONTELUKAST	SDZ
02238216	SINGULAIR	FRS

4mg Granules

02358611	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02247997	SINGULAIR	FRS

ZAFIRLUKAST

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme:

- a. - en association avec les corticostéroïdes.
- b. - chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

20mg Comprimé

02236606	ACCOLATE	AZC
----------	----------	-----

48:10.32 STABILISATEURS DE MASTOCYTES

CROMOGLYCATE SODIQUE

100mg Capsule

00500895	NALCROM	SAC
----------	---------	-----

2% Solution nasale

02231390	APO-CROMOLYN	APX
01950541	RHINARIS-CS	PMS

2% Solution ophtalmique

02009277	CROMOLYN	PMS
02230621	OPTICROM	ALL

10mg/mL Solution pour inhalation (flacons monodose)

02231671	NU-CROMOLYN	NXP
02046113	PMS-SOD CROMOGLYCATE	PMS

**52:00 MÉDICAMENTS POUR YEUX,
OREILLES, NEZ, GORGE
(O.R.L.O.)**

**52:02.00 O.R.L.O. - ANTI-ALLERGIQUES
LÉVOCARBASTINE (CHLORHYDRATE DE)**

0.05% Vaporisateur nasal
02020017 LIVOSTIN JNO

52:04.04 O.R.L.O. - ANTIBACTÉRIENS

**BACITRACINE (ZINC DE), POLYMYXINE B
(SULFATE DE)**

500IU & 10,000IU/g Onguent ophtalmique
02160889 OPTIMYXIN SDZ
02239157 POLYSPORIN PFI

CHLORAMPHÉNICOL

1% Onguent ophtalmique
02026260 DIOCHLORAM DKT
01980564 PENTAMYCETIN SDZ
0.25% Solution ophtalmique
01980556 PENTAMYCETIN SDZ
0.5% Solution ophtalmique
02023857 DIOCHLORAM DKT
02164051 PENTAMYCETIN SDZ

CIPROFLOXACIN

0.3% Onguent ophtalmique
02200864 CILOXAN ALC

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

0.3% Solution ophtalmique
02263130 APO-CIPROFLOX APX
01945270 CILOXAN ALC
02253933 PMS-CIPROFLOXACIN PMS

**CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE),
DEXAMÉTHASONE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

- a.- pour enfants de 16 ans et moins
- b.- pour otite moyenne aiguë avec otorrhée par tube de tympanostomie
- c.- pour otite moyenne aiguë en présence de tube de tympanostomie ou une perforation connue de la membrane tympanique

0.3%/0.1% Solution otique
02252716 CIPRODEX ALC

ÉRYTHROMYCINE

5mg/g Onguent
02326663 ERYTHROMYCIN STG
5mg/g Onguent ophtalmique
01912755 PMS-ERYTHROMYCIN PMS

FRAMYCÉTINE (SULFATE DE)

0.5% Onguent ophtalmique
02224895 SOFRAMYCIN ERF

52:04.04 O.R.L.O. - ANTIBACTÉRIENS

FRAMYCÉTINE (SULFATE DE)

0.5% Solution ophtalmique
02224887 SOFRAMYCIN ERF

GENTAMICINE (SULFATE DE)

0.3% Onguent ophtalmique
02023776 DIOGENT DKT
00028339 GARAMYCIN SCH
02230888 SANDOZ-GENTAMICIN SDZ

0.3% Solution
02023822 DIOGENT DKT
00512192 GARAMYCIN SCH
00512184 GARAMYCIN OTIC SCH
02219581 GENTAMICIN SPH
00776521 PMS-GENTAMICINE PMS
02229440 SANDOZ-GENTAMICIN SDZ
02229441 SANDOZ-GENTAMICIN OTIC SDZ

**GRAMICIDINE, NÉOMYCINE (SULFATE DE),
POLYMYXINE B (SULFATE DE)**

0.025mg & 2.5mg & 10,000U/mL Solution
00807435 OPTIMYXIN PLUS OPH./OT. SDZ

GRAMICIDINE, POLYMYXINE B (SULFATE DE)

0.025mg & 10,000U/mL Solution
00701785 OPTIMYXIN OPH./OT. SDZ
02239156 POLYSPORIN OPH./OT. WLA

OFLOXACINE

0.3% Solution ophtalmique
02248398 APO-OFLOXACIN APX
02143291 OCUFLOX ALL
02252570 PMS-OFLOXACIN PMS

**POLYMYXINE B (SULFATE DE),
TRIMÉTHOPRIME (SULFATE DE)**

10,000U & 1mg/mL Solution ophtalmique
02240363 PMS-POLYTRIMETHOPRIM PMS
02011956 POLYTRIM ALL

SULFACÉTAMIDE SODIQUE

10% Solution ophtalmique
02023830 DIOSULF DKT

TOBRAMYCINE

0.3% Onguent ophtalmique
00614254 TOBREX ALC
0.3% Solution ophtalmique
02239577 PMS-TOBRAMYCIN PMS
02241755 SANDOZ-TOBRAMYCIN SDZ
00513962 TOBREX ALC

52:04.20 O.R.L.O. - ANTIVIRaux

TRIFLURIDINE

1% Solution ophtalmique
02248529 SANDOZ-TRIFLURIDINE SDZ
00687456 VIROPTIC GSK

52:08.08 ORLO - CORTICOSTÉROÏDE
BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

50mcg/Dose Vaporisateur nasal		
02238796 APO-BECLOMETHASONE	APX	
02172712 MYLAN-BECLO AQ	MYL	
02238577 NU-BECLOMETHASONE	NXP	
02228300 RIVANASE AQ	RIV	

BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE), GENTAMICINE (SULFATE DE)

0.1% & 0.3% Onguent ophtalmique		
00586706 GARASONE	SCH	
0.1% & 0.3% Solution		
00682217 GARASONE OPH./OT.	SCH	
02244999 SANDOZ-PENTASONE OPH./OT.	SDZ	

BUDÉSONIDE

100mcg/Dose Poudre		
02035324 RHINOCORT TURBUHALER	AZC	
64mcg/Dose Vaporisateur nasal		
02241003 MYLAN-BUDESONIDE AQ	MYL	
02231923 RHINOCORT AQ	AZC	
100mcg/Dose Vaporisateur nasal		
02230648 MYLAN-BUDESONIDE AQ	MYL	

DEXAMÉTHASONE

0.1% Onguent ophtalmique		
00042579 MAXIDEX	ALC	
0.1% Solution ophtalmique		
02023865 DIODEX	DKT	
00785261 PMS-DEXAMETHASONE	PMS	
00739839 SANDOZ-DEXAMETHASONE	SDZ	
0.1% Suspension ophtalmique		
00042560 MAXIDEX	ALC	

DEXAMÉTHASONE, TOBRAMYCINE

0.1% & 0.3% Onguent ophtalmique		
00778915 TOBRADEX	ALC	
0.1% & 0.3% Suspension ophtalmique		
00778907 TOBRADEX	ALC	

FLUMÉTHASONE (PIVALATE DE), CLIOQUINOL

0.02% & 1% Solution otique		
00074454 LOCACORTEN-VIOFORM	PAL	

FLUNISOLIDE

0.025% Vaporisateur nasal		
02239288 APO-FLUNISOLIDE	APX	

FLUOROMÉTHOLONE

0.1% Solution ophtalmique		
02238568 PMS-FLUOROMETHOLONE	PMS	
0.1% Suspension ophtalmique		
00247855 FML	ALL	
0.25% Suspension ophtalmique		
00707511 FML FORTE	ALL	

52:08.08 ORLO - CORTICOSTÉROÏDE

FLUOROMÉTHOLONE (ACÉTATE DE)

0.1% Solution ophtalmique		
00756784 FLAREX	ALC	

FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

50mcg/Dose Vaporisateur nasal		
02294745 APO-FLUTICASONE	APX	
02213672 FLONASE	GSK	
02296071 RATIO-FLUTICASONE	RPH	

FRAMYCÉTINE (SULFATE DE), GRAMICIDINE, DEXAMÉTHASONE

5mg & 0.05mg/mL & 0.5mg Solution oto-ophtalmique		
02247920 SANDOZ-OPTICORT	SDZ	
02224623 SOFRACORT OPH./OT.	SAC	

HYDROCORTISONE, NÉOMYCINE (SULFATE DE), POLYMYXINE B (SULFATE DE)

10mg & 3.5mg & 10,000U/mL Solution otique		
01912828 CORTISPORIN	GSK	
02230386 SANDOZ-CORTIMYXIN	SDZ	

MOMÉTASONE (FUROATE DE)

50mcg Vaporisateur nasal		
02238465 NASONEX	SCH	

PREDNISOLONE (ACÉTATE DE)

0.12% Suspension ophtalmique		
00299405 PRED MILD	ALL	
01916181 SANDOZ PREDNISOLONE	SDZ	
1% Suspension ophtalmique		
02023768 DIOPRED	DKT	
00301175 PRED FORTE	ALL	
00700401 RATIO-PREDNISOLONE	RPH	
01916203 SANDOZ-PREDNISOLONE	SDZ	

PREDNISOLONE (ACÉTATE DE), SULFACÉTAMIDE SODIQUE

0.2% & 10% Onguent ophtalmique		
00307246 BLEPHAMIDE	ALL	
0.2% & 10% Suspension ophtalmique		
00807788 BLEPHAMIDE	ALL	

0.5% & 10% Suspension ophtalmique		
02023814 DIOPTIMYD	DKT	

PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE)

0.5% Solution ophtalmique		
02148498 PREDNISOLONE	CUV	

TRIACMICOLONE (ACÉTONIDE DE)

55mcg/Dose Vaporisateur nasal		
02213834 NASACORT AQ	SAC	

52:08.20 ORLO - ANTI-INFLAMMATOIRE NON STÉROÏDAL

DICLOFÉNAC SODIQUE

0.1% Solution ophtalmique		
01940414 VOLTAREN	NVR	

**52:08.20 ORLO - ANTI-INFLAMMATOIRE
NON STÉROÏDAL**

KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)

0.5% Solution ophthalmique

01968300	ACULAR	ALL
02245821	APO-KETOROLAC	APX
02247461	RATIO-KETOROLAC	RPH

52:20.00 O.R.L.O.- MYOTIQUES

CARBACHOL

1.5% Solution ophthalmique

00000655	ISOPTO CARBACHOL	ALC
----------	------------------	-----

52:24.00 O.R.L.O. - MYDRIATIQUES

ATROPINE (SULFATE D')

1% Solution ophthalmique

02023695	ATROPINE	DKT
02148358	ATROPINE SULPHATE MINIMS	NVR
00035017	ISOPTO ATROPINE	ALC

CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE)

0.5% Solution ophthalmique

02148331	CYCLOPENTOLATE	NVR
----------	----------------	-----

1% Solution ophthalmique

00252506	CYCLOGYL	ALC
02148382	CYCLOPENTOLATE MINIMS	NVR
02023644	DIOPENTOLATE	DKT

DIPIVÉFRINE (CHLORHYDRATE DE)

0.1% Solution ophthalmique

02242232	APO-DIPIVEFRIN	APX
02237868	PMS-DIPIVEFRIN	PMS

HOMATROPINE (BROMHYDRATE D')

2% Solution ophthalmique

00000779	ISOPTO HOMATROPINE	ALC
----------	--------------------	-----

5% Solution ophthalmique

00000787	ISOPTO HOMATROPINE	ALC
----------	--------------------	-----

**52:28.00 O.R.L.O. - RINCE-BOUCHE ET
GARGARISMES**

BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour :

- a. - le traitement d'une inflammation de la muqueuse causée par un traitement par irradiation et les ulcérasions oropharyngiennes causées par des traitements de chimiothérapie.
- b. - usage chez les patients immunodéprimés dont les muqueuses risquent de se détériorer.

0.15% Rince

02239044	APO-BENZYDAMINE	APX
02239537	DOM-BENZYDAMINE	DPC
02229777	PMS-BENZYDAMINE	PMS
02229799	TEVA-BENZYDAMINE	TEV

**52:28.00 O.R.L.O. - RINCE-BOUCHE ET
GARGARISMES**

BENZYDAMINE CHL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour :

- a. - le traitement d'une inflammation de la muqueuse causée par un traitement par irradiation et les ulcérasions oropharyngiennes causées par des traitements de chimiothérapie.
- b. - usage chez les patients immunodéprimés dont les muqueuses risquent de se détériorer.

0.15% Rince

02310422	TEVA-BENZYDAMINE	TEV
----------	------------------	-----

CHLORHEXIDINE (GLUCONATE DE)

0.12% Rince

02240433	PERICHLOR	PMS
02237452	PERIDEX	MMH
02207796	PERIOGARD	COP

52:32.00 O.R.L.O. - VASOCONSTRICTEURS

**ANTAZOLINE (PHOSPHATE D'), NAPHAZOLINE
(CHLORHYDRATE DE)**

0.5% & 0.05% Solution ophthalmique

00433519	ALBALON A	ALL
----------	-----------	-----

NAPHAZOLINE (CHLORHYDRATE DE)

0.1% Solution ophthalmique

00001147	ALBALON	ALL
00390283	NAPHCON FORTE	ALC

PHÉNYLEPHRINE (CHLORHYDRATE DE)

0.12% Solution ophthalmique

00395161	PREFRIN LIQUIFILM	ALL
----------	-------------------	-----

2.5% Solution ophthalmique

02027100	DIONEPEHRINE	DKT
00465763	MYDFRIN	ALC
02148447	PHENYLEPHRINE MINIMS	NVR

10% Solution ophthalmique

02148455	PHENYLEPHRINE	NVR
----------	---------------	-----

52:40.04 ORLO - AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUE

BRIMONIDINE (TARTRATE DE)

0.2% Solution ophthalmique

02236876	ALPHAGAN	ALL
02260077	APO-BRIMONIDINE	APX
02246284	PMS-BRIMONIDINE	PMS
02243026	RATIO-BRIMONIDINE	RPH
02305429	SANDOZ BRIMONIDINE	SDZ

52:40.04 ORLO - AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUE

BRIMONIDINE (TARTRATE DE) (ALPHAGAN P)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Pour les patients qui sont intolérants au tartrate de brimonidine 0.2% ou au chlorure de benzalkonium.

0.15% Solution ophtalmique

02248151	ALPHAGAN P	ALL
02301334	APO-BRIMONIDINE P	APX

BRIMONIDINE (TARTRATE DE), TIMOLOL (MALÉATE DE)

0.2% & 0.5% Solution ophtalmique

02248347	COMBIGAN	ALL
----------	----------	-----

52:40.08 ORLO - BÉTA BLOQUANTS ADRÉNERGIQUES

BÉTAXOLOL (CHLORHYDRATE DE)

0.5% Solution ophtalmique

02235971	SANDOZ-BETAXOLOL	SDZ
----------	------------------	-----

0.25% Suspension ophtalmique

01908448	BETOPTIC S	ALC
----------	------------	-----

LÉVOBUNOLOL (CHLORHYDRATE DE)

0.25% Solution ophtalmique

02241575	APO-LEVOBUNOLOL	APX
00751286	BETAGAN	ALL
02031159	RATIO-LEVOBUNOLOL	RPH

0.5% Solution ophtalmique

00637661	BETAGAN	ALL
02237991	PMS-LEVOBUNOLOL	PMS
02031167	RATIO-LEVOBUNOLOL	RPH
02241716	SANDOZ-LEVOBUNOLOL	SDZ

TIMOLOL (MALÉATE DE)

0.25% Solution ophtalmique

00755826	APO-TIMOP	APX
02238770	DOM-TIMOLOL	DPC
00893773	MYLAN-TIMOLOL	MYL
02048523	NOVO-TIMOL	TEV
02083353	PMS-TIMOLOL	PMS
02166712	SANDOZ-TIMOLOL	SDZ

0.5% Solution ophtalmique

00755834	APO-TIMOP	APX
02238771	DOM-TIMOLOL	DPC
02083345	PMS-TIMOLOL	PMS
02166720	SANDOZ-TIMOLOL	SDZ
00451207	TIMOPTIC	FRS

0.25% Solution Ophtalmique à action prolongée

02171880	TIMOPTIC-XE	FRS
----------	-------------	-----

0.5% Solution Ophtalmique à action prolongée

02171899	TIMOPTIC-XE	FRS
----------	-------------	-----

0.25% Solution ophtalmique gel

02242275	MALÉATE DE TIMOLOL-EX	ALC
----------	-----------------------	-----

52:40.08 ORLO - BÉTA BLOQUANTS ADRÉNERGIQUES

TIMOLOL (MALÉATE DE)

0.5% Solution ophtalmique gel

02290812	APO-TIMOP	APX
02242276	MALÉATE DE TIMOLOL-EX	ALC

52:40.12 ORLO - INHIBITEURS ANHYDRASE CARBONIQUE

ACÉTAZOLAMIDE

250mg Comprimé

00545015	ACETAZOLAMIDE	AAP
----------	---------------	-----

BRINZOLAMIDE

1% Suspension ophtalmique

02238873	AZOPT	ALC
----------	-------	-----

BRINZOLAMIDE, TIMOLOL (MALÉATE DE)

1%/0.5% Solution ophtalmique

02331624	AZARGA	ALC
----------	--------	-----

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

20mg/mL Solution ophtalmique

02316307	SANDOZ DORZOLAMIDE	SDZ
02216205	TRUSOPT	FRS

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE), TIMOLOL (MALÉATE DE)

20mg & 5mg/mL Solution ophtalmique

02299615	APO-DORZO-TIMOP	APX
02240113	COSOPT	FRS
02344351	SANDOZ DORZOLAMIDE/TIMOLOL	SDZ

MÉTHAZOLAMIDE

50mg Comprimé

02245882	METHAZOLAMIDE	AAP
----------	---------------	-----

52:40.20 ORLO - MYOTIQUES

CARBACHOL

0.01% Solution ophtalmique

00042544	MIOSTAT	ALC
----------	---------	-----

3% Solution ophtalmique

00000663	ISOPTO CARBACHOL	ALC
----------	------------------	-----

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE)

4% Gel ophtalmique

00575240	PILOPINE HS	ALC
----------	-------------	-----

1% Solution ophtalmique

00000841	ISOPTO CARPINE	ALC
02229556	PILOCARPINE	SCN

2% Solution ophtalmique

00000868	ISOPTO CARPINE	ALC
----------	----------------	-----

4% Solution ophtalmique

02023733	DIOCARPINE	DKT
00000884	ISOPTO CARPINE	ALC

52:40.20 ORLO - MYOTIQUES**PILOCARPINE (NITRATE DE)****2% Solution ophthalmique**

02148463 PILOCARPINE NITRATE
MINIMS NVR

52:40.28 ORLO - ANALOGUES DE LA PROSTAGLANDINE**BIMATOPROST****0.01% Solution ophthalmique**

02324997 LUMIGAN ALL

0.03% Solution ophthalmique

02245860 LUMIGAN ALL

LATANOPROST**0.005% Solution ophthalmique**

02296527 APO-LATANOPROST APX
02231493 XALATAN PFI

TIMOLOL (MALÉATE DE), TRAVOPROST**0.5% & 0.004% Solution ophthalmique**

02278251 DUO TRAV ALC

TRAVOPROST**0.004% Solution ophthalmique**

02318008 TRAVATAN Z ALC

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.**ALCOOL POLYVINYLIQUE****1% Solution ophthalmique**

02133253 HYPOTEARS NVR

1.4% Solution ophthalmique

02229570 ARTIFICIAL TEARS PMS
00579408 TEARS PLUS ALL

ALUMINIUM (ACÉTATE D'), BENZÉTHONIUM (CHLORURE DE)**0.5% & 0.03% Solution otique**

00674222 BURO-SOL STI

APRACLONIDINE (CHLORHYDRATE D')**0.5% Solution ophthalmique**

02076306 IOPIDINE ALC

DEXTRAN 70,**HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE****0.1% & 0.3% Solution ophthalmique**

00390291 TEARS NATURALE ALC
01943308 TEARS NATURALE FREE ALC
00743445 TEARS NATURALE II ALC

DIPIVÉFRINE (CHLORHYDRATE DE), LÉVOBUNOLOL (CHLORHYDRATE DE)**0.1% & 0.5% Solution ophthalmique**

02209071 PROBETA ALL

HUILE MINÉRALE, VASELINE**80% & 20% Onguent ophthalmique**

02125706 DUOLUBE BSH

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.**HYDROXYPROPYL CELLULOSE****5mg Solution ophthalmique**

02250624 LACRISERT FRS

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE**0.5% Solution ophthalmique**

00000809 ISOPTO TEARS ALC
00889806 SANDOZ EYELUBE SDZ

1% Solution ophthalmique

00000817 ISOPTO TEARS ALC
00874965 SANDOZ EYELUBE SDZ

LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE)**0.1% Solution ophthalmique**

00893560 ALOMIDE ALC

MACROGOL, PROPYLENE GLYCOL**15% & 20% Gel nasal**

02220806 LUBRICATING NASAL GEL PMS
00551805 SECARIS PMS

15% & 20% Vaporisateur nasal

00732230 LUBRICATING NASAL MIST PMS

MINERAL OIL, WHITE PETROLATUM**55.5% & 42.5% Onguent ophthalmique**

00210889 LACRI LUBE ALL

POLYVINYL ALCOHOL, POVIDONE**1.4% & 0.6% Solution ophthalmique**

02229632 ARTIFICIAL TEARS EXTRA PMS

SODIUM (CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE DE)**0.5% Solution ophthalmique**

02049260 REFRESH PLUS ALL

1% Solution ophthalmique

00870153 CELLUVISC ALL

10mg/mL Solution ophthalmique

02244650 REFRESH LIQUIGEL ALL

0.5% Solution ophthalmique (multi-doses)

02231008 REFRESH TEARS ALL

SODIUM (CHLORURE DE)**5% Onguent ophthalmique**

00750816 MURO-128 BSH

0.7% Solution nasale

00857777 OTRIVIN SALINE NVC

9mg/mL Solution nasale

80024901 SALINEX DROPS SDZ

80024381 SALINEX NASAL SPRAY SDZ

5% Solution ophthalmique

00750824 MURO-128 BSH

0.7% Vaporisateur nasal

00810436 OTRIVIN SALINE NVC

VASELINE, LANOLINE, HUILE MINÉRALE**94% & 3% & 3% Onguent ophthalmique**

02082519 TEARS NATURALE P.M. ALC

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.**VASELINE, VASELINE LIQUIDE**

85% & 15% Onguent ophthalmique

02133288 HYPOTEARIS

NVR

VERTÉPORFINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant de dégénérescence maculaire liée à l'âge et qui sont traitées par un ophtalmologiste.

15mg/Vial Injection

02242367 VISUDYNE

QLT

56:00 GASTRO-INTESTINAUX**56:04.00 ANTIACIDES ET ADSORBANTS****BISMUTH (SUBSALICYLATE DE)**

262mg Comprimé

02177994 PEPTO BISMOL

PGI

17.6mg/mL Liquide

02097079 PEPTO BISMOL

PGI

MAG OXIDE

420mg Comprimé

00299448 MAGNESIUM OXIDE

SWS

56:08.00 ANTIDIARRHÉIQUES**LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)**

ct 2mg Comprimé

02212005 APO-LOPERAMIDE

APX

02229552 DIARR-EZE

PMS

02256452 DIARRHEA RELIEF

VTH

02239535 DOM-LOPERAMIDE

DPC

02183862 IMODIUM

MCL

02225182 LOPERAMIDE

PDL

02132591 NOVO-LOPERAMIDE

TEV

02228351 PMS-LOPERAMIDE

PMS

02238211 RIVA-LOPERAMIDE

RIV

02257564 SANDOZ-LOPERAMIDE

SDZ

ct 0.2mg/mL Liquide

02192667 DIARR-EZE

PMS

02016095 PMS-LOPERAMIDE

PMS

56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS**ACIDE CITRIQUE, MAGNÉSIUM (OXYDE DE), SODIUM (PICOSULFATE DE)****Liquide orale**

02317966 PURG-ODAN

ODN

Poudre

02254794 PICO-SALAX

FEI

BISACODYL

ct 5mg Comprimé à libération retardée

02273411 BISACODYL-ODAN

ODN

ct 5mg Comprimé entérosoluble

00545023 APO-BISACODYL

APX

00714488 BISACOLAX

ICN

00254142 DULCOLAX

BOE

02246039 JAMP-BISACODYL

JMP

00587273 PMS-BISACODYL

PMS

5mg Suppositoire

00003867 DULCOLAX

BOE

10mg Suppositoire

00261327 BISACOLAX

ICN

00003875 DULCOLAX

BOE

00582883 PMS-BISACODYL

PMS

00404802 RATIO-BISACODYL

RPH

02229743 SOFLAX EX

PMS

56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS**BISACODYL (BASE DE POLYÉTHYLÈNE GLYCOL)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la constipation chez les patients souffrant d'une atteinte de la moelle épinière.

10mg Suppositoire

02241091 MAGIC BULLET

DCM

DOCUSATE CALCIQUE**ct 240mg Capsule**

02245080	APO-DOCUSATE CALCIUM	APX
00830275	DOCUSATE CALCIUM	TAR
02283255	JAMP-DOCUSATE CALCIUM	JMP
00842044	NOVO-DOCUSATE CALCIUM	TEV
00664553	PMS-DUCOSATE CALCIUM	PMS
00809055	RATIO-DOCUSATE CALCIUM	RPH

DOCUSATE SODIQUE**ct 100mg Capsule**

02245079	APO-DOCUSATE SODIUM	APX
02106256	COLACE	WPC
00794406	DOCUSATE SODIUM	SDR
00830267	DOCUSATE SODIUM	TRI
02246036	DOCUSATE SODIUM	RPH
02239658	DOM-DOCUSATE SODIUM	DPG
02247385	EURO-DOCUSATE	EUR
02245946	JAMP-DOCUSATE SODIUM	JMP
02020084	NOVO-DOCUSATE	TEV
00703494	PMS-DOCUSATE SODIUM	PMS
00870196	RATIO-DOCUSATE SODIUM	RPH
00514888	SELAX	ODN
01994344	SOFLAX	PMS
00716731	TARO-DOCUSATE	TAR

ct 200mg Capsule

02029529 SOFLAX

PMS

ct 250mg Capsule

02006596 SELAX

ODN

ct 10mg/mL Gouttes

02090163	COLACE	WPC
00870218	DOCUSATE SODIUM	RPH
00880140	PMS-SODIUM DOCUSATE	PMS
02006723	SOFLAX	PMS

ct 4mg/mL Sirop

02086018	COLACE	WPC
00703508	PMS-DOCUSATE SODIUM	PMS
00870226	RATIO-DOCUSATE SODIUM	RPH
02006758	SOFLAX SIROP	PMS

ct 20mg/mL Sirop

02283239 JAMP-DOCUSATE

JMP

ct 50mg/mL Sirop

02283220	JAMP-DOCUSATE	JMP
00848417	PMS-DOCUSATE SODIUM	PMS

56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS**DOCUSATE SODIQUE, SENNOSIDES****ct 50mg & 187mg Comprimé**

00026123 SENOKOT S

PFR

ct 50mg & 8.6mg Comprimé

02247390 EURO-SENNA S

EUR

DOCUSATE SODIUM**ct 100mg Capsule**

02326086 DOCUSATE SODIUM

PDL

02303825 EURO-DOCUSATE

EUR

GLYCÉRINE**Adult Suppositoire**

00873462 GLYCERINE

RPH *

01926039 GLYCERINE

WLA

Pediatric Suppositoire

02020815 GLYCERIN ENFANT

RPH

01926047 GLYCERIN ENFANT ET

PFI

PEDIATRIQUE

GRAINES DE PLANTAIN**50% Poudre**

00599875 MUCILLIUM

PMS

HUILE MINÉRALE**78% Gel**

00608734 LANSOYL GEL

AXC

02186926 LANSOYL GEL SANS SUCRE

AXC

Liquide

01935348 MINERAL OIL (HEAVY)

RWP

LACTULOSE**ct 667mg/mL Liquide orale**

02242814 APO-LACTULOSE

APX

02247383 EURO-LAC

EUR

02295881 LACTULOSE

JMP

00703486 PMS-LACTULOSE

PMS

00854409 RATIO-LACTULOSE

RPH

MACROGOL, POTASSIUM CHLORIDE, SODIUM BICARBONATE, SODIUM CHLORIDE, SODIUM SULFATE**60g & 750mg & 1.68g & 1.46g & 5.68g/L Poudre**

00677442 COLYTE

ZYM

00652512 GOLYTELY

BAX

00777838 PEGLYTE

PMS

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)**311mg Comprimé**

02150638 LAIT DE MAGNESIE

BCD

80mg/mL Liquide

02150646 LAIT DE MAGNESIE

BCD

PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM, PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM**180mg & 480mg/mL Liquide orale**

02230399 PMS-PHOSPHATES SOLUTION PMS

56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS**PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM,
PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM**

60mg & 160mg/mL Liquide Rectal		
02096900 ENEMOL	DPC	
00009911 FLEET LAVEMENT	FRS	
60mg & 160mg/mL PED Liquide Rectal		
00108065 FLEET LAVEMENT PEDIATRIQUE	JAJ	

POLYETHYLENE GLYCOL

Poudre		
09991007 POLYETHYLENE GLYCOL		

POLYETHYLENE GLYCOL 3350

Poudre		
09991054 POLYETHYLENE GLYCOL 3350		

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350

1g/g Poudre		
02317680 LAX-A-DAY	PED	
02358034 PEG 3350	MDS	

**POLYÉTHYLÈNE GLYCOL, POTASSIUM
(CHLORURE DE), SODIUM (BICARBONATE
DE), SODIUM (CHLORURE DE), SODIUM
(SULFATE DE)**

Liquide orale		
02147793 KLEAN-PREP	RVX	

PSYLLIUM (MUCILOÏDE HYDROPHILE DE)

680mg/g Poudre		
02174790 METAMUCIL TEXT/LIS ORANGE	PGI	
02174782 METAMUCIL TEXT/LIS ORANGE S/F	PGI	
02174804 METAMUCIL TEXT/LIS SANS SAVEUR	PGI	
02174812 METAMUCIL TEXTURE ORIGINALE	PGI	

SENNOSIDES

ct 8.6mg Comprimé		
02247389 EURO-SENNA	EUR	
80009182 JAMP-SENNOSIDES	JMP	
00896411 PMS-SENNOSIDES	PMS	
01949292 RIVA-SENNA	RIV	
02237105 SENNA LAXATIF	SDR	
02068109 SENNATAB	PMS	
00026158 SENOKOT	PFR	
ct 12MG Comprimé		
80009183 JAMP-SENNOSIDES	JMP	
00896403 PMS-SENNOSIDES	PMS	
ct 1.7mg/mL Liquide		
02144379 SENNALAX	PMS	
02084651 SENNAPREP	PMS	
00367729 SENOKOT	PFR	

56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS**SODIQUE PHOSPHATE**

Liquide orale		
80000689 PHOSLAX	ODN	

**SODIUM (CITRATE DE), SODIUM
(LAURYLSULFOACÉTATE DE), SORBITOL**

90mg & 9mg & 625mg Lavement		
02063905 MICROLAX	PMS	

56:14.00 CHOLÉLITHOLYTIQUES**URSODIOL**

ct 250mg Comprimé		
02281317 PHL-URSODIOL C	PHH	
02273497 PMS-URSODIOL	PMS	
02238984 URSO	AXC	
ct 500mg Comprimé		
02281325 PHL-URSODIOL C	PHH	
02273500 PMS-URSODIOL	PMS	
02245894 URSO DS	AXC	

56:16.00 DIGESTIFS**LACTASE**

3,000U Comprimé		
02200384 DAIRY DIGESTIF	PER	
02239139 DAIRY DIGESTIF	SDR	
01951637 DAIRY AID	TAN	
02230653 LACTAID	JNO	
02017512 LACTOMAX	STE	

4,500U Comprimé

02239140 DAIRY DIGESTIF EXTRA FORT	SDR	
02230654 LACTAID EXTRA FORTE	JNO	
02224909 LACTOMAX EXTRA	STE	

Liquide orale

99100157 LACTEEZE DROPS	GSC	
-------------------------	-----	--

LIPASE, AMYLASE, PROTÉASE

ct 5,000U & 16,600U & 18,750U Capsule		
02239007 CREON 5 MINIMICROSFERES	SPH	

ct 8,000U & 30,000U & 30,000U Capsule		
00263818 COTAZYM	ORG	

ct 20,000U & 66,400U & 75,000U Capsule		
02239008 CREON 20 MINIMICROSFERES	SPH	

ct 4,000U & 11,000U & 11,000U Capsule (particules entérosolubles)		
02181215 COTAZYM ECS 4	ORG	

ct 4,000U & 12,000U & 12,000U Capsule (particules entérosolubles)		
00789445 PANCREASE MT 4	JNO	

ct 4,500U & 20,000U & 25,000U Capsule (particules entérosolubles)		
02203324 ULTRASE MS 4	AXC	

ct 8,000U & 30,000U & 30,000U Capsule (particules entérosolubles)		
00502790 COTAZYM ECS 8	ORG	

56:16.00 DIGESTIFS**LIPASE, AMYLASE, PROTÉASE**

^{cr} 10,000U & 30,000U & 30,000U Capsule (particules entérosolubles)	00789437 PANCREASE MT 10	JNO
^{cr} 10,000U & 33,200U & 37,500U Capsule (particules entérosolubles)	02200104 CREON 10	SPH
	MINIMICROSPHERES	
^{cr} 12,000U & 39,000U & 39,000U Capsule (particules entérosolubles)	02045834 ULTRASE MT 12	AXC
^{cr} 16,000U & 48,000U & 48,000U Capsule (particules entérosolubles)	00789429 PANCREASE MT 16	JNO
^{cr} 20,000U & 55,000U & 55,000U Capsule (particules entérosolubles)	00821373 COTAZYM ECS 20	ORG
^{cr} 20,000U & 65,000U & 65,000U Capsule (particules entérosolubles)	02045869 ULTRASE MT 20	AXC
^{cr} 25,000U & 74,000U & 62,500U Capsule (particules entérosolubles)	01985205 CREON 25	SPH
	MINIMICROSPHERES	
^{cr} 8,000U & 30,000U & 30,000U Comprimé	02230019 VIOKASE	AXC
^{cr} 16,000U & 60,000U & 60,000U Comprimé	02241933 VIOKASE	AXC

56:20.00 ÉMÉTIQUES**IPÉCA**

14mg/mL Sirop

00378801 IPECA	XEN
----------------	-----

56:22.08 ANTIHISTAMINIQUES**DIMENHYDRINATE**

^{cr} 15mg Comprimé	00511196 GRAVOL	HOR
^{cr} 50mg Comprimé	00363766 APO-DIMENHYDRINATE	APX
	00605786 DIMENHYDRINATE	VTH
	00013803 GRAVOL	HOR
	00399779 NAUSEATOL	SDZ
	00586331 PMS-DIMENHYDRINATE	PMS
	00021423 TEVA-DIMENATE	TEV
	02245416 TRAVEL COMPRIME	JMP
50mg/mL Injection		
00392537 DIMENHYDRINATE	SDZ	
00013579 GRAVOL	HOR	
^{cr} 3mg/mL Liquide	00230197 GRAVOL	HOR
25mg Suppositoire	00783595 GRAVOL	HOR
50mg Suppositoire	00392553 DIMENHYDRINATE	SDZ

56:22.08 ANTIHISTAMINIQUES**DOXYLAMINE (SUCCINATE DE), PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)**

10mg & 10mg Comprimé	00609129 DICLECTIN	DUI
----------------------	--------------------	-----

**56:22.20 ANTAGONOSTES DU RÉCEPTEUR 5-HT3
DOLASÉTRON (MÉSYLATE DE)**

100mg Comprimé	02231379 ANZEMET	SAC
----------------	------------------	-----

GRANISETRON

1mg Comprimé	02308894 GRANISETRON	AAP
	02185881 KYTRIL	HLR

ONDANSÉTRON (CHLORHYDRATE DIHYDRATÉ)

4mg Comprimé	02288184 APO-ONDANSETRON	APX
	02296349 CO-ONDANSETRON	COB
	02313685 JAMP ONDANSETRON	JMP
	02371731 MAR-ONDANSETRON	MAR
	02305259 MINT-ONDANSETRON	MIN
	02297868 MYLAN-ONDANSETRON	MYL
	02264056 NOVO-ONDANSETRON	TEV
	02306212 ONDANSETRON-ODAN	ODN
	02278618 PHL-ONDANSETRON	PHH
	02258188 PMS-ONDANSETRON	PMS
	02312247 RAN-ONDANSETRON	RBY
	02278529 RATIO-ONDANSETRON	RPH
	02274310 SANDOZ-ONDANSETRON	SDZ
	02213567 ZOFRAN	GSK
	02344440 ZYM-ONDANSETRON	ZYM

8mg Comprimé

02288192 APO-ONDANSETRON	APX	
02296357 CO-ONDANSETRON	COB	
02313693 JAMP ONDANSETRON	JMP	
02305267 MINT-ONDANSETRON	MIN	
02297876 MYLAN-ONDANSETRON	MYL	
02264064 NOVO-ONDANSETRON	TEV	
02325160 ONDANSETRON	PDL	
02306220 ONDANSETRON-ODAN	ODN	
02278626 PHL-ONDANSETRON	PHH	
02258196 PMS-ONDANSETRON	PMS	
02312255 RAN-ONDANSETRON	RBY	
02278537 RATIO-ONDANSETRON	RPH	
02274329 SANDOZ-ONDANSETRON	SDZ	
02213575 ZOFRAN	GSK	
02344459 ZYM-ONDANSETRON	ZYM	

4mg Comprimé à dissolution orale

02239372 ZOFRAN ODT	GSK
---------------------	-----

8mg Comprimé à dissolution orale

02239373 ZOFRAN ODT	GSK
---------------------	-----

56:22.20 ANTAGONOSTES DU RÉCEPTEUR 5-HT3

ONDANSÉTRON (CHLORHYDRATE DIHYDRATÉ)

0.8mg/mL Liquide

02291967	ONDANSETRON	AAP
02229639	ZOFRAN	GSK

56:22.92 ANTIÉMÉTIQUES DIVERS

APREPITANT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention des nausées aigues et retardées et des vomissements en association avec un antagoniste 5-HT3 et la dexamthasone chez les patients qui ont reçu de la chimiothérapie hautement émétogène (ex. Cisplatine > 70mg/m²) et ce, chez les patients qui ont déjà souffert de vomissements malgré le traitement d'un antagoniste 5-HT3 et la dexamthasone suite à un cycle antérieur de chimiothérapie hautement émétogène.

80mg Capsule

02298791	EMEND	FRS
----------	-------	-----

125mg Capsule

02298805	EMEND	FRS
----------	-------	-----

125mg & 80mg Capsule

02298813	EMEND TRI PACK	FRS
----------	----------------	-----

DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE)

10mg Comprimé

02103613	APO-DOMPERIDONE	APX
02238315	DOM-DOMPERIDONE	DPC
02236857	DOMPERIDONE	PDL
02350440	DOMPERIDONE	SAN
02278669	MYLAN-DOMPERIDONE	MYL
02157195	NOVO-DOMPERIDONE	TEV
02231477	NU-DOMPERIDONE	NXP
02236466	PMS-DOMPERIDONE	PMS
02268078	RAN-DOMPERIDONE	RTY
01912070	RATIO-DOMPERIDONE	RPH

NABILONE

0.25mg Capsule

02312263	CESAMET	VAE
----------	---------	-----

0.5mg Capsule

02256193	CESAMET	VAE
----------	---------	-----

1mg Capsule

00548375	CESAMET	VAE
----------	---------	-----

56:28.12 ANTAGONISTES DY RÉCEPTEUR H2 DE L'HISTAMINE

CIMÉTIDINE

ct 200mg Comprimé

00584215	APO-CIMETIDINE	APX
00865796	NU-CIMET	NXP
02229717	PMS-CIMETIDINE	PMS
00582409	TEVA-CIMETINE	TEV

56:28.12 ANTAGONISTES DY RÉCEPTEUR H2 DE L'HISTAMINE

CIMÉTIDINE

ct 300mg Comprimé

00487872	APO-CIMETIDINE	APX
02231287	DOM-CIMETIDINE	DPC
02227444	MYLAN-CIMETIDINE	MYL
00865818	NU-CIMET	NXP
02229718	PMS-CIMETIDINE	PMS
00582417	TEVA-CIMETINE	TEV

ct 400mg Comprimé

00600059	APO-CIMETIDINE	APX
02231288	DOM-CIMETIDINE	DPC
02227452	MYLAN-CIMETIDINE	MYL
00865826	NU-CIMET	NXP
02229719	PMS-CIMETIDINE	PMS
00603678	TEVA-CIMETINE	TEV

ct 600mg Comprimé

00600067	APO-CIMETIDINE	APX
00618705	CIMETIDINE	PDL
02231290	DOM-CIMETIDINE	DPC
02227460	MYLAN-CIMETIDINE	MYL
00865834	NU-CIMET	NXP
02229720	PMS-CIMETIDINE	PMS
00603686	TEVA-CIMETINE	TEV

ct 800mg Comprimé

00749494	APO-CIMETIDINE	APX
02227479	MYLAN-CIMETIDINE	MYL
02229721	PMS-CIMETIDINE	PMS
00663727	TEVA-CIMETINE	TEV

FAMOTIDINE

ct 20mg Comprimé

01953842	APO-FAMOTIDINE	APX
02351102	FAMOTIDINE	SAN
02196018	MYLAN-FAMOTIDINE	MYL
02022133	NOVO-FAMOTIDINE	TEV
02024195	NU-FAMOTIDINE	NXP
00710121	PEPCID	FRS
02237148	ULCIDINE	VAE

ct 40mg Comprimé

01953834	APO-FAMOTIDINE	APX
02351110	FAMOTIDINE	SAN
02196026	MYLAN-FAMOTIDINE	MYL
02022141	NOVO-FAMOTIDINE	TEV
02024209	NU-FAMOTIDINE	NXP
00710113	PEPCID	FRS
02237149	ULCIDINE	VAE

NIZATIDINE

ct 150mg Capsule

02220156	APO-NIZATIDINE	APX
00778338	AXID	PHH
02185814	DOM-NIZATIDINE	DPC
02240457	NOVO-NIZATIDINE	TEV
02177714	PMS-NIZATIDINE	PMS

56:28.12 ANTAGONISTES DY RÉCEPTEUR H2 DE L'HISTAMINE

NIZATIDINE

ct 300mg Capsule

02220164	APO-NIZATIDINE	APX
00778346	AXID	PHH
02238195	NIZATIDINE	PHH
02240458	NOVO-NIZATIDINE	TEV
02177722	PMS-NIZATIDINE	PMS

RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)

ct 150mg Comprimé

00733059	APO-RANITIDINE	APX
02248570	CO RANITIDINE	COB
02293471	MAXIMUM STRENGTH ACID REDUCER	PMS
02207761	MYLAN-RANITIDINE	MYL
02367378	MYL-RANITIDINE	MYL
00828564	NOVO-RANIDINE	TEV
00865737	NU-RANIT	NXP
02245782	PHL-RANITIDINE	PHH
02242453	PMS-RANITIDINE	PMS
00740748	RANITIDINE	PDL
02353016	RANITIDINE	SAN
02336480	RAN-RANITIDINE	RBY
00828823	RATIO-RANITIDINE	RPH
02247814	RIVA-RANTIDINE	RIV
02243229	SANDOZ-RANITIDINE	SDZ
02212331	ZANTAC	GSK

ct 300mg Comprimé

00733067	APO-RANITIDINE	APX
02248571	CO RANITIDINE	COB
02207788	MYLAN-RANITIDINE	MYL
02367386	MYL-RANITIDINE	MYL
00865745	NU-RANIT	NXP
02245783	PHL-RANITIDINE	PHH
02242454	PMS-RANITIDINE	PMS
00740756	RANITIDINE	PDL
02353024	RANITIDINE	SAN
02336502	RAN-RANITIDINE	RBY
00828688	RATIO-RANITIDINE	RPH
02247815	RIVA-RANITIDINE	RIV
02243230	SANDOZ-RANITIDINE	SDZ
02212358	ZANTAC	GSK

ct 15mg/mL Solution orale

02280833	APO-RANITIDINE	APX
02242940	NOVO-RANITIDINE	TEV

56:28.28 PROSTAGLANDINES

MISOPROSTOL

ct 100mcg Comprimé

02244022	MISOPROSTOL	AAP
----------	-------------	-----

ct 200mcg Comprimé

02244023	MISOPROSTOL	AAP
02244125	PMS-MISOPROSTOL	PMS

56:28.32 PROTECTEURS

SUCRALFATE

ct 1g Comprimé

02125250	APO-SUCRALFATE	APX
02045702	NOVO-SUCRALATE	TEV
02134829	NU-SUCRALFATE	NXP
02130939	SUCRALFATE-1	PDL
02100622	SULCRATE	AXC

ct 200mg/mL Suspension

02103567	SULCRATE PLUS	AXC
----------	---------------	-----

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

AMOXICILLINE, CLARITHROMYCINE, LANSOPRAZOLE

500mg & 500mg & 30mg Trousse

02238525	HP-PAC	TAK
----------	--------	-----

LANSOPRAZOLE

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

ct 15mg Capsule à libération progressive

02293811	APO-LANSOPRAZOLE	APX
02357682	LANSOPRAZOLE	SAN
02353830	MYLAN-LANSOPRAZOLE	MYL
02280515	NOVO-LANSOPRAZOLE	TEV
02165503	PREVACID	TAK

ct 30mg Capsule à libération progressive

02293838	APO-LANSOPRAZOLE	APX
02357690	LANSOPRAZOLE	SAN
02366282	LANSOPRAZOLE	PDL
02353849	MYLAN-LANSOPRAZOLE	MYL
02280523	NOVO-LANSOPRAZOLE	TEV
02165511	PREVACID	TAK

LANSOPRAZOLE ODT

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Note: La couverture sera limitée à 400 comprimés /capsules pour une période de temps de 180 jours pour TOUS LES IPPs

- Pour les enfants de 12 ans et moins qui sont incapables d'avaler des capsules
- Pour les patients qui souffrent de dysphagie ou qui nécessitent un tube d'alimentation et qui sont incapables d'utiliser des capsules

ct 15mg

02249464	PREVACID FASTAB	TAK
----------	-----------------	-----

ct 30mg

02249472	PREVACID FASTAB	TAK
----------	-----------------	-----

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEN (AP)

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Les inhibiteurs de la pompe à proton seront couverts dans les situations médicales suivantes à condition que le patient ait fait un essai préalable d'au moins 30 jours de deux IPP de la liste suivante: Oméprazole (Losec®), Rabéprazole sodium (Pariet®), Pantoprazole sodium (Pantoloc®), Lansoprazole (Prevacid®):

- pour le traitement d'un ulcère gastrique ou duodénal qui a été confirmé. OU
 - pour le traitement des oesophagites par reflux gastro-oesophagien bénignes ou modérées, si les patients n'ont pu tolérer ou n'ont pas obtenu de bons résultats après utilisation des antagonistes des récepteurs H₂ pendant 4 semaines. OU
 - pour le traitement de première intention des oesophagites par reflux-oesophagien graves et de leurs complications, pour une période maximale de 3 mois. La condition du patient devrait être réévaluée par examen endoscopique ou en diminuant la dose et en utilisant les antagonistes des récepteurs H₂. OU
 - pour le traitement des ulcères associés à l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), lorsque la prise d'AINS doit se poursuivre. OU
 - pour la prévention des ulcères causés par les AINS chez les patients qui présentent des antécédents de complication d'ulcère, qui ont plus de 65 ans, en présence d'états comorbes comme une maladie cardio-vasculaire ou une coagulopathie; ou chez les patients qui prennent des médicaments qui augmentent les risques d'ulcères ou des saignements. OU
 - syndrome de Zollinger-Ellison*. OU
 - Oesophage de Barrett*. OU
 - oesophagite associée aux maladies du tissu conjonctif.
- (*) Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste qualifié pour diagnostiquer et traiter cette condition.

^{cr} 10mg Comprimé à libération retardée

02230737	LOSEC	AZC
02260859	RATIO-OMEPRAZOLE	RPH

OMÉPRAZOLE, OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEN (SANS AP)

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

^{cr} 10mg Capsule

02329425	GEN-OMEPRAZOLE	MYL
02119579	LOSEC	AZC
02296438	SANDOZ OMEPRAZOLE	SDZ

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

OMÉPRAZOLE, OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEN (SANS AP)

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

^{cr} 20mg Capsule

02245058	APO-OMEPRAZOLE	APX
00846503	LOSEC	AZC
02329433	MYLAN-OMEPRAZOLE	MYL
02339927	OMEPRAZOLE	PDL
02348691	OMEPRAZOLE	SAN
02320851	PMS-OMEPRAZOLE	PMS
02296446	SANDOZ OMEPRAZOLE	SDZ

^{cr} 20mg Comprimé à action prolongée

02260867	RATIO-OMEPRAZOLE	RPH
----------	------------------	-----

^{cr} 20mg Comprimé à libération retardée

02190915	LOSEC	AZC
02310260	PMS-OMEPRAZOLE	PMS

PANTOPRAZOLE MAGNESIUM

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

^{cr} 40mg Comprimé entérosoluble

02267233	TECTA	NYC
----------	-------	-----

PANTOPRAZOLE SODIQUE

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

^{cr} 40mg Comprimé à libération retardée

02292920	APO-PANTOPRAZOLE	APX
02300486	CO PANTOPRAZOLE	COB
02299585	MYLAN-PANTOPRAZOLE	MYL
02285487	NOVO-PANTOPRAZOLE	TEV
02229453	PANTOLOC	NYC
02309866	PANTOPRAZOLE	MEL
02310201	PANTOPRAZOLE	SOR
02318695	PANTOPRAZOLE	PDL
02307871	PMS-PANTOPRAZOLE	PMS
02305046	RAN-PANTOPRAZOLE	RBY
02316463	RIVA-PANTOPRAZOLE	RIV
02301083	SANDOZ-PANTOPRAZOLE	SDZ

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

RABÉPRAZOLE SODIQUE

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

ct **10mg Comprimé entérosoluble**

02296632	NOVO-RABEPRAZOLE	TEV
02243796	PARIET EC	JNO
02310805	PMS-RABEPRAZOLE	PMS
02315181	PRO-RABEPRAZOLE	PDL
02356511	RABEPRAZOLE EC	SAN
02298074	RAN-RABEPRAZOLE	RBY
02330083	RIVA-RABEPRAZOLE EC	RIV
02314177	SANDOZ-RABEPRAZOLE	SDZ

ct **20mg Comprimé entérosoluble**

02296640	NOVO-RABEPRAZOLE	TEV
02243797	PARIET EC	JNO
02310813	PMS-RABEPRAZOLE	PMS
02315203	PRO-RABEPRAZOLE	PDL
02356538	RABEPRAZOLE EC	SAN
02298082	RAN-RABEPRAZOLE	RBY
02330091	RIVA-RABEPRAZOLE	RIV
02314185	SANDOZ-RABEPRAZOLE	SDZ

56:32.00 AGENTS PROKINÉTIQUES

MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

5mg Comprimé

00842826	APO-METOCLOP	APX
02143275	NU-METOCLOPRAMIDE	NXP
02230431	PMS-METOCLOPRAMIDE	PMS

10mg Comprimé

00842834	APO-METOCLOP	APX
02143283	NU-METOCLOPRAMIDE	NXP
02230432	PMS-METOCLOPRAMIDE	PMS

1mg/mL Liquide orale

02230433	PMS-METOCLOPRAMIDE	PMS
----------	--------------------	-----

56:36.00 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

ACIDE 5-AMINOSALICYLIQUE

ct **500mg Comprimé à libération retardée**

02099683	PENTASA	FEI
----------	---------	-----

ct **400mg Comprimé entérosoluble**

01997580	ASACOL	PGP
----------	--------	-----

ct **500mg Comprimé entérosoluble**

02112787	SALOFALK	AXC
----------	----------	-----

ct **800mg Comprimé entérosoluble**

02267217	ASACOL	WCI
----------	--------	-----

2g/60g Lavement

02112795	SALOFALK	AXC
----------	----------	-----

4g/60g Lavement

02112809	SALOFALK	AXC
----------	----------	-----

56:36.00 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

ACIDE 5-AMINOSALICYLIQUE

500mg Suppositoire

02112760	SALOFALK	AXC
----------	----------	-----

MESALAZINE

ct **400mg Comprimé entérosoluble**

02351463	5-ASA	SAN
02171929	NOVO 5-ASA	TEV

ct **500mg Comprimé entérosoluble**

01914030	MESASAL	GSK
----------	---------	-----

1g/100mL Lavement

02153521	PENTASA	FEI
----------	---------	-----

4g/100mL Lavement

02153556	PENTASA	FEI
----------	---------	-----

1g Suppositoire

02153564	PENTASA	FEI
----------	---------	-----

1000mg Suppositoire

02242146	SALOFALK	AXC
----------	----------	-----

OLSALAZINE SODIQUE

ct **250mg Capsule**

02063808	DIPENTUM	LUD
----------	----------	-----

60:00 SELS D'OR

60:00.00 SELS D'OR

AURANOFINE

3mg Capsule

01916823	RIDAURA	SQU
----------	---------	-----

SODIUM (AUROTHIOMALATE DE)

10mg/mL Injection

01927620	MYOCHRYSCINE	SAC
02245456	SODIUM AUROTHIOMALATE	SDZ

25mg/mL Injection

01927612	MYOCHRYSCINE	SAC
02245457	SODIUM AUROTHIOMALATE	SDZ

50mg/mL Injection

02245458	SODIUM AUROTHIOMALATE	SDZ
----------	-----------------------	-----

64:00 ANTIDOTES DES MÉTAUX LOURDS

64:00.00 ANTIDOTES DES MÉTAUX LOURDS

PÉNICILLAMINE

250mg Capsule

00016055	CUPRIMINE	FRS
----------	-----------	-----

68:00 HORMONES ET SUBSTITUTS**68:04.00 CORTICOSTÉROÏDES****BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)****50mcg Inhalateur**

02242029 QVAR

MMH

100mcg Inhalateur

02242030 QVAR

MMH

BUDÉSONIDE**100mcg Poudre pour inhalation**

00852074 PULMICORT TURBUHALER

AZC

200mcg Poudre pour inhalation

00851752 PULMICORT TURBUHALER

AZC

400mcg Poudre pour inhalation

00851760 PULMICORT TURBUHALER

AZC

0.125mg/mL Solution pour inhalation

02229099 PULMICORT NEBUAMP

AZC

0.25mg/mL Solution pour inhalation

01978918 PULMICORT NEBUAMP

AZC

0.5mg/mL Solution pour inhalation

01978926 PULMICORT NEBUAMP

AZC

CICLESONIDE**100mg/Inhalation Inhalateur**

02285606 ALVESCO

NYC

200mg/Inhalation Inhalateur

02285614 ALVESCO

NYC

CORTISONE (ACÉTATE DE)**25mg Comprimé**

00280437 CORTISONE

VAE

DEXAMÉTHASONE**0.5mg Comprimé**

02261081 APO-DEXAMETHASONE

APX

02237044 PHL-DEXAMETHASONE

PHH

01964976 PMS-DEXAMETHASONE

PMS

02240684 RATIO-DEXAMETHASONE

RPH

0.75mg Comprimé

00285471 DEXASONE

VAE

01964968 PMS-DEXAMETHASONE

PMS

2mg Comprimé

02279363 PMS-DEXAMETHASONE

PMS

4mg Comprimé

02250055 APO-DEXAMETHASONE

APX

00489158 DEXASONE

VAE

02237046 PHL-DEXAMETHASONE

PHH

01964070 PMS-DEXAMETHASONE

PMS

02311267 PRO-DEXAMETHASONE

PRO

02240687 RATIO-DEXAMETHASONE

RPH

0.1mg/mL Élixir

01946897 PMS-DEXAMETHASONE

PMS

68:04.00 CORTICOSTÉROÏDES**DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE DE)****4mg/mL Injection**

00664227 DEXAMETHASONE SDZ

01977547 DEXAMETHASONE CYX

02204266 DEXAMETHASONE-OMEGA OMG

10mg/mL Injection

00874582 DEXAMETHASONE SDZ

00783900 PMS-DEXAMETHASONE PMS

FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE)**0.1mg Comprimé**

02086026 FLORINEF SHI

FLUTICASONE (PROPIONATE DE)**50mcg/Inhalation Inhalateur**

02244291 FLOVENT HFA 50 GSK

125mcg/Inhalation Inhalateur

02244292 FLOVENT HFA 125 GSK

250mcg/Inhalation Inhalateur

02244293 FLOVENT HFA 250 GSK

50mcg/Dose Poudre

02237244 FLOVENT DISKUS GSK

100mcg/Dose Poudre

02237245 FLOVENT DISKUS GSK

250mcg/Dose Poudre

02237246 FLOVENT DISKUS GSK

500mcg/Dose Poudre

02237247 FLOVENT DISKUS GSK

HYDROCORTISONE**10mg Comprimé**

00030910 CORTEF PFI

20mg Comprimé

00030929 CORTEF PFI

MÉTHYLPREDNISOLONE**4mg Comprimé**

00030988 MEDROL PFI

16mg Comprimé

00036129 MEDROL PFI

MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)**40mg/mL Suspension injectable**

00030759 DEPO-MEDROL PMJ

02245400 METHYLSPREDNISOLONE SDZ

02245407 METHYLSPREDNISOLONE SDZ

80mg/mL Suspension injectable

00030767 DEPO-MEDROL PMJ

02245406 METHYLSPREDNISOLONE SDZ

02245408 METHYLSPREDNISOLONE SDZ

20mg/mL Suspension injectable (multi-dose)

01934325 DEPO-MEDROL PMJ

40mg/mL Suspension injectable (multi-dose)

01934333 DEPO-MEDROL PMJ

68:04.00 CORTICOSTÉROÏDES**MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)**

80mg/mL Suspension injectable (multi-dose)

01934341 DEPO-MEDROL PMJ

PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE)

1mg/mL Liquide orale

02230619 PEDIAPRED SAC
02245532 PMS-PREDNISOLONE PMS**PREDNISONE**

1mg Comprimé

00598194 APO-PREDNISONE APX
00271373 WINPRED VAE

5mg Comprimé

00312770 APO-PREDNISONE APX
00156876 PREDNISONE PRO

50mg Comprimé

00550957 APO-PREDNISONE APX
00232378 NOVO-PREDNISONE TEV
00607517 PREDNISONE PRO**TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)**

10mg/mL Suspension injectable

01999761 KENALOG-10 WSB
02229540 TRIAMCINOLONE SDZ

40mg/mL Suspension injectable

01999869 KENALOG-40 WSB
02229550 TRIAMCINOLONE SDZ
09857128 TRIAMCINOLONE ACETONIDE (5ML) SDZ**TRIAMCINOLONE (DIACÉTATE DE)**

40mg/mL Suspension injectable

01977555 STERILE TRIAMCINOLONE CYX

TRIAMCINOLONE (HEXACÉTONIDE DE)

20mg/mL Suspension injectable

02194155 ARISTOSPAN VAO

68:08.00 ANDROGÈNES**DANAZOL**

50mg Capsule

02018144 CYCLOMEN SAC

100mg Capsule

02018152 CYCLOMEN SAC

200mg Capsule

02018160 CYCLOMEN SAC

TESTOSTÉRONE (CYPIONATE DE)

100mg/mL Injection

00030783 DEPO-TESTOSTERONE PFI
02246063 TESTOSTERONE CYPIONATE SDZ**TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE)**

200mg/mL Injection

00029246 DELATESTRYL BMS
00739944 PMS-TESTOSTERONE PMS**68:08.00 ANDROGÈNES****TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE)**

40mg Capsule

00782327 ANDRIOL ORG
02322498 PMS-TESTOSTERONE PMS**68:12.00 ANOVULANTS****ETHINYL ESTRADIOL, DROSPIRENON**

0.02mg & 3mg Comprimé

02321157 YAZ BAY

ETHINYL ESTRADIOL, ETONOGESTREL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients qui sont intolérants aux contraceptifs oraux ou incapables de les prendre.

2.6mg & 11.4mg Dispositif

02253186 NUVARING ORG

ÉTHINYLESTRADIOL, DÉSOGESTREL

25mcg & 150mcg, 125mcg, 100mcg Comprimé

02272903 LINESSA 21 ORG
02257238 LINESSA 28 ORG

30mcg & 150mcg Comprimé

02317192 APRI 21 BAR
02317206 APRI 28 BAR
02042487 MARVELON 21 ORG
02042479 MARVELON 28 ORG
02042533 ORTHO CEPT 28 JNO**ÉTHINYLESTRADIOL, DROSPIRENON**

0.03mg & 3mg Comprimé

02261723 YASMIN 21 BAY
02261731 YASMIN 28 BAY**ÉTHINYLESTRADIOL, ÉTHYNODIOL (DIACÉTATE D')**

30mcg & 2mg Comprimé

00469327 DEMULEN 30 21 PFI
00471526 DEMULEN 30 28 PFI**ÉTHINYLESTRADIOL, LÉVONORGESTREL**

20mcg & 100mcg Comprimé

02236974 ALESSE 21 WAY
02236975 ALESSE 28 WAY02298538 AVIANE 21 BAR
02298546 AVIANE 28 BAR

30mcg & 0.05mg, 40mcg & 0.075mg, 30mcg & 0.125mg Comprimé

00707600 TRIQUILAR 21 BEX
00707503 TRIQUILAR 28 BEX

30mcg & 150mcg Comprimé

02042320 MIN-OVRAL 21 WAY
02042339 MIN-OVRAL 28 WAY02295946 PORTIA 21 BAR
02295954 PORTIA 28 BAR

68:12.00 ANOVULANTS**ÉTHINYLESTRADIOL, NORÉTHINDRONE****35mcg & 0.5mg Comprimé**

02187086	BREVICON 0.5/35 21	PFI
02187094	BREVICON 0.5/35 28	PFI
00340731	ORTHO 0.5/35 28	JNO
00317047	ORTHO 0.5/35 21	JNO

35mcg & 0.5mg, 35mcg & 1mg Comprimé

02187116	SYNPHASIC 28	PFI
02187108	SYNPHASIC 21	PFI

35mcg & 1mg Comprimé

02189054	BREVICON 1/35 21	PFI
02189062	BREVICON 1/35 28	PFI
00372838	ORTHO 1/35 28	JNO
00372846	ORTHO 1/35 21	JNO
02197502	SELECT 1/35 21	DSP
02199297	SELECT 1/35 28	DSP

35mcg & 500mcg, 35mcg & 750mcg, 35mcg & 1mg Comprimé

00602957	ORTHO 7/7/7 21	JNO
00602965	ORTHO 7/7/7 28	JNO

ÉTHINYLESTRADIOL, NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)**20mcg & 1mg Comprimé**

00315966	MINESTRIN 1/20 21	GCL
00343838	MINESTRIN 1/20 28	GCL

30mcg & 1.5mg Comprimé

00297143	LOESTRIN 1.5/30 21	GCL
00353027	LOESTRIN 1.5/30 28	GCL

ÉTHINYLESTRADIOL, NORGESTIMATE**25mcg & 0.180mg, 25mcg & 0.215mg, 25mcg & 0.25mg Comprimé**

02258560	TRI-CYCLEN LO 21	JNO
02258587	TRI-CYCLEN LO 28	JNO

35mcg & 0.180mg, 35mcg & 0.215mg, 35mcg & 0.25mg Comprimé

02028700	TRI-CYCLEN 21	JNO
02029421	TRI-CYCLEN 28	JNO

35mcg & 0.25mg Comprimé

01968440	CYCLEN 21	JNO
01992872	CYCLEN 28	JNO

LÉVONORGESTREL**0.75mg Comprimé**

02364905	NEXT CHOICE	COB
02285576	NORLEVO	HRA
02241674	PLAN B	BAR

LÉVONORGESTREL DISPOSITIF INTRAUTÉRIN

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture accordée pour un 1 stérilet tous les cinq ans.

52mg Dispositif intrautérin

02243005	MIRENA	BAY
----------	--------	-----

68:12.00 ANOVULANTS**NORÉTHINDRONE****0.35mg Comprimé**

00037605	MICRONOR 28	JNO
----------	-------------	-----

68:16.04 ESTROGÈNES**ESTRADIOL****2mg Anneau vaginal**

02168898	ESTRING	PMJ
----------	---------	-----

0.5mg Comprimé

02225190	ESTRACE	SHI
----------	---------	-----

1mg Comprimé

02148587	ESTRACE	SHI
----------	---------	-----

2mg Comprimé

02148595	ESTRACE	SHI
----------	---------	-----

0.06% Gel

02238704	ESTROGEL	SCH
----------	----------	-----

0.39mg Timbre cutané

02245676	ESTRADOT 25	NVR
----------	-------------	-----

0.585mg Timbre cutané

02243999	ESTRADOT 37.5	NVR
----------	---------------	-----

0.78mg Timbre cutané

02244000	ESTRADOT 50	NVR
----------	-------------	-----

1.17mg Timbre cutané

02244001	ESTRADOT 75	NVR
----------	-------------	-----

1.56mg Timbre cutané

02244002	ESTRADOT 100	NVR
----------	--------------	-----

2mg Timbre cutané

00756849	ESTRADERM 25	NVR
----------	--------------	-----

4mg Timbre cutané

02246967	SANDOZ-ESTRADIOL DERM 50	SDZ
----------	--------------------------	-----

5mg Timbre cutané

02243722	OESCLIM	PAL
----------	---------	-----

6mg Timbre cutané

02246968	SANDOZ-ESTRADIOL DERM 75	SDZ
----------	--------------------------	-----

8mg Timbre cutané

00756792	ESTRADERM 100	NVR
----------	---------------	-----

02246969	SANDOZ-ESTRADIOL DERM 100	SDZ
----------	---------------------------	-----

10mg Timbre cutané

02243724	OESCLIM	PAL
----------	---------	-----

ESTRADIOL (ESTRADIOL HEMIHYDRATE)**10mcg Comprimé vaginal**

02325462	VAGIFEM	NOO
----------	---------	-----

2mg Timbre cutané

02247499	CLIMARA 25	BEX
----------	------------	-----

3.8mg Timbre cutané

02231509	CLIMARA 50	BEX
----------	------------	-----

5.7mg Timbre cutané

02247500	CLIMARA 75	BEX
----------	------------	-----

7.6mg Timbre cutané

02231510	CLIMARA 100	BEX
----------	-------------	-----

68:16.04 ESTROGÈNES**ESTRADIOL, NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)****0.51mg & 4.8mg Timbre cutané**

02241837 ESTALIS 250/50

NVR

0.62mg & 2.7mg Timbre cutané

02241835 ESTALIS 140/50

NVR

ESTROGÈNES CONJUGUÉS**0.3mg Comprimé**

02043394 PREMARIN

WAY

0.625mg Comprimé

00265470 C.E.S.

VAE

02043408 PREMARIN

WAY

1.25mg Comprimé

02043424 PREMARIN

WAY

0.625mg/g Crème vaginale

02043440 PREMARIN

WAY

**ESTROGÈNES CONJUGUÉS,
MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE)****0.625mg & 2.5mg Trousse**

02242878 PREMPLUS

WAY

0.625mg & 5mg Trousse

02242879 PREMPLUS

WAY

ESTRONE**1mg/g Crème vaginale**

00727369 ESTRAGYN

TRT

ESTROPIPATE**0.75mg Comprimé**

02089793 OGEN

PFI

1.5mg Comprimé

02089769 OGEN

PFI

3mg Comprimé

02089777 OGEN

PFI

**ÉTHINYLESTRADIOL, NORÉTHINDRONE
(ACÉTATE DE)****5mcg & 1mg Comprimé**

02242531 FEMHRT

WCI

**68:16.12 AGONISTES-ANTAGONISTES
DES ESTROGÈNES****RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour :

- a. - la prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui n'ont pas obtenu le résultat escompté avec les biphosphonates.
- b. - la prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui ont eu des antécédents de cancer du sein ou dont une parente au premier degré a souffert d'un cancer du sein.

60mg Comprimé

02279215	APO-RALOXIFENE	APX
02239028	EVISTA	LIL
02312298	NOVO-RALOXIFENE	TEV
02358921	PMS-RALOXIFENE	PMS

68:18.00 GONADOTROPHINES**NAFARÉLINE (ACÉTATE DE)****2mg/mL Solution nasale**

02188783 SYNAREL PFI

68:20.02 INHIBITEURS DE L'ALPHA-GLUCOSIDASE**ACARBOSE****ct 50mg Comprimé**

02190885 GLUCOBAY BAY

ct 100mg Comprimé

02190893 GLUCOBAY BAY

68:20.04 BIGUANIDES**METHFORMINE (CHLORHYDRATE DE)****ct 500mg Comprimé**

02167786	APO-METFORMIN	APX
02257726	CO METFORMIN	COB
02229994	DOM-METFORMIN	DPC
02099233	GLUCOPHAGE	SAC
02229516	GLYCON	VAE
02242794	METFORMIN	MEL
02353377	METFORMIN	SAN
02148765	MYLAN-METFORMIN	MYL
02045710	NOVO-METFORMIN	TEV
02162822	NU-METFORMIN	NXP
02223562	PMS-METFORMIN	PMS
02314908	PRO-METFORMIN	PDL
02269031	RAN-METFORMIN	RBY
02242974	RATIO-METFORMIN	RPH
02239081	RIVA-METFORMIN	RIV
02246820	SANDOZ-METFORMIN FC	SDZ

68:20.04 BIGUANIDES**METHFORMINE (CHLORHYDRATE DE)****^{ct} 850mg Comprimé**

02229785	APO-METFORMIN	APX
02257734	CO METFORMIN	COB
02242726	DOM-METFORMIN	DPC
02162849	GLUCOPHAGE	SAC
02239214	GLYCON	VAE *
02242793	METFORMIN	SOR
02353385	METFORMIN	SAN
02229656	MYLAN-METFORMIN	MYL
02230475	NOVO-METFORMIN	TEV
02229517	NU-METFORMIN	NXP
02242589	PMS-METFORMIN	PMS
02314894	PRO-METFORMIN	PDL
02269058	RAN-METFORMIN	RBY
02242931	RATIO-METFORMIN	RPH
02242783	RIVA-METFORMIN	RIV
02246821	SANDOZ-METFORMIN	SDZ

SITAGLIPTIN/METFORMIN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués

^{ct} 50mg & 1000mg Comprimé

02333872	JANUMET	FRS
----------	---------	-----

^{ct} 50mg & 500mg Comprimé

02333856	JANUMET	FRS
----------	---------	-----

^{ct} 50mg & 850mg Comprimé

02333864	JANUMET	FRS
----------	---------	-----

68:20.05**SITAGLIPTIN**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués

^{ct} 100mg Comprimé

02303922	JANUVIA	FRS
----------	---------	-----

68:20.08 INSULINES**INSULIN GLULISINE****100U/mL Injection**

02294346	APIDRA SOLOSTAR	SAC
----------	-----------------	-----

68:20.08 INSULINES**INSULINE (30% NEUTRE & ISOPHANE 70%)
BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE****100U/mL Injection**

02025248	NOVOLIN GE 30/70 PENFILL	NOO *
09853812	NOVOLIN GE 30/70 PENFILL (ON)	NOO
02024217	NOVOLIN GE 30/70 VIAL	NOO

**INSULINE (40% NEUTRE & ISOPHANE 60%)
BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE****100U/mL Injection**

02024314	NOVOLIN GE 40/60 PENFILL	NOO
----------	--------------------------	-----

**INSULINE (50% NEUTRE & ISOPHANE 50%)
BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE****100U/mL Injection**

02024322	NOVOLIN GE 50/50 PENFILL	NOO
----------	--------------------------	-----

INSULINE ASPART**100U/mL Injection**

02244353	NOVORAPID	NOO
02245397	NOVORAPID VIAL	NOO

INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE**100U/mL Injection**

02024284	NOVOLIN GE TORONTO PENFILL	NOO
09853774	NOVOLIN GE TORONTO PENFILL (ON)	NOO
02024233	NOVOLIN GE TORONTO VIAL	NOO

**INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE 30% &
ISOPHANE 70%****100U/mL Injection**

01959212	HUMULIN 30/70 CARTOUCHES	LIL
09853855	HUMULIN 30/70 CARTOUCHES (ON)	LIL
00795879	HUMULIN 30/70 VIAL	LIL

**INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE
CRYSTALLINE ZINC****100U/mL Injection**

01959220	HUMULIN R CARTOUCHES	LIL
09853766	HUMULIN R CARTOUCHES (ON)	LIL
00586714	HUMULIN R VIAL	LIL

INSULINE GLARNINE**100U/mL Injection**

02251930	LANTUS CARTRIDGE	SAC
02294338	LANTUS SOLOSTAR	SAC
02245689	LANTUS VIAL	SAC

INSULINE GLULISINE**100U/mL Injection**

02279479	APIDRA CARTOUCHES	SAC
02279460	APIDRA VIAL	SAC

68:20.08 INSULINES**INSULINE HUMAINE BIOSYNTHÉTIQUE
ISOPHANE****100U/mL Injection**

01959239	HUMULIN N CARTOUCHES/KWIKPEN	LIL
09853804	HUMULIN N CARTOUCHES/KWIKPEN (ON)	LIL
00587737	HUMULIN N VIAL	LIL
02024268	NOVOLIN GE NPH PENFILL	NOO *
09853782	NOVOLIN GE NPH PENFILL (ON)	NOO
02024225	NOVOLIN GE NPH VIAL	NOO

INSULINE LISPRO**100U/mL Injection**

02229705	HUMALOG CARTOUCHES/KWIKPEN	LIL
09853715	HUMALOG CARTOUCHES/KWIKPEN (ON)	LIL *
02229704	HUMALOG VIAL	LIL

68:20.16 MÉGLITINIDES**NATÉGLINIDE****ct 60mg Comprimé**

02245438	STARLIX	NVR
----------	---------	-----

ct 120mg Comprimé

02245439	STARLIX	NVR
----------	---------	-----

REPAGLINIDE**ct 0.5mg Comprimé**

02321475	CO-REPAGLINIDE	COB
02239924	GLUCONORM	NOO
02354926	PMS-REPAGLINIDE	PMS
02357453	SANDOZ REPAGLINIDE	SDZ

ct 1mg Comprimé

02321483	CO-REPAGLINIDE	COB
02239925	GLUCONORM	NOO
02354934	PMS-REPAGLINIDE	PMS
02357461	SANDOZ REPAGLINIDE	SDZ

ct 2mg Comprimé

02321491	CO-REPAGLINIDE	COB
02239926	GLUCONORM	NOO
02354942	PMS-REPAGLINIDE	PMS
02357488	SANDOZ REPAGLINIDE	PFI

**68:20.20 ANTIDIABÉTIQUES -
SULFONYLURÉES****68:20.20 ANTIDIABÉTIQUES -
SULFONYLURÉES****GLICLAZIDE****ct 80mg Comprimé**

02245247	APO-GLICLAZIDE	APX
00765996	DIAMICRON	SEV
02155850	GLICLAZIDE	PRO
02248453	GLICLAZIDE	PDL
02287072	GLICLAZIDE	SAN
02229519	MYLAN-GLICLAZIDE	MYL
02238103	NOVO-GLICLAZIDE	TEV

GLYBURIDE**ct 2.5mg Comprimé**

01913654	APO-GLYBURIDE	APX
02224550	DIABETA	SAC
01959352	GLYBURIDE	PDL
02350459	GLYBURIDE	SAN
00808733	MYLAN-GLYBE	MYL
01913670	NOVO-GLYBURIDE	TEV
02020734	NU-GLYBURIDE	NXP
01900927	RATIO-GLYBURIDE	RPH
02248008	SANDOZ-GLYBURIDE	SDZ

TOLBUTAMIDE**ct 500mg Comprimé**

00312762	TOLBUTAMIDE	AAP
----------	-------------	-----

GLICLAZIDE**ct 30mg Comprimé**

02242987	DIAMICRON MR	SEV
02297795	GLICLAZIDE MR	AAP

ct 60mg Comprimé

02356422	DIAMICRON MR	SEV
----------	--------------	-----

68:20.28 THIAZOLIDINÉDIONES**PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

^{ct} 15mg Comprimé

02303442	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02242572	ACTOS	LIL
02302942	APO-PIOGLITAZONE	APX
02302861	CO PIOGLITAZONE	COB
02307634	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02326477	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298279	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02274914	NOVO-PIOGLITAZONE	TEV
02307669	PHL-PIOGLITAZONE 15MG COMP	PHH
02303124	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312050	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02301423	RATIO-PIOGLITAZONE	RPH
02297906	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ

^{ct} 30mg Comprimé

02303450	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02242573	ACTOS	LIL
02302950	APO-PIOGLITAZONE	APX
02302888	CO PIOGLITAZONE	COB
02307642	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02326485	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298287	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02274922	NOVO-PIOGLITAZONE	TEV
02307677	PHL-PIOGLITAZONE 30MG COMP	PHH
02303132	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312069	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02301431	RATIO-PIOGLITAZONE	RPH
02297914	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ

^{ct} 45mg Comprimé

02303469	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02242574	ACTOS	LIL
02302977	APO-PIOGLITAZONE	APX
02302896	CO PIOGLITAZONE	COB
02307650	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02326493	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298295	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02274930	NOVO-PIOGLITAZONE	TEV
02307723	PHL-PIOGLITAZONE 45MG COMP	PHH
02303140	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312077	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02301458	RATIO-PIOGLITAZONE	RPH
02297922	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ

68:20.28 THIAZOLIDINÉDIONES**PIOGLITAZONE CHL**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

^{ct} 15mg Comprimé

02320754	ZYM-PIOGLITAZONE	ZYM
----------	------------------	-----

^{ct} 30mg Comprimé

02320762	ZYM-PIOGLITAZONE	ZYM
----------	------------------	-----

^{ct} 45mg Comprimé

02320770	ZYM-PIOGLITAZONE	ZYM
----------	------------------	-----

ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

^{ct} 2mg Comprimé

02241112	AVANDIA	GSK
----------	---------	-----

^{ct} 4mg Comprimé

02241113	AVANDIA	GSK
----------	---------	-----

^{ct} 8mg Comprimé

02241114	AVANDIA	GSK
----------	---------	-----

68:22.12 GLYCOGÉNOLYTIQUE**GLUCAGON, SOURCE ADNR****1mg/mL Injection**

02333627	GLUCAGEN HYPOKIT	NOO
02333619	GLUCAGEN VIAL	NOO
02243297	GLUCAGON	LIL

68:24.00 PARATHYROÏDIENS**CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE)****200IU/mL Injection**

01926691	CALCIMAR	SAC
----------	----------	-----

68:24.00 PARATHYROÏDIENS**CALCITONINE SAUMON (MIACALCIN)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique pour les patients chez qui les bisphosphonates et la raloxifène n'ont pas donné de bons résultats, sont contre-indiquées ou ne peuvent être tolérées. OU

Pour le traitement de la douleur liée aux fractures ostéoporotiques vertébrales chez les patients nécessitant un autre type d'analgésique (par exemple, en raison de comorbidités, d'intolérance aux autres options thérapeutiques ou d'une douleur intense non soulagée par les autres options thérapeutiques) pour une période de trois mois.

200IU/Dose Vaporisateur nasal

02247585	APO-CALCITONIN	APX
02240775	MIACALCIN	NVR
02261766	SANDOZ-CALCITONIN	SDZ

68:28.00 HORMONES HYPOPHYSAIRES**DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE)****0.1mg Comprimé**

02284030	APO-DESMOPRESSIN	APX
00824305	DDAVP	FEI
02304368	PMS-DESMOPRESSIN	PMS
02287730	TEVA-DESMOPRESSIN	TEV

0.2mg Comprimé

02284049	APO-DESMOPRESSIN	APX
00824143	DDAVP	FEI
02304376	PMS-DESMOPRESSIN	PMS
02287749	TEVA-DESMOPRESSIN	TEV

60mcg Comprimé

02284995	DDAVP MELT	FEI
----------	------------	-----

120mcg Comprimé

02285002	DDAVP MELT	FEI
----------	------------	-----

240mcg Comprimé

02285010	DDAVP MELT	FEI
----------	------------	-----

4mcg/mL Injection

00873993	DDAVP	FEI
----------	-------	-----

0.1mg/mL Solution nasale

00402516	DDAVP	FEI
----------	-------	-----

0.1mg/mL Vaporisateur nasal

00836362	DDAVP	FEI
02242465	DESMOPRESSIN	AAP

68:32.00 PROGESTATIFS**MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE)****2.5mg Comprimé**

02244726	APO-MEDROXY	APX
02247581	DOM-MEDROXYPROGESTERONE	DPC
02253550	MEDROXY	PDL
02221284	NOVO-MEDRONE	TEV
02252740	NU-MEDROXY	NXP
00708917	PROVERA	PFI

68:32.00 PROGESTATIFS**MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE)****5mg Comprimé**

02244727	APO-MEDROXY	APX
02247582	DOM-MEDROXYPROGESTERONE	DPC
02253577	MEDROXY	PDL
02221292	NOVO-MEDRONE	TEV
02252759	NU-MEDROXY	NXP
00030937	PROVERA	PFI
02010739	PROVERA PAK	PFI

10mg Comprimé

02277298	APO-MEDROXY	APX
02247583	DOM-MEDROXYPROGESTERONE	DPC
02221306	NOVO-MEDRONE	TEV
00729973	PROVERA	PFI
02010933	PROVERA PAK	PFI

100mg Comprimé

02267640	APO-MEDROXY	APX
----------	-------------	-----

50mg/mL Injection

00030848	DEPO-PROVERA	PFI
----------	--------------	-----

150mg/mL Injection

00585092	DEPO-PROVERA	PFI
02322250	MEDROXYPROGESTERONE	SDZ

68:36.04 THYROÏDIENS**LÉVOTHYROXINE SODIQUE****ct 0.025mg Comprimé**

02264323	EUTHYROX	MYL
02172062	SYNTHROID	ABB

ct 0.05mg Comprimé

02213192	ELTROXIN	GSK
02264331	EUTHYROX	MYL
02172070	SYNTHROID	ABB

ct 0.075mg Comprimé

02264358	EUTHYROX	MYL
02172089	SYNTHROID	ABB

ct 0.088mg Comprimé

02172097	SYNTHROID	ABB
----------	-----------	-----

ct 0.1mg Comprimé

02213206	ELTROXIN	GSK
02264374	EUTHYROX	MYL
02172100	SYNTHROID	ABB

ct 0.112mg Comprimé

02264390	EUTHYROX	MYL
02171228	SYNTHROID	ABB

ct 0.125mg Comprimé

02264404	EUTHYROX	MYL
02172119	SYNTHROID	ABB

ct 0.137mg Comprimé

02264412	EUTHYROX	MYL
02233852	SYNTHROID	ABB

68:36.04 THYROÏDIENS
LÉVOTHYROXINE SODIQUE

<i>ct</i>	0.15mg Comprimé		
02213214	ELTROXIN	GSK	
02264420	EUTHYROX	MYL	
02172127	SYNTHROID	ABB	
<i>ct</i>	0.175mg Comprimé		
02264439	EUTHYROX	MYL	
02172135	SYNTHROID	ABB	
<i>ct</i>	0.2mg Comprimé		
02213222	ELTROXIN	GSK	
02264447	EUTHYROX	MYL	
02172143	SYNTHROID	ABB	
<i>ct</i>	0.3mg Comprimé		
02264455	EUTHYROX	MYL	
02172151	SYNTHROID	ABB	

THYROÏDE

<i>ct</i>	30mg Comprimé		
00023949	THYROID	ERF	
<i>ct</i>	60mg Comprimé		
00023957	THYROID	ERF	
<i>ct</i>	125mg Comprimé		
00023965	THYROID	ERF	

68:36.08 ANTITHYROÏDIENS**PROPYLTHIOURACILE**

<i>ct</i>	50mg Comprimé		
00010200	PROPYL THYRACIL	SQU	
<i>ct</i>	100mg Comprimé		
00010219	PROPYL THYRACIL	SQU	

THIABENDAZOLE

<i>ct</i>	10mg Comprimé		
02296039	TAPAZOLE	PAL	

THIAMAZOLE

<i>ct</i>	5mg Comprimé		
00015741	TAPAZOLE	PAL	

80:00 SÉRUMS, ANTITOXINES ET
VACCINS

80:04.00 SÉRUMS**EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE DOLICHOVESPULA ARÉNARIA****120mcg Injection**

01948946	PROTÉINES DE VENIN DE GUEPE JAUNE	ALK
----------	-----------------------------------	-----

EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE DOLICHOVESPULA MACULATA**120mcg Injection**

01949004	VENIN DE FRELON A TETE BLANCHE	ALK
----------	--------------------------------	-----

EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE L'ESPÈCE DES VESPIDÉS**1.1mg Injection**

01948954	PROTEINE DE VENIN DE GUEPE JAUNE	ALG
----------	----------------------------------	-----

120mcg Injection

01948962	PROTEINE DE VENIN DE GUEPE JAUNE	ALK
----------	----------------------------------	-----

EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE L'ESPÈCE POLISTES**1.1mg Injection**

01948970	PROTEINE DE VENIN DE GUEPE	ALK
----------	----------------------------	-----

EXTRAIT PROTÉINIQUE DE VENIN D'ABEILLE MELLIFÈRE**1.1mg Injection**

01948903	VENIN D'ABEILLE MELLIFERE	ALK
----------	---------------------------	-----

120mcg Injection

01948911	VENIN D'ABEILLE MELLIFERE	ALK
02226197	VENOMIL VENIN D'ABEILLE MELLIFERE	HOL

550mcg Injection

02220075	VENIN D'ABEILLE MELLIFERE	HOL
----------	---------------------------	-----

POLLEN**Injection**

00299987	EXTRAIT ALLERGIQUE POLLENIQUE	ALK
00464988	POLLINEX R	BEN

POLLEN AND NON POLLEN**Injection**

00648922	CENTER-AL	ALK
----------	-----------	-----

PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE BLANCHE**120mcg Injection**

02226235	VENOMIL PROTEINE DE VENIN DE FRELON A TETE BLANCHE	HOL
----------	--	-----

80:04.00 SÉRUMS**PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE
BLANCHE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE
JAUNE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE
JAUNE****120mcg Injection**

01948881	PROTEINE DE VENIN DE VESPIDES MIXTES	ALK
02226294	VENOMIL PROTEINE DE VENIN DE VESPIDES MIXTES	HOL

550mcg Injection

02221314	PROTEINE DE VENIN DE VESPIDES MIXTES	HOL
----------	---	-----

PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE**120mcg Injection**

02226219	VENOMIL PROTEINE DE VENIN DE GUEPE	HOL
----------	---------------------------------------	-----

550mcg Injection

02220091	PROTEINE DE VENIN DE GUEPE	HOL
----------	-------------------------------	-----

PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE**120mcg Injection**

02226286	PROTEINE DE VENIN DE GUEPE JAUNE	HOL
----------	-------------------------------------	-----

120mcg/mL Injection

02226251	PROTEINE DE VENIN DE GUEPE JAUNE	BAY
----------	-------------------------------------	-----

550mcg Injection

02220113	PROTEINE DE VENIN DE GUEPE JAUNE	BAY
02220083	PROTÉINES DE VENIN DE GUEPE JAUNE	HOL

SANS POLLEN**Injection**

00299979	EXTRAIT ALLERGENIQUE NON POLLINIQUE	ALK
00514713	EXTRAITS ALLERGENIQUES	MSL

84:00 PEAU & MUQUEUSES**84:04.04 PEAU & MUQUEUSES -
ANTIBIOTIQUES****ACIDE FUSIDIQUE****2% Crème**

00586668	FUCIDIN	LEO
----------	---------	-----

BACITRACINE**500IU Onguent**

00584908	BACITIN	PMS
----------	---------	-----

**BACITRACINE (ZINC DE), POLYMYXINE B
(SULFATE DE)****500IU & 10,000IU Onguent**

02237227	POLYSPORIN ANTIBIOTIQUE	PFI
----------	-------------------------	-----

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)**2% Crème vaginale**

02060604	DALACIN	PMJ
----------	---------	-----

1% Solution

00582301	DALACIN T	PFI
02266938	TARO-CLINDAMYCIN	TAR

1% Solution

02243659	CLINDA-T	VAO
----------	----------	-----

ÉRYTHROMYCINE, TRÉTINOÏNE**4% & 0.01% Gel**

02015994	STIEVAMYCIN DOUX	STI
----------	------------------	-----

4% & 0.025% Gel

01905112	STIEVAMYCIN	STI
----------	-------------	-----

4% & 0.05% Gel

01945262	STIEVAMYCIN FORTE	STI
----------	-------------------	-----

FUSIDATE DE SODIUM**2% Onguent**

00586676	FUCIDIN	LEO
----------	---------	-----

GRAMICIDINE, POLYMYXINE B (SULFATE DE)**0.25mg & 10,000IU Crème**

02230844	POLYSPORIN ANTIBIOTIQUE	PFI
----------	-------------------------	-----

MUPIROCINE**2% Crème**

02239757	BACTROBAN	GSK
----------	-----------	-----

2% Onguent

01916947	BACTROBAN	GSK
02279983	TARO-MUPIROCIN	TAR

POLYMYXINE B (SULFATE DE), BACITRACINE**10,000IU & 500IU Onguent**

00876488	BACIMYXIN	PMS
00621366	BIODERM	ODN
01942921	POLYTOPIC	SDZ

84:04.06 PEAU & MUQUEUSES - ANTIVIRaux**ACYCLOVIR****5% Crème**

02039524 ZOVIRAX

GSK

5% Onguent

00569771 ZOVIRAX

GSK

IDOXURIDINE**0.1% Solution topique**

02237187 SANDOZ-IDOXURIDINE

SDZ

84:04.08 PEAU & MUQUEUSES - FONGICIDES**CLOTRIMAZOLE****1% Crème**

02150867 CANESTEN

BCD

00812382 CLOTRIMADERM

TAR

1% & 200mg Crème et suppositoire vaginal02264099 CANESTEN 3 COMFORT
COMBI PAK

BCD

1% & 500mg Crème et suppositoire vaginal02264102 CANESTEN 1 COMFORT
COMBI PAK

BCD

1% Crème vaginale

02150891 CANESTEN

BCD

00812366 CLOTRIMADERM

TAR

2% Crème vaginale

02150905 CANESTEN

BCD

00812374 CLOTRIMADERM

TAR

KÉTOCONAZOLE**2% Crème**

02245662 KETODERM

TAR

2% Shampooing

02182920 NIZORAL

MCL

MICONAZOLE (NITRATE DE)**2% Crème**

02085852 MICATIN

MCL

02126567 MONISTAT-DERM

MCL

2% & 100mg Crème et suppositoire vaginal

02126257 MONISTAT 7

MCL

2% & 400mg Crème et suppositoire vaginal

02126249 MONISTAT 3

MCL

2% Crème vaginale

02231106 MICOZOLE

TAR

02084309 MONISTAT 7

MCL

400mg Suppositoire vaginal

02171775 MICONAZOLE

VTH

02126605 MONISTAT 3

MCL

NYSTATINE**100,000IU Crème**

00716871 NYADERM

TAR

02194236 RATIO-NYSTATIN

RPH

84:04.08 PEAU & MUQUEUSES - FONGICIDES**NYSTATINE****25,000IU Crème vaginale**

00716901 NYADERM

TAR

100,000IU Crème vaginale

02194163 RATIO-NYSTATIN

RPH

100,000IU Onguent

02194228 RATIO-NYSTATIN

RPH

TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE)**1% Crème**

02031094 LAMISIL

NVR

TERCONAZOLE**0.4% Crème vaginale**

02247651 TARO-TERCONAZOLE

TAR

00894729 TERAZOL 7

JNO

0.8% & 80mg Crème vaginale et suppositoire vaginal

02130874 TERAZOL 3 DUAL PAK

JNO

TOLNAFTATE**1% Crème**

00576034 TINACTIN

SCH

1% Poudre

01919245 PIED D'ATHLETE VAPORISATEUR

SCH

00576042 TINACTIN

SCH

02029081 ZEASORB AF

STI

1% Vaporisateur

00576050 TINACTIN AEROSOL

SCH

84:04.12 PEAU & MUQUEUSES - PARASITICIDES**CROTAMITON****10% Crème**

00623377 EURAX

NVC

ISOPROPYL MYRISTATE**50% Solution**

02279592 RESULTZ

NYC

LINDANE**1% Lotion**

00703591 PMS-LINDANE

PMS

1% Shampooing

00430617 HEXIT

ODN

00703605 PMS-LINDANE

PMS

PERMÉTHRINE**5% Crème**

02219905 NIX DERMAL

GSK

5% Lotion

02231348 KWELLADA-P

GSK

1% Rince

02231480 KWELLADA-P

GSK

00771368 NIX

WLA

84:04.12 PEAU & MUQUEUSES - PARASITICIDES
PIPÉRONYLE (BUTOXYDE DE), PYRÉTHRINE

3% & 0.3% Shampooing

02125447 R & C

GSK

84:04.92 PEAU & MUQUEUSES - AUTRES ANTI-INFECTIEUX
ARGENT (SULFADIAZINE D')
1% Crème02010917 DERMAZIN
00323098 FLAMAZINE
09854037 FLAMAZINE 50GPMS
SNE
SNE *
BENZOYLE (PEROXIDE DE)
5% Gel (base d'alcool)02162113 BENZAGEL
00263702 PANOXYL-5NVC
STI**10% Gel (base d'alcool)**

00263699 PANOXYL-10

STI

20% Gel (base d'alcool)

00373036 PANOXYL-20

STI

2.5% Gel (base d'eau)

02214830 PANOXYL AQUAGEL

STI

4% Gel (base d'eau)

01975382 SOLUGEL

STI

5% Gel (base d'eau)00899453 BENZAC AC
01925180 BENZAC W5
02214849 PANOXYL AQUAGELGAC
GAC
STI ***8% Gel (base d'eau)**

02019825 SOLUGEL

STI

10% Gel (base d'eau)

01912437 BENZAC AC

GAC

2.5% Lotion

02046539 OXY 5

GSK

5% Lotion02166607 BENZAGEL 5
00374326 OXYDERMNVC
VAE**10% Lotion**

00370568 BENOXYL

STI

5% Nettoyeur00896276 BENZAC W
02162121 BENZAGEL
02214857 PANOXYLGAC
NVC
STI**10% Nettoyeur**

01925199 BENZAC W

GAC

5% Savon

00483184 PANOXYL-5

STI

10% Savon

00527661 PANOXYL-10

STI

CHLORHEXIDINE (ACÉTATE DE)
0.5% Pansement

00433497 BACTIGRAS

SNE

84:04.92 PEAU & MUQUEUSES - AUTRES ANTI-INFECTIEUX
CHLORHEXIDINE (GLUCONATE DE)
2% Liquide

01938991 STANHEXIDINE

OMG

4% Liquide

01938983 STANHEXIDINE

OMG

MÉTRONIDAZOLE
0.75% Crème

02226839 METROCREAM

GAC

1% Crème

02156091 NORITATE

SAC

10% Crème vaginale

01926861 FLAGYL

SAC

0.75% Gel

02092832 METROGEL

GAC

1% Gel

02297809 METROGEL

GAC

0.75% Gel vaginal

02125226 NIDAGEL

MMH

0.75% Lotion

02248206 METROLOTION

GAC

MÉTRONIDAZOLE, AVOBENZONE, OCTINOXATE
1% & 2% & 7.5% Crème

02242919 ROSASOL

STI

MÉTRONIDAZOLE, NYSTATINE
100mg & 20,000U/g Crème vaginale

01926845 FLAGYSTATIN

SAC

500mg & 100,000IU Suppositoire vaginal

01926829 FLAGYSTATIN

SAC

PEROXIDE D'HYDROGÈNE
3% Liquide

00579297 PEROXIDE D'HYDROGENE ATL

00167703 PEROXIDE D'HYDROGENE 10V RWP

00485721 PEROXIDE D'HYDROGENE 10V RPH *

POVIDONE-IODINE
10% Liquide

00158348 BETADINE

PFR

SÉLÉNIUM (SULFURE DE)
2.5% Lotion

00243000 SELSUN

ABB

00594601 VERSEL

VAO

TRICLOSAN
0.5% Liquide

00632317 TERSASEPTIC

STI

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES**AMCINONIDE****0.1% Crème**

02192284	CYCLOCORT	STI
02247098	RATIO-AMCINONIDE	RPH
02246714	TARO-AMCINONIDE	TAR

0.1% Lotion

02192276	CYCLOCORT	STI
02247097	RATIO-AMCINONIDE	RPH

0.1% Onguent

02192268	CYCLOCORT	STI
02247096	RATIO-AMCINONIDE	RPH

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)**0.025% Crème**

02089602	PROPADERM	SHI
----------	-----------	-----

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)**0.05% Crème**

00323071	DIPROSONE	SCH
00804991	RATIO-TOPISONE	RPH
02122049	ROSONE	RIV
01925350	TARO-SONE	TAR

0.05% Lotion

00417246	DIPROSONE	SCH
00809187	RATIO-TOPISONE	RPH
02122030	ROSONE	RIV

0.05% Onguent

00344923	DIPROSONE	SCH
00805009	RATIO-TOPISONE	RPH
02122057	ROSONE	RIV

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) DANS PROPYLÈNE GLYCOL**0.05% Crème**

00688622	DIPROLENE	SCH
00849650	RATIO-TOPILENE GLYCOL	RPH
02122073	ROLENE	RIV

0.05% Lotion

00862975	DIPROLENE	SCH
01927914	RATIO-TOPILENE GLYCOL	RPH
02122065	ROLENE	RIV

0.05% Onguent

00629367	DIPROLENE	SCH
00849669	RATIO-TOPILENE GLYCOL	RPH
02122081	ROLENE	RIV

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE), ACIDE SALICYLIQUE**0.05% & 2% Lotion**

00578428	DIPROSALIC	SCH
02245688	RATIO-TOPISALIC	RPH

0.05% & 3% Onguent

00578436	DIPROSALIC	SCH
----------	------------	-----

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES**BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE), CLOTRIMAZOLE****0.05% & 1% Crème**

00611174	LOTRIDERM	SCH
----------	-----------	-----

BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE DISODIQUE DE)**0.05mg/mL Lavement**

02060884	BETNESOL	SHI
----------	----------	-----

BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE)**0.05% Crème**

00535427	RATIO-ECTOSONE	RPH
----------	----------------	-----

0.1% Crème

00716626	BETADERM	TAR
00804541	PREVEX B	STI
00535435	RATIO-ECTOSONE	RPH

0.05% Lotion

00653209	RATIO-ECTOSONE	RPH
----------	----------------	-----

0.1% Lotion

00750050	RATIO-ECTOSONE	RPH
----------	----------------	-----

0.1% Lotion capillaire

00716634	BETADERM	TAR
01940112	RIVASONE	RIV
00027944	VALISONE	SCH

0.05% Onguent

00716642	BETADERM	TAR
----------	----------	-----

0.1% Onguent

00716650	BETADERM	TAR
----------	----------	-----

BUDÉSONIDE**0.02mg/mL Lavement**

02052431	ENTOCORT	AZC
----------	----------	-----

CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE)**0.05% Crème**

02213265	DERMOVATE	TAR
02024187	MYLAN-CLOBETASOL	MYL

0.05% Lotion capillaire

02232191	PMS-CLOBETASOL	PMS
01910272	RATIO-CLOBETASOL	RPH
02245523	TARO-CLOBETASOL	TAR
02093162	TEVA-CLOBETASOL	TEV

0.05% Onguent

02213281	DERMOVATE	TAR
02216213	MYLAN-CLOBETASOL	MYL

0.05% Lotion

02232195	PMS-CLOBETASOL	PMS
01910299	RATIO-CLOBETASOL	RPH

0.05% Onguent

02213273	DERMOVATE	TAR
02026767	MYLAN-CLOBETASOL	MYL

0.05% Lotion

02309548	PMS-CLOBETASOL	PMS
01910280	RATIO-CLOBETASOL	RPH

0.05% Onguent

02245524	TARO-CLOBETASOL	TAR
02126192	TEVA-CLOBETASOL	TEV

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES**CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE)****0.05% Solution**

02245522 TARO-CLOBETASOL

TAR

CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)**0.05% Crème**

02214415 EUMOVATE

GSK

DÉSONIDE**0.05% Crème**

02229315 PMS-DESONIDE

PMS

02154862 TRIDESILON

SCN

0.05% Onguent

02229323 PMS-DESONIDE

PMS

02154870 TRIDESILON

SCN

DÉSOXIMÉTASONE**0.05% Crème**

02221918 TOPICORT

SAC

0.25% Crème

02221896 TOPICORT

SAC

0.05% Gel

02221926 TOPICORT

SAC

0.25% Onguent

02221934 TOPICORT

SAC

DIFLUCORTOLONE (VALÉRATE DE)**0.1% Crème**

00587826 NERISONE

STI

00587818 NERISONE HUILEUSE

STI

0.1% Onguent

00587834 NERISONE

STI

DIFLUCORTOLONE (VALÉRATE DE), ACIDE SALICYLIQUE**0.1% & 3% Crème**

02028719 NERISALIC HUILEUSE

STI

FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE)**0.01% Lotion capillaire**

00873292 DERMA-SMOOTHÉ

HIL

0.025% Onguent

02162512 SYNALAR

MDC

0.01% Shampooing

02242738 CAPEX

GAC

FLUOCINONIDE**0.05% Crème**

02161923 LIDEX

VAO

00716863 LYDERM

OPT

0.05% Crème émolliente

02163152 LIDEMOL

MDC

00598933 TIAMOL

TAR

0.05% Gel

02161974 LIDEX

VAO

02236997 LYDERM

OPT

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES**FLUOCINONIDE****0.05% Onguent**

02161966 LIDEX

VAO

02236996 LYDERM

OPT

FLUTICASONE (PROPIONATE DE)**0.05% Crème**

02089912 CUTIVATE

GSK

HALOBÉTASOL (PROPIONATE D')**0.05% Crème**

01962701 ULTRAVATE

WSB

0.05% Onguent

01962728 ULTRAVATE

WSB

HYDROCORTISONE**1% Crème**

02086034 BARRIERE HC

SHI

00192597 EMO CORT

STI

00804533 PREVEX HC

STI

2.5% Crème

00595799 EMO CORT

STI

0.5% Crème

80021088 CORTATE

SCH

100mg/60mL Lavement

02112736 CORTEXEMA

AXC

00230316 HYCORT

VAE

1% Lotion

00192600 EMO CORT

STI

00578541 SARNA HC

STI

2.5% Lotion

00595802 EMO CORT

STI

00641154 EMO-CORT CAPILLAIRE

STI

00856711 SARNA HC

STI

0.5% Lotion

80021087 CORTATE

SCH

0.5% Onguent

00716685 CORTODERM

TAR

1% Onguent

00716693 CORTODERM

TAR

0.5% Onguent

80021085 CORTATE

SCH

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')**0.5% Crème**

00716820 HYDERM

TAR

1% Crème

00716839 HYDERM

TAR

2% Crème

00749834 NEO-HC

NEO

1% Lotion

00681997 DERMAFLEX HC

NEO

10% Mousse en aérosol

00579335 CORTIFOAM

SQU

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES**HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC (SULFATE DE)****0.5% & 0.5% Onguent**

02128446	ANODAN-HC	ODN
00505773	ANUSOL HC	PFI
02209764	EGOZINC-HC	PMS
00607789	RATIO-HEMCORT HC	RPH
02179547	RIVASOL HC	RIV
02247691	SANDOZ-ANUZINC HC	SDZ

10mg & 10mg Suppositoire

02236399	ANODAN-HC	ODN
00476285	ANUSOL HC	PFI
02210517	EGOZINC HC	PMS
00607797	RATIO-HEMCORT HC	RPH
02240112	RIVASOL-HC	RIV
02242798	SANDOZ ANUZINC HC	SDZ

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC (SULFATE DE), PRAMOXINE (CHLORHYDRATE DE)**0.5% & 0.5% & 1% Onguent**

00505781	ANUGESIC HC	PFI
02234466	PROCTODAN HC	ODN
02247692	SANDOZ-ANUZINC HC PLUS	SDZ

10mg & 10mg & 20mg Suppositoire

00476242	ANUGESIC HC	PFI
02240851	PROCTODAN HC	ODN
02242797	SANDOZ ANUZINC HC PLUS	SDZ

HYDROCORTISONE (VALÉRATE D')**0.2% Crème**

02242984	HYDROVAL	TAR
----------	----------	-----

0.2% Onguent

02242985	HYDROVAL	TAR
----------	----------	-----

HYDROCORTISONE, DIBUCAÏNE (CHLORHYDRATE DE), ESCULINE, FRAMYCÉTINE (SULFATE DE)**5mg & 5mg & 10mg & 10mg Onguent**

02247322	PROCTOL	ODN
02223252	PROCTOSEDYL	AXC
02226383	RATIO-PROCTOSONE	RPH
02242527	SANDOZ-PROCTOMYXIN HC	SDZ

5mg & 5mg & 10mg & 10mg Suppositoire

02247882	PROCTOL	ODN
02223260	PROCTOSEDYL	AXC
02226391	RATIO-PROCTOSONE	RPH
02242528	SANDOZ PROCTOMYXIN HC	SDZ

HYDROCORTISONE, URÉE**1% & 10% Crème**

00503134	UREMOL HC	STI
----------	-----------	-----

1% & 10% Lotion

00560022	UREMOL HC	STI
----------	-----------	-----

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES**MOMÉTASONE (FUROATE DE)****0.1% Crème**

00851744	ELOCOM	SCH
02367157	TARO-MOMETASONE	TAR

0.1% Lotion

00871095	ELOCOM	SCH
02266385	TARO-MOMETASONE	TAR

0.1% Onguent

00851736	ELOCOM	SCH
02244769	PMS-MOMETASONE	PMS
02270862	PMS-MOMETASONE	PMS
02248130	RATIO-MOMETASONE	RPH
02264749	TARO-MOMETASONE	TAR

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)**0.1% Crème**

02194058	ARISTOCORT R	VAO
----------	--------------	-----

0.5% Crème

02194066	ARISTOCORT C	VAO
----------	--------------	-----

0.1% Onguent

02194031	ARISTOCORT R	VAO
----------	--------------	-----

0.1% Pâte

01964054	ORACORT	TAR
----------	---------	-----

84:08.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTIPURURIGINEUX ET ANESTHÉSIQUES LOCAUX**LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)****2% Liquide**

01968823	LIDODAN VISQUEUSE	ODN
00811874	PMS-LIDOCAINE VISQUEUSE	PMS
00001686	XYLOCAINE VISQUEUSE	AZC

LIDOCAÏNE, PRILOCAÏNE**2.5% & 2.5% Crème**

00886858	EMLA	AZC
----------	------	-----

2.5% & 2.5% Timbre cutané

02057794	EMLA	AZC
----------	------	-----

84:16.00 PEAU & MUQUEUSES - STIMULANTS CROISSANCE ET PROLIFÉRATION C**TRÉTINOÏNE****0.01% Crème**

00897329	RETIN A	JAJ
00657204	STIEVA-A	STI

0.025% Crème

00897310	RETIN A	JAJ
00578576	STIEVA-A	STI

0.05% Crème

00443794	RETIN A	JAJ
00518182	STIEVA-A	STI

**84:16.00 PEAU & MUQUEUSES -
STIMULANTS CROISSANCE ET
PROLIFÉRATION C**

TRÉTINOÏNE

0.1% Crème

00870021	RETIN A	JAJ
00662348	STIEVA-A FORTE	STI

0.01% Gel

01926462	VITAMIN A ACIDE	SAC
----------	-----------------	-----

0.025% Gel

00587966	STIEVA-A	STI
01926470	VITAMIN A ACIDE	SAC

0.05% Gel

00641863	STIEVA-A	STI
01926489	VITAMIN A ACIDE	SAC

0.025% Solution

00578568	STIEVA-A	STI
----------	----------	-----

**84:24.12 ONGUENTS DE BASE ET
PROTECTEURS**

DIMÉTHICONE

20% Crème

02060841	BARRIERE	WPC
----------	----------	-----

VASELINE

67% Crème

00635189	PREVEX	STI
----------	--------	-----

ZINC (OXYDE DE)

15% Crème

02215799	ZINC OXIDE CRÈME	HJS
----------	------------------	-----

25% Onguent

00532576	PATE D'IHLES	RPH
----------	--------------	-----

40% Onguent

02239160	ZINCOFAX EXTRA FORT	GSK
----------	---------------------	-----

84:28.00 KÉRATOLYTIQUES

ACIDE LACTIQUE, ACIDE SALICYLIQUE

17% & 17% Liquide

00370576	DUOFILM	STI
----------	---------	-----

ACIDE SALICYLIQUE

40% Emplâtre

01974335	CLEAR AWAY	SCH
----------	------------	-----

27% Gel

01939645	DUOFORTE 27	STI
----------	-------------	-----

170mg/mL Gel

00614246	COMPOUND W	
----------	------------	--

20% Liquide

00690333	SOLUVER	DER
----------	---------	-----

26% Liquide

00754951	OCCLUSAL HP	MDC
----------	-------------	-----

27% Liquide

00837733	SOLUVER PLUS	DER
----------	--------------	-----

84:28.00 KÉRATOLYTIQUES

ACIDE SALICYLIQUE

4% Shampooing

00666106	SEBCUR	DER
----------	--------	-----

ADAPALEÑE

0.1% Crème

02231592	DIFFERIN	GAC
----------	----------	-----

0.1% Gel

02148749	DIFFERIN	GAC
----------	----------	-----

**CANTHARIDINE, PODOPHYLLINE, ACIDE
SALICYLIQUE**

1% & 2% & 30% Liquide

00772011	CANTHARONE PLUS	DOR
----------	-----------------	-----

1% & 5% & 30% Liquide

00589500	CANTHACUR PS	PMS
----------	--------------	-----

DITHRANOL

0.1% Crème

00537594	ANTHRANOL	MTI
----------	-----------	-----

0.2% Crème

00537608	ANTHRANOL	MTI
----------	-----------	-----

0.4% Lotion

00695351	ANTHRASCALP	MTI
----------	-------------	-----

1% Onguent

00566756	ANTHRAFORTE 1	MTI
----------	---------------	-----

2% Onguent

00566748	ANTHRAFORTE 2	MTI
----------	---------------	-----

**FORMALDÉHYDE, ACIDE LACTIQUE, ACIDE
SALICYLIQUE**

5% & 10% & 25% Onguent

00513091	DUOPLANT	STI
----------	----------	-----

PODOFILOX

0.5% Solution

01945149	CONDYLINE	CDX
----------	-----------	-----

PODOPHYLLINE

25% Liquide

00598208	PODOFILM	PMS
----------	----------	-----

84:32.00 KÉRATOPLASTIQUES

GOUDRON DE HOUILLE

10% Gel

00344508	TARGEL	ODN
----------	--------	-----

20% Liquide

00358495	ODANS LIQUOR CARBONIS DETERGENT	ODN
----------	------------------------------------	-----

1% Shampooing

00632295	TERSA-TAR DOUX	STI
----------	----------------	-----

3% Shampooing

00632309	TERSA-TAR	STI
----------	-----------	-----

4.3% Shampooing

00740314	PENTRAX	MDC
----------	---------	-----

84:32.00 KÉRATOPLASTIQUES**GOUDRON DE HOUILLE, ACIDE SALICYLIQUE****8% & 2% Gel**

00560448 P&S PLUS

BAK *

10% & 3% Liquide

00510335 TARGEL SA

ODN

10% & 4% Shampoing

00666114 SEBCUR-T

DER

GOUDRON DE HOUILLE, ACIDE SALICYLIQUE, SOUFRE**2% & 2% & 2% Shampoing**

00444448 STEREX

IDE

GOUDRON DE HOUILLE, GOUDRON DE GÉNÉVRIER, GOUDRON DE PIN**1% Shampoing**

00249866 POLYTAR

STI

GOUDRON DE HOUILLE, GOUDRON DE GÉNÉVRIER, GOUDRON DE PIN, ZINC (PYRITHIONE DE)**0.166% & 0.166% & 0.166% & 1% Shampoing**

00628042 MULTI-TAR PLUS DOUX

VAE *

0.33% & 0.33% & 0.33% & 1% Shampoing

02240942 MULTITAR PLUS

VAE

84:50.06 AGENTS MÉLANISANTS**MÉTHOXSALEN****10mg Capsule**

00252654 OXSORALEN

VAE

01946374 OXSORALEN

VAE

1% Lotion

01907476 OXSORALEN

VAE

84:92.00 PEAU ET MUQUEUSES DIVERS**ACIDE AZELAIC****15% Gel**

02270811 FINACEA

BAY

ACITRÉTINE

Le Soriatane étant tératogène, les femmes fertiles ne doivent pas le recevoir tant que la possibilité de grossesse n'est pas exclue. Des mesures contraceptives efficaces doivent aussi être prises. La documentation du fabricant concernant les contre-indications et les mises en garde doit être consultée avant de prescrire ou de fournir ce médicament.

10mg Capsule

02070847 SORIATANE

ACG

25mg Capsule

02070863 SORIATANE

ACG

CALCIPOTRIOL**50mcg/g Crème**

02150956 DOVONEX

LEO

50mcg/g Onguent

01976133 DOVONEX

LEO

84:92.00 PEAU ET MUQUEUSES DIVERS**CALCIPOTRIOL****50mcg/mL Solution**

02194341 DOVONEX

LEO

CAPSAÏCINE**0.025% Crème**

02157101 CAPSAICIN

VAO

02244952 ZODERM

EUR

00740306 ZOSTRIX

MDC

0.075% Crème

02157128 CAPSAICIN HP

VAO

02004240 ZOSTRIX HP

MDC

COLLAGÉNASE**250U Onguent**

02063670 SANTYL

HPC

FLUOROURACIL**5% Crème**

00330582 EFUDEX

VAE

ISOTRÉTINOÏNE

L'Accutane étant tératogène, les femmes fertiles ne doivent pas le recevoir tant que la possibilité de grossesse n'est pas exclue. Des mesures contraceptives efficaces doivent aussi être prises. La documentation du fabricant concernant les contre-indications et les mises en garde doit être consultée avant de prescrire ou de fournir ce médicament.

10mg Capsule

00582344 ACCUTANE

HLR

02257955 CLARUS

MYL

40mg Capsule

00582352 ACCUTANE

HLR

02257963 CLARUS

MYL

PIMÉCROLIMUS

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Chez les patients qui n'ont pas répondu à une corticothérapie topique ou qui ont présenté des effets indésirables liés à ce traitement.

Remarque : Contre indiqué chez les enfants âgés de moins de deux ans.

1% Crème

02247238 ELIDEL

NVC

TACROLIMUS (PROTOPIC)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Chez les patients qui n'ont pas répondu à une corticothérapie topique ou qui ont présenté des effets indésirables liés à ce traitement.

Remarque : Contre indiqué chez les enfants âgés de moins de deux ans.

0.03% Onguent

02244149 PROTOPIC

AST

84:92.00 PEAU ET MUQUEUSES DIVERS**TACROLIMUS (PROTOPIC)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Chez les patients qui n'ont pas répondu à une corticothérapie topique ou qui ont présenté des effets indésirables liés à ce traitement.

Remarque : Contre indiqué chez les enfants âgés de moins de deux ans.

0.1% Onguent

02244148 PROTOPIC AST

TAZAROTÈNE**0.05% Crème**

02243894 TAZORAC ALL

0.1% Crème

02243895 TAZORAC ALL

0.05% Gel

02230784 TAZORAC ALL

0.1% Gel

02230785 TAZORAC ALL

VITAMINE E**30IU Onguent**

01910787 VITAMINE E JLF

86:00 SPASMOLYTIQUES**86:12.00 SPASMOLYTIQUES GÉNITO-URINAIRES****DARIFENACIN HYDROBROMIDE**

7.5mg Comprimé à action prolongée
02273217 ENABLEX NVR

15mg Comprimé à action prolongée
02273225 ENABLEX NVR

FLAVOXATE (CHLORHYDRATE DE)

ct 200mg Comprimé
00728179 URISPAS PAL

OXYBUTYNINE (CHLORURE D')

ct 2.5mg Comprimé
02240549 PMS-OXYBUTYNIN PMS

ct 5mg Comprimé
02163543 APO-OXYBUTYNIN APX
02241285 DOM-OXYBUTYNIN DPC

02230800 MYLAN-OXYBUTYNIN MYL
02230394 NOVO-OXYBUTYNIN TEV

02158590 NU-OXYBUTYN NXP
02220059 OXYBUTYN VAE

02350238 OXYBUTYNIN SAN
02220636 OXYBUTYNINE PDL

02240550 PMS-OXYBUTYNIN PMS
02299364 RIVA-OXYBUTYNIN RIV

ct 1mg/mL Sirop
02231089 APO-OXYBUTYNIN APX
02223376 PMS-OXYBUTYNIN PMS

SOLIFENACIN SUCCINATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour soulager les symptômes chez les patients: avec une vessie hyperactive présentant des symptômes urinaires de fréquence mictionnelle, d'urgence ou d'incontinence avec urgent besoin d'uriner chez qui l'oxybutynine s'est avérée inefficace ou mal tolérée.

ct 5mg Comprimé
02277263 VESICARE AST

ct 10mg Comprimé
02277271 VESICARE AST

TOLTÉRODINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour soulager les symptômes chez les patients avec vessie neurogène présentant des symptômes d'urgence, de fréquence ou d'incontinence avec urgent besoin d'uriner, ou toute combinaison de ces symptômes. La toldérodine pourra être approuvée pour les patients chez qui l'oxybutynine s'est avérée inefficace ou mal tolérée.

ct 2mg Capsule à effet prolongé
02244612 DETROL LA PFI

ct 4mg Capsule à effet prolongé
02244613 DETROL LA PFI

86:12.00 SPASMOlyTIQUES GÉNITO-URINAIRES

TOLTÉRODINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour soulager les symptômes chez les patients avec vessie neurogène présentant des symptômes d'urgence, de fréquence ou d'incontinence avec urgent besoin d'uriner, ou toute combinaison de ces symptômes. La toldérodine pourra être approuvée pour les patients chez qui l'oxybutine s'est avérée inefficace ou mal tolérée.

ct 1mg Comprimé

02239064 DETROL PFI

ct 2mg Comprimé

02239065 DETROL PFI

TROPIUM CHLORIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement symptomatique de la vessie hyperactive se caractérisant par une urgence et fréquence mictionnelle ou une incontinence d'urgence ou toutes combinaisons de ces symptômes pour les patients chez qui l'oxubutynin s'est avérée inefficace ou mal tolérée.

ct 20mg Comprimé

02275066 TROSEC ORY

86:16.00 SPASMOlyTIQUES RESPIRATOIRES

OXTRIPHYLLINE

20mg/mL Élixir

00476366 CHOLEDYL PFI
00792942 PMS-OXTRIPHYLLINE PMS

THÉOPHYLLINE

100mg Comprimé à libération progressive

00692689 APO-THEO APX
02230085 NOVO-THEOPHYL SR TEV

200mg Comprimé à libération progressive

00692697 APO-THEO LA APX
02230086 NOVO-THEOPHYL SR TEV

300mg Comprimé à libération progressive

00692700 APO-THEO LA APX
02230087 NOVO-THEOPHYL SR TEV

400mg Comprimé à libération progressive

02014165 UNIPHYL PFR

600mg Comprimé à libération progressive

02014181 UNIPHYL PFR

5.33mg/mL Élixir

00575151 PMS-THEOPHYLLINE PMS
00466409 PULMOPHYLLINE RIV
00627410 THEOPHYLLINE ATL

5.33mg/mL Solution

01966219 THEOLAIR MMH

88:00 VITAMINES

88:04.00 VITAMINE A

VITAMINE A

ct 10,000IU Capsule

00557447	VIT A	VTH *
00297720	VITAMINE A	JAM

ct 25,000IU Capsule

00021067	VITAMINE A	TEV
----------	------------	-----

ct 50,000IU Capsule

00021075	VITAMINE A	TEV
----------	------------	-----

88:08.00 VITAMINE B

ACIDE FOLIQUE

ct 1mg Comprimé

00647039	ACIDE FOLIQUE	VTH
00318973	FOLIC ACID	JAM
02048841	FOLIC ACID	PMT
02236747	FOLIC ACID	PED

ct 5mg Comprimé

00426849	APO-ACIDE FOLIQUE	APX
02285673	EURO-FOLIC	EUR
02366061	JAMP-ACIDE FOLIQUE	JMP

ACIDE NICOTINIQUE

ct 50mg Comprimé

00041084	NIACINE	PMS
----------	---------	-----

ct 100mg Comprimé

00268585	NIACINE	VAE
----------	---------	-----

ct 500mg Comprimé

00557412	NIACIN SANS LEVURE	VTH
00294950	NIACINE	VAE
01939130	NIACINE	ODN
02247004	NIACINE	PMT
00309737	VITAMINE B3	JAM

CYANOCOBALAMINE

ct 25mcg Comprimé

00406988	VITAMINE B12	JAM *
----------	--------------	-------

ct 50mcg Comprimé

00305243	VITAMINE B12	JAM
----------	--------------	-----

ct 100mcg Comprimé

00450642	VIT B12	VTH *
02023598	VITAMINE B12	PMT

ct 250mcg Comprimé

00335940	VITAMINE B12	JAM
----------	--------------	-----

ct 1000mcg Comprimé

02237736	VITAMIN B12	SWS
80003575	VITAMIN B12	PMT

100mcg/mL Injection

00497533	VITAMINE B12	ABB
02241500	VITAMINE B12	SDZ

88:08.00 VITAMINE B**CYANOCOBALAMINE****1,000mcg/mL Injection**

01987003	CYANOCOBALAMIN
02052717	CYANOCOBALAMIN
00521515	VIT B12
00038830	VITAMINE B12

CYX
TAR
SDZ
ABB

PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)**ct 25mg Comprimé**

00122645	VITAMINE B6
00232475	VITAMINE B6
01943200	VITAMINE B6
80002890	VITAMINE B6

JAM
PMS
ODN
JMP

ct 50mg Comprimé

00252689	VITAMINE B6
00305227	VITAMINE B6
00608599	VITAMINE B6

VAE
JAM
PMS

*

ct 100mg Comprimé

00263958	VITAMINE B6
00329185	VITAMINE B6
00450677	VITAMINE B6
02239348	VITAMINE B6

ICN
JAM
VTH
PMT

*

THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)**ct 50mg Comprimé**

02245506	EURO B1
80009633	JAMP-VITAMINE B1
00268631	VITAMINE B1

EUR
JMP
VAE

ct 100mg Comprimé

00232467	VITAMINE B1
00294853	VITAMINE B1
00407011	VITAMINE B1

PMS
ICN
JAM

100mg/mL Injection

02241983	BETAXIN
02243525	THIAMINE
00816078	VITAMINE B1

ABB
CYX
SDZ

88:12.00 VITAMINE C**ACIDE ASCORBIQUE****ct 250mg Comprimé**

00557811	VIT C
00162515	VITAMINE C
00221244	VITAMINE C

VTH
PMT
ADA

*

ct 500mg Comprimé

00266086	ACIDE ASCORBIQUE
00036188	VITAMINE C
00041114	VITAMINE C
00322997	VITAMINE C
00557838	VITAMINE C
01922378	VITAMINE C
02244469	VITAMINE C

PMT
PED
ADA
LAL
VTH
SWS
PMT

*

ct 1000mg Comprimé

00354376	VITAMINE C
----------	------------

PMT

ct 250mg Comprimé à croquer

00266051	VITAMINE C
----------	------------

PMT

88:12.00 VITAMINE C**ACIDE ASCORBIQUE****ct 500mg Comprimé à croquer**

00274240	VITAMINE C	PED
00322326	VITAMINE C	LAL
00784591	VITAMINE C	VTH *
02243893	VITAMINE C	PMT
02245721	VITAMINE C	PMT

00760587	VITAMINE C	PMT
----------	------------	-----

88:16.00 VITAMINE D**ALFACALCIDOL****ct 0.25mcg Capsule**

00474517	ONE-ALPHA	LEO
----------	-----------	-----

ct 1mcg Capsule

00474525	ONE-ALPHA	LEO
----------	-----------	-----

ct 2mcg/mL Liquide orale

02240329	ONE-ALPHA	LEO
----------	-----------	-----

CALCITRIOL**ct 0.25mcg Capsule**

00481823	ROCALTROL	HLR
----------	-----------	-----

ct 0.5mcg Capsule

00481815	ROCALTROL	HLR
----------	-----------	-----

CHOLÉCALCIFÉROL**ct 400IU Capsule**

02242651	EURO D	EUR
80006629	JAMP-VITAMINE D	JMP
80005560	RIVA-D	RIV

ct 800IU Capsule

80007769	JAMP-VITAMINE D	JMP
----------	-----------------	-----

ct 10,000IU Capsule

02253178	EURO D	EUR
----------	--------	-----

ct 50,000IU Capsule

02301911	OSTOFORTE	TRT
----------	-----------	-----

ct 400IU Comprimé

00765384	VITAMINE D	LAL
02238729	VITAMINE D	VTH
02240624	VITAMINE D	WAM
02240858	VITAMINE D	PMT

ct 1,000IU Comprimé

02245842	VITAMINE D	PMT
----------	------------	-----

ct 10,000IU Comprimé

00821772	D-TABS	RIV
----------	--------	-----

ct 400IU Gouttes

80001869	DGOUTTES BÉBÉ	DDP
80001792	DGOUTTES VITAMINE D	DDP

ct 400IU/mL Gouttes

00762881	D VI SOL	MJO
----------	----------	-----

80003038	JAMP-VITAMIN D	JMP
----------	----------------	-----

02231624	PEDIAVIT D	EUR
----------	------------	-----

88:16.00 VITAMINE D**CHOLÉCALCIFÉROL****ct 1000IU Gouttes**

80001791 DGOUTTES VITAMINE D

DDP

ERGOCALCIFÉROL**ct 50,000IU Capsule**

02237450 D-FORTE

EUR

ct 8,288IU/mL Solution

02017598 DRISDOL

SAC

VITAMINE D**ct 400IU Capsule**

80008590 VITAMINE D

BMI

ct 800IU Capsule

80003010 EURO D

EUR

80008446 VITAMINE D

BMI

ct 400IU Comprimé

80002452 VITAMINE D

WNP

80009578 VITAMINE D

SWS

ct 1000IU Comprimé

80000436 VITAMINE D

JAM

80009580 VITAMINE D

SWS

VITAMINE D3**ct 1000IU Comprimé**

02240507 VITAMINE D

WNP

88:20.00 VITAMINE E**ALPHA TOCOPHERYL****ct 400IU Capsule**00122858 VITAMIN E SOURCE
NATURALE

JAM

VITAMINE E**ct 200IU Capsule**

00122831 VITAMINE E

JAM

ct 50IU/mL Liquide

02162075 AQUASOL E

NVC

88:28.00 MULTIVITAMINES**MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES**

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitamines pédiatriques ne sont fournies qu'aux enfants de six ans et moins.

88:28.00 MULTIVITAMINES**MULTIVITAMINES PRÉNATALES**

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitamines prénatales ou postnatales sont fournies qu'aux femmes âgées de 12 à 50 ans en âge d'avoir des enfants.

ct Comprimé80001842 CENTRUM MATERNA WAY
02229535 MULTI-PRE AND POST NATAL PED
80005770 PRENATAL & POSTPARTUM PMT
02241235 PRENATAL AND POSTPARTUM SDR**VITAMINE A, CHOLÉCALCIFÉROL, ACIDE ASCORBIQUE**

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitamines pédiatriques ne sont fournies qu'aux enfants de six ans et moins.

ct 2,500IU & 666.67IU & 50mg/mL Gouttes02229790 PEDIAVIT EUR
00762903 TRI-VI-SOL MJO**ct Liquide orale**80008471 JAMP-MULTIVITAMINE A/D/C JMP
DROPS

92:00 AUTRES MÉDICAMENTS**92:00.00 AUTRES MÉDICAMENTS****BÉTAHISTINE (CHLORHYDRATE DE)****8mg Comprimé**

02280183 NOVO-BETAHISTINE TEV

16mg Comprimé

02374757 CO BETAHISTINE COB

02243878 SERC SPH

02280191 TEVA-BETAHISTINE TEV

24mg Comprimé

02374765 CO BETAHISTINE COB

02247998 SERC SPH

02280205 TEVA-BETAHISTINE TEV

ERGOCALCIFEROL**ct 8288IU/mL Liquide orale**

80003615 ERDOL ODN

LANREOTIDE**120mg/0.5mL Injection**

02283417 SOMATULINE AUTOGEL IPS

NÉDOCROMIL DE SODIUM**2% Solution ophtalmique**

02241407 ALOCRIL ALL

OCTRÉOTIDE**10mg/Vial Injection**

02239323 SANDOSTATIN LAR NVR

20mg/Vial Injection

02239324 SANDOSTATIN LAR NVR

30mg/Vial Injection

02239325 SANDOSTATIN LAR NVR

50mcg/mL Injection

02248639 OCTREOTIDE ACETATE OMG

OMEGA

00839191 SANDOSTATIN NVR

100mcg/mL Injection

02248640 OCTREOTIDE ACETATE OMG

OMEGA

00839205 SANDOSTATIN NVR

200mcg/mL Injection

02248642 OCTREOTIDE ACETATE OMG

OMEGA

02049392 SANDOSTATIN NVR

500mcg/mL Injection

02248641 OCTREOTIDE ACETATE OMG

OMEGA

00839213 SANDOSTATIN NVR

PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE)**100mg Capsule**

02029448 ELMIRON JNO

92:00.00 AUTRES MÉDICAMENTS**PRÉPARATION EXTEMPORANÉE****Divers**00990019 EXTEMPORANEOUS MIXTURE *
(BC) (SK) (YT)00999997 EXTEMPORANEOUS MIXTURE *
(NB) (NS) (PE) (NL)00999999 EXTEMPORANEOUS MIXTURE *
(NU) (AB) (MB) (QC) (NT)00999994 EXTEMPORANEOUS MIXTURE *
(ON)**PREPARATIONS MAGISTRALES****Divers**00915000 STERILE EXTEMPORANEOUS *
MIXTURE (QC)**USTEKINUMAB**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement du psoriasis modéré à grave chez les patients qui satisfont aux critères suivants :

- a. - Surface corporelle atteinte supérieure à 10 % et/ou atteinte importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux et
- b. - Intolérance ou absence de réponse au méthotrexate et à la cyclosporine ou
- c. - Une contre-indication au méthotrexate et/ou à la cyclosporine et
- d. - Intolérance ou absence de réponse à la photothérapie ou
- e. - Incapacité d'avoir accès à la photothérapie

La prolongation de la couverture au-delà de 16 semaines sera basée sur une réduction importante de la surface corporelle (BSA) touchée et une amélioration du pointage au Psoriasis Area Severity Index (PASI) et au Dermatology Life Quality Index (DLQI).

45mg/0.5mL Injection

02320673 STELARA JNO

92:08.00**DUTASTÉRIDE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

- a. - Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant.
- ou
- b. - En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

ct 0.5mg Capsule

02247813 AVODART GSK

92:08.00**FINASTÉRIDE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

- a. - Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant.
- ou
- b. - En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

^{ct} 5mg Comprimé

02365383	APO-FINASTERIDE	APX
02354462	CO FINASTERIDE	COB
02350270	FINASTERIDE	PDL
02356058	MYLAN-FINASTERIDE	MYL
02348500	NOVO-FINASTERIDE	TEV
02310112	PMS-FINASTERIDE	PMS
02010909	PROSCAR	FRS
02306905	RATIO-FINASTERIDE	RPH
02322579	SANDOZ FINASTERIDE	SDZ

92:12.00**LEUCOVORINE CALCIQUE****5mg Comprimé**

02170493	LEUCOVORIN CALCIUM	WAY
----------	--------------------	-----

92:16.00**ALLOPURINOL****^{ct} 100mg Comprimé**

00449687	ALLOPRIN	VAE
00555681	ALLOPURINOL	PDL
00402818	ZYLOPRIM	AAP

^{ct} 200mg Comprimé

00514209	ALLOPRIN	VAE
02130157	ALLOPURINOL	PDL
00479799	ZYLOPRIM	AAP

^{ct} 300mg Comprimé

00454354	ALLOPRIN	VAE
00294322	ALLOPURINOL	APX
00555703	ALLOPURINOL	PDL
00402796	ZYLOPRIM	AAP

COLCHICINE**^{ct} 0.6mg Comprimé**

00572349	COLCHICINE	ODN
----------	------------	-----

^{ct} 1mg Comprimé

00621374	COLCHICINE	ODN
----------	------------	-----

FEBUXOSTAT

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Pour les patients atteints de goutte symptomatique qui présentent une hypersensibilité documentée à l'allopurinol

80mg Comprimé

02357380	ULORIC	TAK
----------	--------	-----

92:24.00**ALENDRONATE SODIQUE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de :

- a. - l'ostéoporose chez des patients de 60 ans et plus OU
- b. - la maladie osseuse de Paget OU
- c. - l'ostéoporose chez des patients présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures OU
- d. - l'ostéoporose chez des patients ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans OU
- e. - l'ostéoporose chez des patients qui présentent un risque modéré de fracture sur 10 ans ET qui reçoivent une corticothérapie générale d'une durée > 3 mois

^{ct} 5mg Comprimé

02248727	APO-ALENDRONATE	APX
02288079	SANDOZ ALENDRONATE	SDZ
02248251	TEVA-ALENDRONATE	TEV

^{ct} 10mg Comprimé

02248728	APO-ALENDRONATE	APX
02201011	FOSAMAX	FRS
02270129	MYLAN-ALENDRONATE	MYL
02288087	SANDOZ ALENDRONATE	SDZ
02247373	TEVA-ALENDRONATE	TEV

^{ct} 40mg Comprimé

02258102	CO ALENDRONATE	COB
02201038	FOSAMAX	FRS

^{ct} 70mg Comprimé

02299712	ALENDRONATE	MEL
02302004	ALENDRONATE	SOR
02352966	ALENDRONATE	SAN
02303078	ALENDRONATE-70	PDL
02248730	APO-ALENDRONATE	APX
02258110	CO ALENDRONATE	COB
02282763	DOM-ALENDRONATE	DPC
02245329	FOSAMAX	FRS
02286335	MYLAN-ALENDRONATE	MYL
02273179	PMS-ALENDRONATE	PMS
02284006	PMS-ALENDRONATE FC	PMS
02275279	RATIO-ALENDRONATE	RPH
02270889	RIVA-ALENDRONATE	RIV
02288109	SANDOZ ALENDRONATE	SDZ
02261715	TEVA-ALENDRONATE	TEV

92:24.00**ALENDRONATE SODIQUE, VITAMINE D3**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de :

- a. - l'ostéoporose chez des patients de 60 ans et plus OU
- b. - la maladie osseuse de Paget OU
- c. - l'ostéoporose chez des patients présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures OU
- d. - l'ostéoporose chez des patients ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans OU
- e. - l'ostéoporose chez des patients qui présentent un risque modéré de fracture sur 10 ans ET qui reçoivent une corticothérapie générale d'une durée > 3 mois

^{cr} 70mg/5600U Comprimé

02314940 FOSAVANCE MSP

ALENDRONATE SODIQUE,VITAMINE D3

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de :

- a. - l'ostéoporose chez des patients de 60 ans et plus OU
- b. - la maladie osseuse de Paget OU
- c. - l'ostéoporose chez des patients présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures OU
- d. - l'ostéoporose chez des patients ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans OU
- e. - l'ostéoporose chez des patients qui présentent un risque modéré de fracture sur 10 ans ET qui reçoivent une corticothérapie générale d'une durée > 3 mois

^{cr} 70mg/2800U Comprimé

02276429 FOSAVANCE FRS

DENOSUMAB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les femmes atteintes d'ostéoporose postménopausique qui seraient admissibles à la couverture des bisphosphonates oraux, mais pour qui :

- les bisphosphonates sont contre-indiqués en raison d'une hypersensibilité ou d'anomalies de l'oesophage (p. ex. Sténose oesophagial ou achélasie ou cardiospasme); ET

Qui répondent à au moins deux des critères suivants :

- plus de 70 ans
- antécédent de fracture de fragilité
- densité minérale osseuse (DMO) : score T ≤ -2,5

60mg/mL Injection

02343541 PROLIA PRE-FILLED SYR AMG
02343568 PROLIA VIAL AMG

ÉTIDRONATE DISODIQUE**^{cr} 200mg Comprimé**

02248686 CO ETIDRONATE COB
02245330 MYLAN-ETIDRONATE MYL

92:24.00**ÉTIDRONATE DISODIQUE, CALCIUM (CARBONATE DE)****^{cr} 400mg & 500mg Comprimé**

02263866	CO-ETIDROCAL	COB
02176017	DIDROCAL	PGP
02353210	ETIDROCAL	SAN
02247323	MYLAN-ETI-CAL CP	MYL
02324199	NOVO-ETIDRONATECAL KIT	TEV

PAMIDRONATE DISODIQUE**30mg Injection**

02059762	AREDIA IV	NVR
02244550	PAMIDRONATE DISODIUM	MAY
02264951	SANDOZ-PAMIDRONATE	SDZ

60mg Injection

02244551	PAMIDRONATE DISODIUM	HOS
02264978	SANDOZ-PAMIDRONATE	SDZ

90mg Injection

02059789	AREDIA IV	NVR
02244552	PAMIDRONATE DISODIUM	MAY
02245999	PMS-PAMIDRONATE	PMS
02264986	SANDOZ-PAMIDRONATE	SDZ

RISÉDRONATE SODIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de :

- a. - l'ostéoporose chez les patients qui ont 65 ans ou plus ou
- b. - l'ostéoporose chez les patients qui ont déjà subit une fracture de la hanche, des vertèbres ou autre fracture ou
- c. - la maladie de Paget ou
- d. - l'ostéoporose chez les patients qui n'ont pas eu de fracture documentée mais qui ont un risqué élevé de fracture sur 10 ans (> 20%) ou
- e. - l'ostéoporose chez les patients qui ont un risque modéré de fracture sur 10 ans (10-20%) et qui ont reçu une thérapie de glucocorticoïdes de plus de 3 mois

^{cr} 5mg Comprimé

02242518	ACTONEL	PGP
02298376	NOVO-RISEDRONATE	TEV

^{cr} 30mg Comprimé

02239146	ACTONEL	PGP
02298384	NOVO-RISEDRONATE	TEV

^{cr} 35mg Comprimé

02246896	ACTONEL	PGP
02353687	APO-RISEDRONATE	APX
02309831	DOM-RISEDRONATE	DPC
02357984	MYLAN-RISEDRONATE	MYL
02298392	NOVO-RISEDRONATE	TEV
02302209	PMS-RISEDRONATE	PMS
02347474	RISEDRONATE	PDL
02370255	RISEDRONATE	SAN
02341077	RIVA-RISEDRONATE	RIV
02327295	SANDOZ RISEDRONATE	SDZ

92:24.00**ZOLEDRONIC ACID**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie de Paget. La couverture sera accordée pour une dose pour une période de 12 mois. OU
 • Traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes admissibles au remboursement des bisphosphonates oraux*, mais chez qui les bisphosphonates sont contre indiqués en raison d'anomalies de l'œsophage (sténose ou achalasie) ou d'une hypersensibilité;

ET qui satisfont à au moins deux des critères suivants :

- âge >70 ans
- antécédents de fracture de fragilisation
- score T de densité minérale osseuse (DMO) ≤ 2,5.

5mg/100mL Injection

02269198 ACLASTA

NVR

92:36.00**ABATACEPT**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:

- la polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
- l'arthrite idiopathique juvénile

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

250mg/Vial Injection

02282097 ORENCIA

BMS

ADALIMUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:

- la polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
- la polyarthrite psoriasique en accord avec les critères établis.
- la spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.
- le psoriasis modéré à grave en accord avec les critères établis.
- la maladie de Crohn en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

40mg/Vial Injection

02258595 HUMIRA

ABB

ÉTANERCEPT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:

- la polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
- la polyarthrite psoriasique en accord avec les critères établis.
- la spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.
- l'arthrite idiopathique juvénile

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

25mg/Vial Injection

02242903 ENBREL

IMX

92:36.00**ÉTANERCEPT**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:

- la polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
- la polyarthrite psoriasique en accord avec les critères établis.
- la spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.
- l'arthrite idiopathique juvénile

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

50mg/mL Injection

02274728 ENBREL

IMX

99100373 ENBREL SURECLICK (QC)

AMG

GOLIMUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:

- la polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
- la polyarthrite psoriasique en accord avec les critères établis.
- la spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

50mg/0.5mL Injection

02324784 SIMPONI AUTO INJECTOR

JNO

02324776 SIMPONI PRE-FILLED

JNO

SYRINGE

INFILIXIMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:

- la maladie de Crohn avec fistulisation en accord avec les critères établis.
- pour les patients adultes qui souffrent d'une maladie de Crohn modérée à sévère en phase aiguë dont la réponse au traitement conventionnel n'est pas satisfaisante.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

ou

Pour le traitement de:

- la polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

100mg/Vial Injection

02244016 REMICADE

CEN

92:36.00**LÉFLUNOMIDE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde chez des patients pour qui:

a. - a échoué un traitement avec methotrexate: traitement hebdomadaire (PO, S.C. ou I.M) de 20mg ou plus (15mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

b. - le méthotrexate est contre-indiqué ou n'a pu être toléré.

10mg Comprimé

02256495	APO-LEFLUNOMIDE	APX
02241888	ARAVA	SAC
02351668	LEFLUNOMIDE	SAN
02319225	MYLAN-LEFLUNOMIDE	MYL
02261251	NOVO-LEFLUNOMIDE	TEV
02288265	PMS-LEFLUNOMIDE	PMS
02283964	SANDOZ LEFLUNOMIDE	SDZ

20mg Comprimé

02256509	APO-LEFLUNOMIDE	APX
02241889	ARAVA	SAC
02351676	LEFLUNOMIDE	SAN
02319233	MYLAN-LEFLUNOMIDE	MYL
02261278	NOVO-LEFLUNOMIDE	TEV
02288273	PMS-LEFLUNOMIDE	PMS
02283972	SANDOZ LEFLUNOMIDE	SDZ

TOCILIZUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire). Pour le traitement des adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérée à grave qui n'ont pas répondu à un traitement adéquat par un anti-TNF. Précisez le nom de l'anti-TNF. (S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

80mg/4ml Injection

02350092	ACTEMRA	HLR
----------	---------	-----

200mg/10ml Injection

02350106	ACTEMRA	HLR
----------	---------	-----

400mg/20ml Injection

02350114	ACTEMRA	HLR
----------	---------	-----

92:44.00**AZATHIOPRINE****50mg Comprimé**

02242907	APO-AZATHIOPRINE	APX
02343002	AZATHIOPRINE	SAN
02243371	AZATHIOPRINE-50	PDL
00004596	IMURAN	GSK
02231491	MYLAN-AZATHIOPRINE	MYL
02248843	NU-AZATHIOPRINE	NXP

CYCLOSPORINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

10mg Capsule

02237671	NEORAL	NVR
----------	--------	-----

92:44.00**CYCLOSPORINE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

25mg Capsule

02150689	NEORAL	NVR
02247073	SANDOZ-CYCLOSPORINE	SDZ

50mg Capsule

02150662	NEORAL	NVR
02247074	SANDOZ-CYCLOSPORINE	SDZ

100mg Capsule

02150670	NEORAL	NVR
02242821	SANDOZ-CYCLOSPORINE	SDZ

100mg/mL Solution

02150697	NEORAL	NVR
----------	--------	-----

MOFÉTILMYCOPHÉNOLATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

250mg Capsule

02192748	CELLCEPT	HLR
----------	----------	-----

500mg Comprimé

02237484	CELLCEPT	HLR
----------	----------	-----

MYCOPHÉNOLATE SODIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

180mg Comprimé entérosoluble

02264560	MYFORTIC	NVR
----------	----------	-----

360mg Comprimé entérosoluble

02264579	MYFORTIC	NVR
----------	----------	-----

SIROLIMUS

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de deuxième intention chez les patients qui n'ont pas obtenu un résultat adéquat avec le mofétimycophénolate.

1mg Comprimé

02247111	RAPAMUNE	WAY
----------	----------	-----

1mg/mL Liquide orale

02243237	RAPAMUNE	WAY
----------	----------	-----

TACROLIMUS

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

0.5mg Capsule

02243144	PROGRAF	AST
----------	---------	-----

1mg Capsule

02175991	PROGRAF	AST
----------	---------	-----

92:44.00**TACROLIMUS**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

5mg Capsule

02175983 PROGRAF AST

0.5mg Capsule à action prolongée

02296462 ADVAGRAF AST

1mg Capsule à action prolongée

02296470 ADVAGRAF AST

3mg Capsule à action prolongée

02331667 ADVAGRAF AST

5mg Capsule à action prolongée

02296489 ADVAGRAF AST

5mg/mL Injection

02176009 PROGRAF AST

92:92.00**CLOSTRIDIUM BOTULINUM NEUROTOXIN**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour:

a.- traitement du strabisme et le blépharospasme associé à la dystonie, y compris le blépharospasme essentiel bénin ou les troubles du nerf VII chez les patients âgés de 12 ans et plus ou

b.- traitement de la dystonie cervicale (torticollis spastique)

100U/vial Injection

02324032 XEOMIN MEZ

**CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE),
ÉTHINYLESTRADIOL****2mg & 35mcg Comprimé**

02290308 CYESTRA-35 PMS

02233542 DIANE-35 BAY

02309556 TEVA-
CYPROTERONE/ETHINYLYL
ESTRADIOL TEV

LANREOTIDE**60mg/0.3mL Injection**

02283395 SOMATULINE AUTOGEL IPS

90mg/0.3mL Injection

02283409 SOMATULINE AUTOGEL IPS

TOXINE BOTULINIQUE DE TYPE A

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement:

a. - du strabisme et le blépharospasme associés à la dystonie, y compris le blépharospasme essentiel bénin ou les troubles du nerf VII chez les patients âgés de 12 ans et plus.

B. - de la dystonie cervicale (torticollis spastique).

100IU Injection

01981501 BOTOX ALL

94:00 APPAREILS**94:00.00 APPAREILS****APPAREIL D'ESPACEMENT****Dispositif**

96899969	AEROCHAMBER PLUS FLOW- VU LG	TRU
96899970	AEROCHAMBER PLUS FLOW- VU MED	TRU
96899968	AEROCHAMBER PLUS FLOW- VU MOUTH	TRU
96899971	AEROCHAMBER PLUS FLOW- VU SM	TRU
96899962	AEROCHAMBRE AC BOYZ	TRU
96899963	AEROCHAMBRE AC GIRLZ	TRU
99400507	E-Z SPACER	WEP
99400511	E-Z SPACER (MASQUE SEULEMENT)	WEP
99400508	E-Z SPACER AVEC MASQUE PETIT	WEP
99400501	OPTICHAMBER	AUC
99400504	OPTICHAMBER MASQUE GRAND	AUC
99400503	OPTICHAMBER MASQUE MOYEN	AUC
99400502	OPTICHAMBER MASQUE PETIT	AUC
99400505	OPTIHALER	AUC
99400787	POCKET CHAMBRE	MCA
99400791	POCKET CHAMBRE AVEC MASQUE ADULTE	MCA
99400790	POCKET CHAMBRE AVEC MASQUE MOYEN	MCA
99400788	POCKET CHAMBRE AVEC MASQUE NOUVEAU-NÉ	MCA
99400789	POCKET CHAMBRE AVEC MASQUE PETIT	MCA

SERINGUE (NON-INSULINE)**Seringue**

99400823	LUER LOCK (JETABLES) 30CC	BTD
99400549	LUER LOCK (JETABLES) 60CC	
99400533	NON-INSULIN (JETABLES) 10CC	
99400529	NON-INSULINE (JETABLES) 1CC	
99400531	NON-INSULINE (JETABLES) 3CC	
99400532	NON-INSULINE (JETABLES) 5CC	

SERINGUE AVEC AIGUILLE (NON-INSULINE)**Seringue et aiguille**

99400534	NON-INSULINE 1CC	
99400536	NON-INSULINE 3CC	
99400537	NON-INSULINE 5CC	
99400538	NON-INSULINE 10CC	

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)**AIGUILLE****Aiguille**

97799526	BD AUTOSHIELD PEN	BTD
----------	-------------------	-----

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)**94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)****AIGUILLE****Aiguilles**

00908452	B-D PEN	BTD
97799527	BD ULTRA-FINE NANO PEN	BTD
00977756	NOVOFINE	NOO

22g Aiguilles

00977616	B-D JETABLES 1 POUCE 5155	BTD
00977624	B-D JETABLES 1½ POUCE 5156	BTD

25g Aiguilles

00977071	B-D JETABLES 5/8 POUCE 5122	BTD
00977063	B-D JETABLES 1½ POUCE 5127	BTD

27g Aiguilles

00977012	B-D JETABLES ½ POUCE 5109	BTD
----------	---------------------------	-----

28g Aiguilles

99221028	NOVOFINE STYLO INSULINE 28G	NOO
----------	-----------------------------	-----

29g Aiguilles

97799897	BD ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29G	BTD
00977101	B-D ULTRA-FINE STYLO	BTD
00900513	OWEN MUMFORD UNIFINE PENTIP	AUC
00908185	ULTRA-FINE PEN 320	BTD

29GX12MM Aiguilles

97799566	INSUPEN 29GX12MM	DPI
97799561	SUPER-FINE STANDARD 29G 12.7MM	PMS
97799543	ULTI 29GX1/2 INC SHARP CONTAIN	UMI

30g Aiguilles

00921114	NOVOFINE	NOO
00908169	NOVOFINE 30G	NOO
99117796	NOVOFINE STYLO INSULINE 30G	NOO

30GX8MM Aiguilles

97799567	INSUPEN 30GX8MM	DPI
----------	-----------------	-----

31g Aiguilles

00977011	B-D ULTRA-FINE STYLO III	BTD
00900511	OWEN MUMFORD UNIFINE PENTIPS 1/4 POUCE	AUC
00900512	OWEN MUMFORD UNIFINE PENTIPS 5/16 POUCE	AUC

31GX5MM Aiguilles

97799563	SUPER-FINE MICRO 31G 5MM	PMS
----------	--------------------------	-----

31GX6MM Aiguilles

97799569	INSUPEN 31GX6MM	DPI
97799545	ULTI 31GX1/4 INC SHARP CONTAIN	UMI

31GX8MM Aiguilles

97799568	INSUPEN 31GX8MM	DPI
97799562	SUPER-FINE XTRA 31G 8MM	PMS
97799544	ULTI 31GX5/16 INC SHARP CONTAI	UMI

AIGUILLE**32GX6MM Aiguilles**

97799571	INSUPEN 32GX6MM	DPI
97799821	NOVOFINE 32G 6MM	NOO

32GX8MM Aiguilles

97799570	INSUPEN 32GX8MM	DPI
----------	-----------------	-----

AIGUILLE (NON-INSULINE)

99400528	AIGUILLE (NON-INSULINE) JETABLES	
----------	----------------------------------	--

ALCOOL ISOPROPYLIQUE

02247809	ALCOHOL SWAB	TIP
00809357	ALCOHOL SWABS BD	BTD
02240759	B-D TAMPON ALCOOLISÉ	BTD
99438102	D'ALCOOL MONOJECT	SHM
00480452	TAMPON ALCOOL PREP	PFD
00795232	WEBCOL ALCOHOL PREP	JAJ

APPAREIL POUR LANCETTE

99401025	B-D LANCETTE	BTD
99401020	GLUCOLET	BAY
99401021	GLUCOLET 2	BAY
99401014	MEDISENSE TLC	AUC
99401017	MICROLET	BAY
99401015	MONOJECTOR	SHM
99401016	PENLET PLUS	JAJ
99401022	REGULAR ENDCAPS POUR GLUCOLET	BAY
99401018	REGULAR ENDCAPS POUR MICROLET	BAY
99401023	SUPER ENDCAPS POUR GLUCOLET	BAY
99401019	SUPER ENDCAPS POUR MICROLET	BAY

CONTENANTS POUR OBJETS ACÉRÉS

99401026	B-D CONTENTS-OBJETS ACÉRÉS 1.4L	BTD
99401027	B-D CONTENTS-OBJETS ACÉRÉS 3.1L	BTD

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)**94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)****FOURNITURES-POMPE À INSULINE****Dispositif**

99401049	ADAPTEUR	AUC
99401047	CARTOUCHES POUR POMPE À INSULINE	AUC
99401052	PANSEMENT ADHÉSIF AVEC COTON	AUC
99401053	PANSEMENT ADHÉSIF SANS COTON	AUC
99401038	PILE POUR POMPE À INSULINE	AUC
99401048	PISTON POUR POMPE À INSULINE	AUC
09991061	RÉSERVOIR 5XX 1.8ML SYRINGE	MDT
09991062	RÉSERVOIR 7XX 3.0ML SYRINGE	MDT
99401050	TROUSSE D'INJECTION	AUC
99401051	TUBULURE POUR POMPE À INSULINE	AUC

LANCETTE**Lancette**

97799817	ACCU-CHEK MULTICLIX	ROD
00977373	AUTOLET (200)	BOE
99401068	BD LATITUDE	BTD
97799541	EZ HEALTH ORACLE LANCETTES	TRE
00900834	FINGERSTIX	BAY
00995965	FINGERSTIX	BAY
00977839	FREESTYLE	ABB *
99401063	FREESTYLE	ABB
97799766	ITEST LANCETS 28G (100)	AUC
97799767	ITEST LANCETS 33G (100)	AUC
00901555	LIFESCAN RÉGULIER	JAJ
00906190	MEDISENSE	AUC
00906239	MICROLET	BAY
00977493	MICROLET	BAY
99401055	MONOLET MINCE	SHM
00977543	MONOLET ORIGINAL	SHM
97799810	MPD FINES (100)	MPD
97799811	MPD FINES (200)	MPD
97799807	MPD ULTRA FINES (100)	MPD
97799808	MPD ULTRA FINES (200)	MPD
00965561	ONE TOUCH DELICA	JAJ
00901359	ONE TOUCH ULTRA SOFT	JAJ
00905917	SOFT TOUCH	ROD
00000165	SOFTCLIX	BOE
97799945	SOFTCLIX	ROD
00902144	SOFTCLIX SELECT	BOE
00900141	ULTRA-FINE II	BTD
00977659	ULTRA-FINE II	BTD
00977051	UNILET COMFORT TOUCH	BAY
00977896	UNILET COMFORT TOUCH	BAY
00984167	UNILET COMFORT TOUCH	BAY

MAGNIFIER**Loupe**

99400550	LOUPE A SERINGUE
----------	------------------

SERINGUE**0.3cc Seringue**

00977961	B-D MICRO-FINE	BTD
00977977	B-D ULTRA-FINE / ULTRA-FINE II	BTD
00977951	MONOJECT	SHM
99254011	MONOJECT JETABLES (100)	SHM
99253047	MONOJECT JETABLES (30)	SHM
00920053	SERINGUE MONOJECT	SHM
00920193	ULTRA-FINE	BTD

0.5cc Seringue

00977985	B-D ULTRA-FINE II	BTD
00920177	MICRO-FINE	BTD
00920355	MONOJECT	SHM
99432799	MONOJECT (100)	SHM
99432633	MONOJECT (30)	SHM
00920207	ULTRA-FINE	BTD

1cc Seringue

99328369	B-D ULTRA-FINE	BTD
00920045	MONOJECT	SHM *
99433383	MONOJECT (100)	SHM
99432914	MONOJECT (30)	SHM
00920215	ULTRA-FINE	BTD
00909238	ULTRA-FINE II 30G 320469	BTD

SERINGUE ET AIGUILLE**0.3cc Seringue et aiguille**

99328419	B-D INSULINE 1/3CC 29G	BTD
99639286	B-D MICRO-FINE 1/3CC	BTD
00909092	SYRN INS U-II 3/10CC 30G 320	BTD
00905690	SYRN INSULINE MICRO 3/10CC 28G 320	BTD
00906786	SYRN INSULINE ULTRA 3/10CC 29G 320	BTD
97799509	ULTI SYG WITH ULTIG 29G 1/2 IN	UMI
97799551	ULTI SYG WITH ULTIG 30G 1/2 IN	UMI
97799506	ULTI SYG WITH ULTIG 30G 5/16	UMI
97799548	ULTI SYG WITH ULTIG 31G 5/16	UMI
97799513	ULTICARE 0.3CC 31G SYG 5/16 IN	UMI
00900506	ULTICARE 29G	UMI
00964018	ULTICARE 29G	UMI
00900503	ULTICARE 30G	UMI
00964174	ULTICARE 30G	UMI
97799999	ULTICARE INSULIN SYR 29G.3CC	UMI
97799996	ULTICARE INSULIN SYR 30G.3CC	UMI
97799908	ULTIGUARD INSULIN SYR 29G.3CC	UMI
97799905	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.3CC	UMI

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)**SERINGUE ET AIGUILLE****0.5cc Seringue et aiguille**

99328377	B-D INSULINE 50U 29G	BTD
99221044	B-D MICRO-FINE INSULINE 50U	BTD
00983004	INSULINE LO DOSE MICRO 28G #320	BTD
00909084	SYRN INSULINE U-II 30G 320	BTD
00906727	SYRN INSULINE ULTRA 29G	BTD
97799508	ULTI SYG WITH ULTIG 29G 1/2 IN	UMI
97799550	ULTI SYG WITH ULTIG 30G 1/2 IN	UMI
97799505	ULTI SYG WITH ULTIG 30G 5/16	UMI
97799547	ULTI SYG WITH ULTIG 31G 5/16	UMI
97799518	ULTICARE 0.5CC 28G SYG 1/2 INC	UMI
97799512	ULTICARE 0.5CC 31G SYG 5/16 IN	UMI
00900505	ULTICARE 29G	UMI
00963941	ULTICARE 29G	UMI
00900502	ULTICARE 30G	UMI
00964115	ULTICARE 30G	UMI
97799998	ULTICARE INSULIN SYR 29G.5CC	UMI
97799995	ULTICARE INSULIN SYR30G.5CC	UMI
97799510	ULTICARE LOW DEAD SPACE SYG	UMI
97799907	ULTIGUARD INSULIN SYR 29G.5CC	UMI
97799904	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.5CC	UMI

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)**SERINGUE ET AIGUILLE****1cc Seringue et aiguille**

99262295	B-D INJECT-EASE AVEC MICRO-FINE	BTD
99767467	B-D MICRO-FINE INSULINE 100U	BTD
00901911	B-D MICRO-FINE INSULINE 28G #32041	BTD
00906816	SYRN INSULINE ULTRA 29G	BTD
97799507	ULTI SYG WITH ULTIG 29G 1/2 IN	UMI
97799549	ULTI SYG WITH ULTIG 30G 1/2 IN	UMI
97799504	ULTI SYG WITH ULTIG 30G 5/16	UMI
97799546	ULTI SYG WITH ULTIG 31G 5/16	UMI
97799517	ULTICARE 1CC 28G SYG 1/2 INCH	UMI
97799511	ULTICARE 1CC 31G SYG 5/16 INCH	UMI
00900504	ULTICARE 29G	UMI
00963895	ULTICARE 29G	UMI
00900501	ULTICARE 30G	UMI
00964069	ULTICARE 30G	UMI
97799997	ULTICARE INSULIN SYR 29G.1CC	UMI
97799994	ULTICARE INSULIN SYR 30G.1CC	UMI
97799906	ULTIGUARD INSULIN SYR 29G.1CC	UMI
97799903	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.1CC	UMI

SYRINGE CASE**Étui pour seringue**

99400552	MYHEALTH SYRINGE CASE-7	AUC
99400551	MYHEALTH SYRINGE CASE- UNIQUE	AUC

96:00 SPÉCIALITÉS**PHARMACEUTIQUES****96:00.00 SPÉCIALITÉS
PHARMACEUTIQUES****LACTOSE****ct 100mg Comprimé**

00501190 PLACEBO

ODN

ANNEXE A

MÉDICAMENTS À USAGE RESTREINT ET CRITÈRES

08:00 ANTI-INFECTIEUX**08:12.18 QUINOLONES****LÉVOFLOXACINE**

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à une durée de traitement maximale de 14 jours.

250mg Comprimé

02284707	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02315424	CO-LEVOFLOXACIN	COB
02236841	LEVAQUIN	JNO
02313979	MYLAN-LEVOFLOXACIN	MYL
02248262	NOVO-LEVOFLOXACIN	TEV
02284677	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298635	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ

500mg Comprimé

02284715	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02315432	CO-LEVOFLOXACIN	COB
02236842	LEVAQUIN	JNO
02313987	MYLAN-LEVOFLOXACIN	MYL
02248263	NOVO-LEVOFLOXACIN	TEV
02284685	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298643	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ

750mg Comprimé

02325942	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02315440	CO-LEVOFLOXACIN	COB
02246804	LEVAQUIN	JNO
02285649	NOVO-LEVOFLOXACIN	TEV
02305585	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298651	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ

08:12.24 TÉTRACYCLINES**MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour :

- a. - les patients qui ne tolèrent pas d'autres tétracyclines.
- b. - les patients souffrant d'une acné grave généralisée réfractaire à la tétracycline.

50mg Capsule

02084090	APO-MINOCYCLINE	APX
02239667	DOM-MINOCYCLINE	DPC
02153394	MINOCYCLINE	PDL
02287226	MINOCYCLINE	SAN
02230735	MYLAN-MINOCYCLINE	MYL
02108143	NOVO-MINOCYCLINE	TEV
02239238	PMS-MINOCYCLINE	PMS
02294419	PMS-MINOCYCLINE	PMS
02242080	RIVA-MINOCYCLINE	RIV
02237313	SANDOZ-MINOCYCLINE	SDZ

08:12.24 TÉTRACYCLINES**MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour :

- a. - les patients qui ne tolèrent pas d'autres tétracyclines.
- b. - les patients souffrant d'une acné grave généralisée réfractaire à la tétracycline.

100mg Capsule

02084104	APO-MINOCYCLINE	APX
02239668	DOM-MINOCYCLINE	DPC
02173506	MINOCIN	STI
02154366	MINOCYCLINE	PDL
02239982	MINOCYCLINE	IVX
02287234	MINOCYCLINE	SAN
02230736	MYLAN-MINOCYCLINE	MYL
02108151	NOVO-MINOCYCLINE	TEV
02294427	PMS-MINOCYCLINE	PMS
02239239	PMS-MONOCYCLINE	PMS
02242081	RIVA-MINOCYCLINE	RIV
02237314	SANDOZ-MINOCYCLINE	SDZ

08:12.28 AUTRES ANTIBIOTIQUES**LINÉZOLIDE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Comprimés:

Pour le traitement des infections à Entérocoques résistant à la vancomycine lorsqu'on ne peut utiliser d'autres antibiotiques et pour le traitement d'une infection à Staphylocoques dorés résistant à la méthicilline chez les patients qui ne peuvent tolérer ou qui ont eu une réaction idiosyncrasique avec la vancomycine.

Solution intraveineuse:

Sera fournie lorsque que le linézolide ne peut pas être administré par la bouche dans les situations précitées.

600mg Comprimé

02243684	ZYVOXAM	PFI
----------	---------	-----

2mg/mL Injection

02243685	ZYVOXAM	PFI
----------	---------	-----

08:14.08 AZOLES**VORICONAZOLE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:

- a. - l'aspergillose invasive.
- b. - la candidémie invasive prouvée à la culture qui est documentée résistante au fluconazole.

50mg Comprimé

02256460	VFEND	PFI
----------	-------	-----

200mg Comprimé

02256479	VFEND	PFI
----------	-------	-----

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX**ÉFAVIRENZ, EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients infectés par le VIH, dont le virus est sensible à l'éfavirenz, à l'emtricitabine et au ténofovir ET :

- a. - L'Atripla remplace un traitement par ses agents constitutifs; OU
- b. - le patient n'ayant jamais reçu de traitement; OU
- c. - le patient a atteint une suppression virale, mais a besoin d'un changement de traitement antirétroviral en raison d'une intolérance ou d'effets indésirables.

Nota: La présence des critères sera corroborée par l'histoire médicale.

600mg & 200mg & 300mg Comprimé

02300699	ATRIPLA	BMS
----------	---------	-----

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX**EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de patients infectés par le VIH, dont le virus est sensible à l'emtricitabine et au ténofovir ET dans les cas où une association de trois antirétroviraux (ténofovir/emtricitabine/éfavirenz), n'est pas indiqué pour l'une des raisons suivantes :

- Une résistance à l'éfavirenz;
- Des effets indésirables de l'éfavirenz

200mg/300mg Comprimé

02274906 TRUVADA

GIL

ETRAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection à VIH en association avec d'autres agents antirétroviraux chez les patients :

- qui ayant déjà fait l'objet d'un traitement antirétroviral qui a échoué; et
- dont les souches de VIH-1 sont résistantes à plusieurs agents antirétroviraux, y compris les INNTI.

100mg Comprimé

02306778 INTELENCE

JNO

MARAVIROC

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection à VIH-1, en association avec d'autres antirétroviraux, chez les patients présentant :

- des virus à tropisme CCR5; et
- une résistance bien documentée à au moins un agent des trois grandes classes d'antirétroviraux (inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de la protéase).

150mg Comprimé

02299844 CELSENTRI

GSK

300mg Comprimé

02299852 CELSENTRI

GSK

RALTEGRAVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection par le VIH chez les patients qui ont essayé des antirétroviraux et qui ont eu un échec à contrer la virulence et ce dû à une résistance à au moins un médicament de chacune des 3 principales classes d'antirétroviraux, soit inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de la protéase.

400mg Comprimé

02301881 ISENTRESS

FRS

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection à VIH chez les patients qui n'ont pas répondu à un autre inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse ou qui ont présenté des effets indésirables à ce médicament.

245mg Comprimé

02247128 VIREAD

GIL

TIPRANAVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection à VIH chez les patients :

- qui n'ont pas répondu à aucun des inhibiteurs de la protéase actuellement répertoriés sur la liste;
- qui sont intolérants à tous les inhibiteurs de la protéase actuellement répertoriés sur la liste.

250mg Capsule

02273322 APTIVUS

BOE

08:18.20 INTERFÉRONS

PEGINTERFÉRON ALFA-2A

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

a. - Pour les génotypes 1, 4 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé. Un approvisionnement supplémentaire de 24 semaines peut être autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

b. - Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

180mcg/0.5mL Injection

02248077 PEGASYS

HLR

180mcg/1mL Injection

02248078 PEGASYS

HLR

PEGINTERFÉRON ALFA-2A, RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

a. - Pour les génotypes 1, 4 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

b. - Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

180mcg/0.5mL & 200mg Injection et comprimé

02253429 PEGASYS RBV

HLR

180mcg/1mL & 200mg Injection et comprimé

02253410 PEGASYS RBV

HLR

PEGINTERFÉRON ALFA-2B

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

a. - Pour les génotypes 1, 4, 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

b. - Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

74mcg/Vial Injection

02242966 UNITRON PEG

SCH

118.4mcg/Vial Injection

02242967 UNITRON PEG

SCH

177.6mcg/Vial Injection

02242968 UNITRON PEG

SCH

222mcg/Vial Injection

02242969 UNITRON PEG

SCH

PEGINTERFÉRON ALFA-2B, RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

a. - Pour les génotypes 1, 4 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

b. - Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

50mcg/0.5mL & 200mg Injection et capsule

02246026 PEGETRON

SCH

02254573 PEGETRON REDIPEN

SCH

80mcg/0.5mL & 200mg Injection et capsule

02246027 PEGETRON

SCH

02254581 PEGETRON REDIPEN

SCH

08:18.20 INTERFÉRONS

PEGINTERFÉRON ALFA-2B, RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

a. - Pour les génotypes 1, 4 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

b. - Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

100mcg/0.5mL & 200mg Injection et capsule

02246028	PEGETRON	SCH
02254603	PEGETRON REDIPEN	SCH

120mcg/0.5mL & 200mg Injection et capsule

02246029	PEGETRON	SCH
02254638	PEGETRON REDIPEN	SCH

150mcg/0.5mL & 200mg Injection et capsule

02246030	PEGETRON	SCH
02254646	PEGETRON REDIPEN	SCH

08:18.32 NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES

ADEFOVIR DIPIVOXIL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection à hépatite B chronique lorsque utilisé avec la lamivudine et chez les patients qui ont eu un échec à la lamivudine défini par une augmentation de l'AND du VHB de ≥ 1 log10 IU/mL au dessus du nadir, mesuré à deux différentes occasions dans une intervalle minimum de un mois et ce après les trois premiers mois de thérapie avec la lamivudine et quand un échec avec la lamivudine n'est pas relié à une piètre fidélité au traitement.

10mg Comprimé

02247823	HEPSERA	GIL
----------	---------	-----

ENTÉCAVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection à hépatite B chronique chez les patients ayant un cirrhose documentée par des radiographies ou des données histologiques et par une concentration de DNA du VHB au dessus de 2000IU/mL.

0.5mg Comprimé

02282224	BARACLUDE	BMS
----------	-----------	-----

10:00 ANTINÉOPLASIQUES

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

ERLOTINIB (CHLOROHYDRATE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Traitement d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) après l'échec d'au moins une chimiothérapie et dont le statut EGFR est positif ou inconnu.

100mg Comprimé

02269015	TARCEVA	HLR
----------	---------	-----

150mg Comprimé

02269023	TARCEVA	HLR
----------	---------	-----

IMATINIB (MÉSYLATE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

a. - Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique qui présentent une concentration critique de cellules blastiques ou, encore, qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique à la suite de l'échec d'un traitement à l'interféron-alpha.

b. - Pour le traitement de patients souffrant d'une tumeur gastro-intestinale au niveau du stroma.

c. - Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une leucémie myéloïde chronique (LMC) et qui sont porteurs du chromosome de Philadelphie (Ph+).

100mg Comprimé

02253275	GLEEVEC	NVR
----------	---------	-----

400mg Comprimé

02253283	GLEEVEC	NVR
----------	---------	-----

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES**RITUXIMAB**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Doit être prescrit par un rhumatologue pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive grave chez les adultes ayant montré une réponse inadéquate ou ont eu des effets secondaires à un traitement avec un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Le traitement doit être associé au méthotrexate. Rituximab ne doit pas être utilisé en association avec un anti-TNF.

Pour le prolongement de la couverture du rituximab au-delà de la vingt quatrième semaine, le patient doit satisfaire à tous les critères suivants:

- a. - Prescription initiale par un rhumatologue
- b. - Le patient a été évalué entre la vingtième et la vingt-quatrième semaine après le début du traitement par le rituximab et satisfait aux critères de réaction suivants:
 - c. - une réduction > 20 % du nombre d'articulations douloureuses et enflées PLUS
 - d. - une amélioration > 20 % dans l'échelle d'appréciation globale du médecin
 - e. - une amélioration > 20 % dans l'échelle d'appréciation globale du patient ou une réduction > 20 % dans la phase aiguë mesurée par la VS ou le dosage de la protéine C-réactive.

10mg/mL Injection

02241927 RITUXAN

HLR

SUNITINIB (MALATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critère pour une couverture initiale de six mois avec Sutent:

Pour les patients avec tumeurs stromales gastro-intestinales métastasique/récurrentes qui ont été prouvées histologiquement inopérables et qui n'ont pas répondu ou ne pouvaient tolérer un traitement avec imatinib. Sunitinib ne sera pas couvert en même temps que l'imatinib.

Critère d'évaluation aux 6 mois:

Pas d'évidence de progression de la maladie.

12.5mg Capsule

02280795 SUTENT

PFI

25mg Capsule

02280809 SUTENT

PFI

50mg Capsule

02280817 SUTENT

PFI

TÉMOZOLOMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour:

- a. - le traitement des patients adultes atteints de glioblastome multiforme ou d'un astrocytome anaplasique, chez lesquels on a pu démontrer des évidences de récidive ou de progression de la maladie après traitement type (résection, radiothérapie et chimiothérapie).
- B. - le traitement concomitant à la radiothérapie chez les adultes atteints d'un glioblastome multiforme nouvellement diagnostiqués, puis comme traitement d'entretien.

5mg Capsule

02241093 TEMODAL

SCH

20mg Capsule

02241094 TEMODAL

SCH

100mg Capsule

02241095 TEMODAL

SCH

140mg Capsule

02312794 TEMODAL

FRS

180mg Capsule

02312816 TEMODAL

FRS

250mg Capsule

02241096 TEMODAL

SCH

12:00 MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

DONEPEZIL (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de six mois pour les inhibiteurs de la cholinesterase:

- Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée ET
- Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE)) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours ET
- Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Deterioration Scale (GDS)) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
- Une couverture au-delà de 6 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de six mois:

- Diagnostic de la maladie d'Alzheimer est encore de léger à modéré ET
- Le résultat du MMSE > 10; ET
- Le résultat du GDS est entre 4 to 6; ET
- Une amélioration ou stabilisation dans au moins un des domaines suivants (s.v.p. indiquer si amélioration, détérioration, ou non changée)
 1. Mémoire, raisonnement et perception (ex: noms, tâches, MMSE)
 2. La tenue d'activités journalières (Instrumental activities of daily living: IADLs) (ex: téléphone, magasinage, préparation de repas)
 3. Activités quotidiennes de base (ex: prendre un bain, s'habiller, l'hygiène, l'utilisation de la toilette)
 4. Symptômes neuropsychiatriques (ex: agitation, délires, hallucinations, apathie)

5mg Comprimé

02232043 ARICEPT

PFI

10mg Comprimé

02232044 ARICEPT

PFI

GALANTAMINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de six mois pour les inhibiteurs de la cholinesterase:

- Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée ET
- Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE)) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours ET
- Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Deterioration Scale (GDS)) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
- Une couverture au-delà de 6 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de six mois:

- Diagnostic de la maladie d'Alzheimer est encore de léger à modéré ET
- Le résultat du MMSE > 10; ET
- Le résultat du GDS est entre 4 to 6; ET
- Une amélioration ou stabilisation dans au moins un des domaines suivants (s.v.p. indiquer si amélioration, détérioration, ou non changée)
 1. Mémoire, raisonnement et perception (ex: noms, tâches, MMSE)
 2. La tenue d'activités journalières (Instrumental activities of daily living: IADLs) (ex: téléphone, magasinage, préparation de repas)
 3. Activités quotidiennes de base (ex: prendre un bain, s'habiller, l'hygiène, l'utilisation de la toilette)
 4. Symptômes neuropsychiatriques (ex: agitation, délires, hallucinations, apathie)

8mg Capsule à effet prolongé

02339439 MYLAN-GALANTAMINE ER

MYL

02316943 PAT-GALANTAMINE ER

JNO

02266717 REMINYL ER

JNO

16mg Capsule à effet prolongé

02339447 MYLAN-GALANTAMINE ER

MYL

02316951 PAT-GALANTAMINE ER

JNO

02266725 REMINYL ER

JNO

24mg Capsule à effet prolongé

02339455 MYLAN-GALANTAMINE ER

MYL

02316978 PAT-GALANTAMINE ER

JNO

02266733 REMINYL ER

JNO

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

RIVASTIGMINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de six mois pour les inhibiteurs de la cholinesterase:

- Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée ET
- Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE)) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours ET
- Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Deterioration Scale (GDS)) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
- Une couverture au delà de 6 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de six mois:

- Diagnostic de la maladie d'Alzheimer est encore de léger à modéré ET
- Le résultat du MMSE > 10; ET
- Le résultat du GDS est entre 4 to 6; ET
- Une amélioration ou stabilisation dans au moins un des domaines suivants (s.v.p. indiquer si amélioration, détérioration, ou non changée)
 1. Mémoire, raisonnement et perception (ex: noms, tâches, MMSE)
 2. La tenue d'activités journalières (Instrumental activities of daily living: IADLs) (ex: téléphone, magasinage, préparation de repas)
 3. Activités quotidiennes de base (ex: prendre un bain, s'habiller, l'hygiène, l'utilisation de la toilette)
 4. Symptômes neuropsychiatriques (ex: agitation, délires, hallucinations, apathie)

1.5mg Capsule

02336715	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242115	EXELON	NVR
02332809	MYLAN-RIVASTIGMINE	MYL
02305984	NOVO-RIVASTIGMINE	TEV
02306034	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311283	RATIO-RIVASTIGMINE	RPH
02324563	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

3mg Capsule

02336723	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242116	EXELON	NVR
02332817	MYLAN-RIVASTIGMINE	MYL
02305992	NOVO-RIVASTIGMINE	TEV
02306042	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311291	RATIO-RIVASTIGMINE	RPH
02324571	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

4.5mg Capsule

02336731	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242117	EXELON	NVR
02332825	MYLAN-RIVASTIGMINE	MYL
02306018	NOVO-RIVASTIGMINE	TEV
02306050	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311305	RATIO-RIVASTIGMINE	RPH
02324598	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

6mg Capsule

02336758	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242118	EXELON	NVR
02332833	MYLAN-RIVASTIGMINE	MYL
02306026	NOVO-RIVASTIGMINE	TEV
02306069	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311313	RATIO-RIVASTIGMINE	RPH
02324601	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

2mg/mL Liquide orale

02245240	EXELON	NVR
----------	--------	-----

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES

TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Le traitement d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée* ou grave* chez les patients qui continuent de présenter des symptômes après un essai approprié (3 mois) d'ipratropium, à une dose de 8 - 12 inhalations par jour.

* Classification par symptôme/invalidité de la MPOC selon la Société canadienne de thoracologie
modéré : essoufflement causé par la MPOC obligeant le patient à s'arrêter après qu'il ait franchi environ 100m (ou après quelques minutes) au niveau (CRM 3 - 4);
50% ≤VEMS <80% de la valeur prédictive, VEMS/CVF <0.7

grave : essoufflement causé par la MPOC le patient est trop essoufflé pour quitter la maison et est essoufflé après s'être déshabillé, ou la présence d'insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques ou d'une insuffisance cardiaque droite; 30% ≤VEMS <50% de la valeur prédictive, VEMS/CVF <0.7

18mcg Poudre pour inhalation (capsule)

02246793 SPIRIVA

BOE

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

FORMOTÉROL (FUMARATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur de début d'action rapide et de courte durée. Oxeze ne doit pas être utilisé pour soulager les symptômes aigus d'asthme: les patients doivent avoir accès à un broncho-dilatateur à action rapide (bêta-agoniste) pour le soulagement des symptômes.

12mcg/Capsule Poudre pour inhalation

02230898 FORADIL

NVR

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur de début d'action rapide et de courte durée.

6mcg/Dose Poudre pour inhalation

02237225 OXEZE TURBUHALER

AZC

12mcg/Dose Poudre pour inhalation

02237224 OXEZE TURBUHALER

AZC

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), BUDÉSONIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des maladies obstructives respiratoires réversibles dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 250 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste bêta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent cette association de produits doivent aussi pouvoir utiliser un bronchodilatateur de courte durée d'action pour le soulagement symptomatique.

6mcg & 100mcg/Inhalation Inhalateur

02245385 SYMBICORT 100 TURBUHALER

AZC

6mcg & 200mcg/Inhalation Inhalateur

02245386 SYMBICORT 200 TURBUHALER

AZC

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

a. - Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur à début d'action rapide et de courte durée. Serevent ne doit pas être utilisé pour soulager les symptômes aigus d'asthme: les patients doivent avoir accès à un broncho-dilatateur à action rapide (bêta-agoniste) pour le soulagement de leurs symptômes.
b. - Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), chez les patients qui ne sont pas contrôlés adéquatement avec l'ipratropium.

50mcg/inhalation Poudre

02231129 SEREVENT DISKUS

GSK

50mcg/Inhalation Poudre pour inhalation

02214261 SEREVENT DISKHALER

GSK

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE), FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des maladies obstructives respiratoires réversibles dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 250 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste bêta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent cette association de produits doivent aussi pouvoir utiliser un bronchodilatateur de courte durée d'action pour le soulagement symptomatique.

Pour le traitement de la MPOC modérée** à grave**, advenant qu'un patient continue de présenter des symptômes après un essai adéquat (deux à quatre mois) d'ipratropium, à raison de 12 inhalations par jour, et de bêta-2 agonistes à courte durée d'action (indiquant une mauvaise maîtrise).

**Classification des MPOC par la Société canadienne de thoracologie

Par symptôme/incapacité :

Atteinte modérée : dyspnée associée à la MPOC obligeant le patient à s'arrêter après avoir parcouru une distance d'environ 100 mètres (ou avoir marché quelques minutes) sur une surface plane.

Atteinte grave : dyspnée causée par la MPOC qui rend le patient trop essoufflé pour quitter la maison ou après s'être dévêtu, ou présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite.

25mcg & 125mcg Inhalateur

02245126	ADVAIR	GSK
----------	--------	-----

25mcg & 250mcg Inhalateur

02245127	ADVAIR	GSK
----------	--------	-----

50mcg & 100mcg Inhalateur

02240835	ADVAIR DISKUS 100	GSK
----------	-------------------	-----

50mcg & 250mcg Inhalateur

02240836	ADVAIR DISKUS 250	GSK
----------	-------------------	-----

50mcg & 500mcg Inhalateur

02240837	ADVAIR DISKUS 500	GSK
----------	-------------------	-----

12:20.04 RELAXANTS DES MUSCLES SQUELETTIQUES À ACTION CENTRALE

CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Ce médicament est indiqué pour le soulagement de la douleur, en traitement aigu, des spasmes musculaires de l'appareil locomoteur. Le médicament sera couvert pour une dose totale de 60mg par jour, pour une période maximale de trois (3) semaines, renouvelable aux deux (2) mois.

10mg Comprimé

02177145	APO-CYCLOBENZAPRINE	APX
02220644	CYCLOBENZAPRINE	PDL
02287064	CYCLOBENZAPRINE	SAN
02238633	DOM-CYCLOBENZAPRINE	DPC
02231353	MYLAN-CYCLOPRINE	MYL
02171848	NU-CYCLOBENZAPRINE	NXP
02249359	PHL-CYCLOBENZAPRINE	PHH
02212048	PMS-CYCLOBENZAPRINE	PMS
02236506	RATIO-CYCLOBENZAPRINE	RPH
02242079	RIVA-CYCLOBENZAPRINE	RIV
02080052	TEVA-CYCLOPRINE	TEV

TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la spasticité chez les patients souffrant de sclérose en plaques qui n'ont pas obtenu de bons résultats avec le baclofen ou qui sont incapables de tolérer ce produit.

4mg Comprimé

02259893	APO-TIZANIDINE	APX
02272059	MYLAN-TIZANIDINE	MYL
02239170	ZANAFLEX	ELN

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME**NICOTINE (GOMME À MÂCHER)**

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 gommes à mâcher ou pastilles sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

2mg Gomme à mâcher

02091933	NICORETTE	JNO
80000396	THRIVE	NVR

4mg Gomme à mâcher

80000118	GOMME À MÂCHER NICOTINE	PER
02091941	NICORETTE PLUS	PMJ
80000402	THRIVE	NVR

NICOTINE (INHALATEUR)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

10mg Inhalateur

02241742	NICORETTE	JNO
----------	-----------	-----

NICOTINE (PASTILLE)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 gommes à mâcher ou pastilles sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

1mg Pastille

80007461	THRIVE	NVR
----------	--------	-----

2mg Pastille

02247347	NICORETTE LOZENGE	JNO
80007464	THRIVE	NVR

4mg Pastille

02247348	NICORETTE LOZENGE	JNO
----------	-------------------	-----

NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Les timbres à la nicotine seront fournis en quantité pouvant aller jusqu'au nombre spécifié plus bas selon le produit, sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Le nombre de timbres couvert sur une période d'une année est:

Habitrol	84 timbres ou
Nicoderm	70 timbres ou
Nicotrol	70 timbres

Lorsque cette quantité sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour les timbres à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

5mg Timbre cutané

02028697	NICOTROL TRANSDERMAL	PFI
----------	----------------------	-----

7mg Timbre cutané

01943057	HABITROL	NVC
----------	----------	-----

8.3mg/10cm² Timbre cutané

02065738	NICOTROL TRANSDERMAL	JNO
----------	----------------------	-----

10mg Timbre cutané

02029405	NICOTROL TRANSDERMAL	PFI
----------	----------------------	-----

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME**NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)**

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Les timbres à la nicotine seront fournis en quantité pouvant aller jusqu'au nombre spécifié plus bas selon le produit, sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Le nombre de timbres couvert sur une période d'une année est:

Habitrol	84 timbres ou
Nicoderm	70 timbres ou
Nicotrol	70 timbres

Lorsque cette quantité sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour les timbres à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

14mg Timbre cutané

01943065 HABITROL NVC

15mg Timbre cutané

02029413 NICOTROL TRANSDERMAL PFI

16.6mg/20cm² Timbre cutané

02065754 NICOTROL TRANSDERMAL JNO

17.5mg Timbre cutané

02241227 NICOTINE TRANSDERMAL NVC

21mg Timbre cutané

01943073 HABITROL NVC

24.9mg/30cm² Timbre cutané

02065762 NICOTROL TRANSDERMAL JNO

35mg Timbre cutané

02241226 NICOTINE TRANSDERMAL NVC

36mg Timbre cutané

02093111 NICODERM PMJ

52.5mg Timbre cutané

02241228 NICOTINE TRANSDERMAL NVC

78mg Timbre cutané

02093138 NICODERM PMJ

114mg Timbre cutané

02093146 NICODERM PMJ

VARENICLINE

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 165 comprimés sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 165 comprimés sera atteinte, le bénéficiaire sera de nouveau admissible au traitement au varenicline (Champix®) lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

0.5mg Comprimé

02291177 CHAMPIX PFI

0.5mg & 1mg Comprimé

02298309 CHAMPIX STARTER PACK PFI

1mg Comprimé

02291185 CHAMPIX PFI

20:00 FORMATION ET COAGULATION SANGUINE ET THROMBOSE**20:12.04 ANTICOAGULANTS****RIVAROXABAN**

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour la prévention de thromboembolie veineuse suivant une chirurgie de remplacement complet du genou ou de la hanche, pour une durée de traitement maximale de 2 semaines.

10mg Comprimé

02316986 XARELTO BAY

20:12.18 INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE**CLOPIDROGREL (BISULFATE DE)**

Médicament à usage restreint (durée d'un an, autorisation préalable nécessaire).

Pour:

- a. - le traitement des patients ayant reçu un stent intracoronaire, après la mise en place du stent;
- b. - le traitement des patients qui présentent un syndrome coronaire aigu (angine instable ou IM sans surélévation du segment ST), en association avec de l'AAS.

75mg Comprimé

02238682 PLAVIX

SAC

20:16.00 HÉMATOPOIÉTIQUES**PEGFILGRASTIM**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

a. - Pour diminuer l'incidence des infections qui se manifestent par une neutropénie fébrile chez les patients traités par des médicaments myélodépresseurs antinéoplasiques pour un cancer non myéloïde.

et

b. - Dans la situation où l'accès à un établissement de soins de santé est problématique.

10mg/mL Injection

02249790 NEULASTA

AMG

24:00 MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES**24:06.05 INHIBITEURS DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL****ÉZÉTIMIBE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

a. - Pour administration en association avec un inhibiteur de la HMG-CoA réductase (« statine ») chez les patients souffrant d'hypercholestérolémie qui n'ont pas atteint les taux cibles de LDL malgré la prise des doses maximales tolérées de statine.

b. - Pour emploi dans le cadre d'une monothérapie de l'hypercholestérolémie administrée aux patients qui ne tolèrent pas les inhibiteurs de la HMG-CoA réductase

10mg Comprimé

02247521 EZETROL

MSP

24:12.12 INHIBITEURS PHOSPHODIESTÉRASE**SILDENAFIL CITRATE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 20mg trois fois par jour

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET

dont la maladie ne répond pas aux traitements classiques; OU
pour lesquels les agents conventionnels sont contre-indiqués.**20mg Comprimé**

02319500 RATIO-SILDENAFIL R

RPH

02279401 REVATIO

PFI

TADALAFIL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 40mg par jour

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET

dont la maladie ne répond pas aux traitements classiques; OU
pour lesquels les agents conventionnels sont contre-indiqués**20mg Comprimé**

02338327 ADCIRCA

LIL

24:12.92 VASODILATATEURS DIVERS

AMBRISENTAN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 10mg par jour.

- Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET
- dont la maladie ne répond pas au traitement par le citrate de sildénafil OU le tadalafil; OU
- pour lequel le citrate de sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

5mg Comprimé

02307065 VOLIBRIS

GSK

10mg Comprimé

02307073 VOLIBRIS

GSK

BOSENTAN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 125mg deux fois par jour.

- Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET
- dont la maladie ne répond pas au traitement par le citrate de sildénafil OU le tadalafil OU;
- pour lequel le citrate de sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

62.5mg Comprimé

02244981 TRACLEER

ACN

125mg Comprimé

02244982 TRACLEER

ACN

DIPYRIDAMOLE, ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention secondaire des accidents vasculaires ou des accidents ischémiques transitoires (AIT) chez les patients pour qui l'AAS seule n'a pas donné de bons résultats.

200mg & 25mg Capsule

02242119 AGGRENOX

BOE

28:00 MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

CÉLÉCOXIB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients souffrant d'arthrose, non soulagés avec l'acétaminophène et qui :

- a. - n'ont pas eu de bons résultats après essai d'au moins deux AINS de la liste, ou
- b. - ont subi un effet secondaire attribuable à deux AINS de la liste, ou
- c. - ont présenté des antécédents de complications gastro-intestinales sérieuses, comme des saignements ou une perforation.

Pour les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde qui:

- a. - n'ont pas eu de bons résultats après essai d'au moins deux AINS de la liste, ou
- b. - ont subi un effet secondaire attribuable à deux AINS de la liste, ou
- c. - ont présenté des antécédents de complications gastro-intestinales sérieuses, comme des saignements ou une perforation.

100mg Capsule

02239941 CELEBREX

PFI

200mg Capsule

02239942 CELEBREX

PFI

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**CODÉINE MONOHYDRATE, CODÉINE SULFATE TRIHYDRATE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement:

- a. - des douleurs chroniques et des patients en soins palliatifs, comme solution de recharge aux produits contenant de la codéine en association avec l'acétaminophène ou l'AAS avec ou sans caféine.
- b. - des douleurs chroniques et des patients en soins palliatifs comme solution de recharge aux produits contenant de la codéine à libération régulière lorsque de fortes doses sont nécessaires.

50mg Comprimé à action prolongée

02230302 CODEINE CONTIN CR PFR

100mg Comprimé à action prolongée

02163748 CODEINE CONTIN CR PFR

150mg Comprimé à action prolongée

02163780 CODEINE CONTIN CR PFR

200mg Comprimé à action prolongée

02163799 CODEINE CONTIN CR PFR

FENTANYL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur chronique chez les patients qui ne répondent pas ou sont intolérants à au moins un produit oral à longue durée d'action et à libération prolongée, tel que la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone, malgré un titrage approprié de la dose et un traitement adjvant, notamment des laxatifs et des antiémétiques.

12mcg/h Timbre cutané

02341379	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330105	RAN-FENTANYL MATRIX	RBV
02311925	RATIO-FENTANYL	RPH
02327112	SANDOZ FENTANYL	SDZ

25mcg/h Timbre cutané

02275813	DURAGESIC MAT	JNO
02314630	NOVO-FENTANYL	TEV
02341387	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330113	RAN-FENTANYL MATRIX	RBV
02282941	RATIO-FENTANYL	RPH
02327120	SANDOZ FENTANYL	SDZ

50mcg/h Timbre cutané

02275821	DURAGESIC MAT	JNO
02314649	NOVO-FENTANYL	TEV
02341395	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330121	RAN-FENTANYL MATRIX	RBV
02282968	RATIO-FENTANYL	RPH
02327147	SANDOZ FENTANYL	SDZ

75mcg/h Timbre cutané

02275848	DURAGESIC MAT	JNO
02314657	NOVO-FENTANYL	TEV
02341409	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330148	RAN-FENTANYL MATRIX	RBV
02282976	RATIO-FENTANYL	RPH
02327155	SANDOZ FENTANYL	SDZ

100mcg/h Timbre cutané

02275856	DURAGESIC MAT	JNO
02314665	NOVO-FENTANYL	TEV
02341417	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330156	RAN-FENTANYL MATRIX	RBV
02282984	RATIO-FENTANYL	RPH
02327163	SANDOZ FENTANYL	SDZ

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D')**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire seulement pour les capsules à libération contrôlée). L'utilisation des formes pharmaceutiques régulières ne fait l'objet d'aucune restriction et n'exige donc pas d'autorisation préalable.

Pour le traitement des douleurs chroniques allant de modérées à graves lorsque les autres opioïdes comme la morphine n'ont pas réussi à contrôler la douleur ou lorsque les patients ont ressenti des effets indésirables intolérables.

3mg Capsule à libération contrôlée

02125323	HYDROMORPH CONTIN	PFR
----------	-------------------	-----

4.5mg Capsule à libération contrôlée

02359502	HYDROMORPH CONTIN	PFR
----------	-------------------	-----

6mg Capsule à libération contrôlée

02125331	HYDROMORPH CONTIN	PFR
----------	-------------------	-----

9mg Capsule à libération contrôlée

02359510	HYDROMORPH CONTIN	PFR
----------	-------------------	-----

12mg Capsule à libération contrôlée

02125366	HYDROMORPH CONTIN	PFR
----------	-------------------	-----

18mg Capsule à libération contrôlée

02243562	HYDROMORPH CONTIN	PFR
----------	-------------------	-----

24mg Capsule à libération contrôlée

02125382	HYDROMORPH CONTIN	PFR
----------	-------------------	-----

30mg Capsule à libération contrôlée

02125390	HYDROMORPH CONTIN	PFR
----------	-------------------	-----

MÉPÉRIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un approvisionnement pour une durée de 2 semaines pour la douleur chronique. La couverture sera limitée à 60 comprimés par mois.

50mg Comprimé

02138018	DEMEROL	SAC
----------	---------	-----

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)

médicament à usage restreint (autorisation préalable requise) avec les critères suivants :

Le prescripteur est enregistré avec Santé Canada et a reçu une autorisation pour prescrire la méthadone pour le soulagement de la douleur. ET Pour le soulagement de la douleur modérée à intense causée par un cancer ou pour le soulagement de la douleur chronique non reliée au cancer comme médicament de rechange à d'autre opiacés OU

Pour le soulagement de la douleur chez les patients en soins palliatifs. Les pharmaciens peuvent seulement servir une quantité maximale correspondant à 30 jours de traitement lors de chaque approvisionnement. Le pseudo DIN assigné à la méthadone pour traiter la douleur ne doit pas être utilisé pour le traitement de la dépendance. La méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacés est couverte sans restriction par le Programme des SSNA. (Le pseudo DIN pour la méthadone pour le traitement de la dépendance est 908835). Pour plus d'information sur les règles de compensation concernant l'exécution de l'ordonnance pour la méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacés, veuillez consulter le Guide du fournisseur de services pharmaceutiques.

1mg Comprimé

02247698	METADOL	PAL
----------	---------	-----

5mg Comprimé

02247699	METADOL	PAL
----------	---------	-----

10mg Comprimé

02247700	METADOL	PAL
----------	---------	-----

25mg Comprimé

02247701	METADOL	PAL
----------	---------	-----

1mg/mL Liquide orale

02247694	METADOL	PAL
----------	---------	-----

10mg/mL Liquide orale

02241377	METADOL	PAL
----------	---------	-----

Poudre

09991180	METHADONE POUDRE(DOULEUR)
----------	---------------------------

28:08.12 AGONISTES PARTIELS DES OPIACÉS**BUPRENORPHINE HCL/NALOXONE HCL**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la dépendance aux opioïdes chez les patients pour lesquels la méthadone est contre-indiquée :

- en raison d'un allongement démontré de l'intervalle QT ou d'un risque élevé d'allongement de l'intervalle QT ET
- lorsque le médicament est prescrit par un médecin qui possède de l'expérience avec le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes OU qui a suivi un programme reconnu de formation sur Suboxone.

8mg & 2mg Comprimé sublingual

02295709	SUBOXONE	RBP
09991204	SUBOXONE D'ENTRETIEN	RBP

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS**LÉVÉTIRACÉTAM**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Pour administration en association avec d'autres médicaments antiépileptiques dans le traitement des convulsions partielles chez les patients réfractaires suivant l'essai adéquat de deux médicaments antiépileptiques utilisés soit en monothérapie ou en association. Ce produit doit être prescrit par un neurologue.

250mg Comprimé

02285924	APO-LEVETIRACETAM	APX
02274183	CO LEVETIRACETAM	COB
02247027	KEPPRA	UCB
02353342	LEVETIRACETAM	SAN
02296101	PMS-LEVETIRACETAM	PMS

500mg Comprimé

02285932	APO-LEVETIRACETAM	APX
02274191	CO LEVETIRACETAM	COB
02247028	KEPPRA	UCB
02353350	LEVETIRACETAM	SAN
02296128	PMS-LEVETIRACETAM	PMS
02311380	PRO-LEVETIRACETAM	PDL

750mg Comprimé

02285940	APO-LEVETIRACETAM	APX
02274205	CO LEVETIRACETAM	COB
02247029	KEPPRA	UCB
02353369	LEVETIRACETAM	SAN
02296136	PMS-LEVETIRACETAM	PMS
02311399	PRO-LEVETIRACETAM	PDL

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (WELLBUTRIN)**

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture de Wellbutrin XL et le bupropion SR a une limite de dose jusqu'à concurrence de 300 mg par jour. (Notez que ce médicament ne sera pas approuvé pour cesser l'usage du tabac.)

100mg Comprimé à libération progressive

02331616	BUPROPION SR	PDL
02325373	PMS-BUPROPION SR	PMS
02285657	RATIO-BUPROPION	RPH
02275074	SANDOZ-BUPROPION SR	SDZ

150mg Comprimé à libération progressive

02325357	BUPROPION SR	PDL
02313421	PMS-BUPROPION SR	PMS
02285665	RATIO-BUPROPION	RPH
02275082	SANDOZ-BUPROPION SR	SDZ
02237825	WELLBUTRIN SR	VAE
02275090	WELLBUTRIN XL	VAE

300mg Comprimé à libération progressive

02275104	WELLBUTRIN XL	VAE
----------	---------------	-----

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (ZYBAN)**

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 180 comprimés sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 180 comprimés sera atteinte, le client sera de nouveau admissible au traitement au chlorhydrate de bupropion lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

150mg Comprimé à libération progressive

02238441 ZYBAN

VAE

DULOXETINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur neuropathique des patients diabétiques :

- a.- qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat de DEUX autres médicaments (comme un antidépresseur tricyclique ou un anticonvulsivant) ou
- b.- pour lesquels d'autres médicaments sont contre-indiqués

La dose maximale de duloxétine sera limitée à 60 mg par jour.

Il est à noter que le Programme des SSNA a adopté la recommandation du CCCEM du Programme commun d'évaluation des médicaments de NE PAS ajouter Cymbalta aux listes de médicaments des régimes publics pour le traitement du trouble dépressif majeur.

30mg Capsule à libération progressive

02301482 CYMBALTA

LIL

60mg Capsule à libération progressive

02301490 CYMBALTA

LIL

28:16.08 TRANQUILLISANTS**ARIPIPRAZOLE**

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles schizo-affectifs chez les patients

- a. Qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat d'un autre antipsychotique; OU
- b. Pour lesquels un autre antipsychotique est contre-indiqué

2mg Comprimé

02322374 ABILIFY

BMS

5mg Comprimé

02322382 ABILIFY

BMS

10mg Comprimé

02322390 ABILIFY

BMS

15mg Comprimé

02322404 ABILIFY

BMS

20mg Comprimé

02322412 ABILIFY

BMS

30mg Comprimé

02322455 ABILIFY

BMS

ZIPRASIDONE MONOHYDRATÉ (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles schizo-affectifs chez les patients :

- a.- qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat d'un autre antipsychotique ou
- b.- pour lesquels un autre antipsychotique est contre-indiqué

20MG Capsule

02298597 ZELDOX

PFI

40MG Capsule

02298600 ZELDOX

PFI

60mg Capsule

02298619 ZELDOX

PFI

80mg Capsule

02298627 ZELDOX

PFI

28:20.92 STIMULANTS ANOREXIGÈNE ET RESPIRATOIRE ET CÉRÉBRAL DIVERS**MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)**

Les critères de médicament à usage restreint (autorisation préalable requise) pour Concerta® (et pour les génériques) sont:

- Pour le traitement du trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité (TDAH) chez les patients âgés de 6 à 18 ans ayant d'importants problèmes de comportements inadéquats ou ayant des problèmes d'inattention qui perturbent l'apprentissage; ET
- Chez qui la méthylphénidate à libération progressive (i.e. Ritalin SR) ou la dextroamphétamine à libération progressive (i.e. Dexedrine Spansules) n'a pas réussi à contrôler les symptômes; du trouble de déficit; ET
- Les prescriptions qui proviennent ou sont faites en consultation avec un spécialiste tel que: pédopsychiatre, pédiatre ou un médecin de famille avec expertise dans le traitement du TDAH.

18mg Comprimé à effet prolongé

02247732	CONCERTA	JNO
02315068	NOVO-METHYLPHENIDATE ER	TEV

27mg Comprimé à effet prolongé

02250241	CONCERTA	JNO
02315076	NOVO-METHYLPHENIDATE ER	TEV

36mg Comprimé à effet prolongé

02247733	CONCERTA	JNO
02315084	NOVO-METHYLPHENIDATE ER	TEV

54mg Comprimé à effet prolongé

02330377	APO-METHYLPHENIDATE ER	APX
02247734	CONCERTA	JNO
02315092	NOVO-METHYLPHENIDATE ER	TEV

28:36.20 ANTIPARKINSONIENS - AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE**CABERGOLINE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les patients qui n'ont pas obtenu de bons résultats avec la bromocriptine ou qui sont incapables de tolérer ce produit.

0.5mg Comprimé

02301407	CO CABERGOLINE	COB
02242471	DOSTINEX	PFI

28:92.00 AUTRES MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL**ACAMPROSATE CALCIQUE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients qui ont été abstinents à l'alcool pour au moins 4 jours et qui sont inscrits à un programme de traitement de dépendance à l'alcool s'il est accessible

333mg Comprimé à libération progressive

02293269	CAMPRAL	MYL
----------	---------	-----

40:00 ÉLECTROLYTES-DIURÉTIQUES**40:20.00 AGENTS CALORIFIQUES****LÉVOCARNITINE****330mg Comprimé**

02144328	CARNITOR	SIG
----------	----------	-----

100mg/mL Liquide orale

02144336	CARNITOR	SIG
----------	----------	-----

200mg/mL Solution

02144344	CARNITOR IV	SIG
----------	-------------	-----

48:00 AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES**48:10.24 MODIFICATEUR DES RÉCEPTEURS DES LEUCOTRIÈNES****MONTELUKAST**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme:

- a. - en association avec les corticostéroïdes.
- b. - chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

10mg Comprimé

02328593	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02355523	TEVA-MONTELUKAST	TEV

4mg Comprimé à croquer

02355507	TEVA-MONTELUKAST	TEV
----------	------------------	-----

5mg Comprimé à croquer

02355515	TEVA-MONTELUKAST	TEV
----------	------------------	-----

MONTÉLUKAST

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme:

- a. - en association avec les corticostéroïdes.
- b. - chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

10mg Comprimé

02374609	APO-MONTELUKAST	APX
02368226	MYLAN-MONTELUKAST	MYL
02373947	PMS-MONTELUKAST	PMS
02238217	SINGULAIR	FRS

4mg Comprimé à croquer

02354977	PMS-MONTELUKAST	PMS
02330385	SANDOZ-MONTELUKAST	SDZ
02243602	SINGULAIR	FRS

5mg Comprimé à croquer

02354985	PMS-MONTELUKAST	PMS
02330393	SANDOZ-MONTELUKAST	SDZ
02238216	SINGULAIR	FRS

4mg Granules

02358611	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02247997	SINGULAIR	FRS

ZAFIRLUKAST

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme:

- a. - en association avec les corticostéroïdes.
- b. - chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

20mg Comprimé

02236606	ACCOLATE	AZC
----------	----------	-----

52:00 MÉDICAMENTS POUR YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE (O.R.L.O.)**52:04.04 O.R.L.O. - ANTIBACTÉRIENS****CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE), DEXAMÉTHASONE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

- a.- pour enfants de 16 ans et moins
- b.- pour otite moyenne aiguë avec otorrhée par tube de tympanostomie
- c.- pour otite moyenne aiguë en présence de tube de tympanostomie ou une perforation connue de la membrane tympanique

0.3%/0.1% Solution otique

02252716	CIPRODEX	ALC
----------	----------	-----

52:28.00 O.R.L.O. - RINCE-BOUCHE ET GARGARISMES**BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour :

- a. - le traitement d'une inflammation de la muqueuse causée par un traitement par irradiation et les ulcérations oropharyngiennes causées par des traitements de chimiothérapie.
- b. - usage chez les patients immunodéprimés dont les muqueuses risquent de se détériorer.

0.15% Rince

02239044	APO-BENZYDAMINE	APX
02239537	DOM-BENZYDAMINE	DPC
02229777	PMS-BENZYDAMINE	PMS
02229799	TEVA-BENZYDAMINE	TEV

BENZYDAMINE CHL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour :

- a. - le traitement d'une inflammation de la muqueuse causée par un traitement par irradiation et les ulcérations oropharyngiennes causées par des traitements de chimiothérapie.
- b. - usage chez les patients immunodéprimés dont les muqueuses risquent de se détériorer.

0.15% Rince

02310422	TEVA-BENZYDAMINE	TEV
----------	------------------	-----

52:40.04 ORLO - AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGUE**BRIMONIDINE (TARTRATE DE) (ALPHAGAN P)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Pour les patients qui sont intolérants au tartrate de brimonidine 0.2% ou au chlorure de benzalkonium.

0.15% Solution ophthalmique

02248151	ALPHAGAN P	ALL
02301334	APO-BRIMONIDINE P	APX

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.**VERTÉPORFINE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant de dégénérescence maculaire liée à l'âge et qui sont traitées par un ophtalmologiste.

15mg/Vial Injection

02242367	VISUDYNE	QLT
----------	----------	-----

56:00 GASTRO-INTESTINAUX**56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS****BISACODYL (BASE DE POLYÉTHYLÈNE GLYCOL)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la constipation chez les patients souffrant d'une atteinte de la moelle épinière.

10mg Suppositoire

02241091	MAGIC BULLET	DCM
----------	--------------	-----

56:22.92 ANTIÉMÉTIQUES DIVERS**APREPITANT**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le prévention des nausées aigues et retardées et des vomissements en association avec un antagoniste 5-HT3 et la dexamthasone chez les patients qui ont reçu de la chimiothérapie hautement émétogène (ex. Cisplatin > 70mg/m²) et ce, chez les patients qui ont déjà souffert de vomissements malgré le traitement d'un antagoniste 5-HT3 et la dexamthasone suite à un cycle antérieur de chimiothérapie hautement émétogène.**80mg Capsule**

02298791	EMEND	FRS
----------	-------	-----

125mg Capsule

02298805	EMEND	FRS
----------	-------	-----

125mg & 80mg Capsule

02298813	EMEND TRI PACK	FRS
----------	----------------	-----

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

LANSOPRAZOLE

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que :

- Tous les IPP sont également efficaces
- Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
- Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Dès le 5 juillet 2010, tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) auront une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.

- Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabeprazole puis change pour 30 comprimés d'omeprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
- Les patients prenant deux comprimés de rabeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
- Les patients prenant deux comprimés /capsules d'omeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de omeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'eosophagite de Barrett, d'eosophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

15mg Capsule à libération progressive

02293811	APO-LANSOPRAZOLE	APX
02357682	LANSOPRAZOLE	SAN
02353830	MYLAN-LANSOPRAZOLE	MYL
02280515	NOVO-LANSOPRAZOLE	TEV
02165503	PREVACID	TAK

30mg Capsule à libération progressive

02293838	APO-LANSOPRAZOLE	APX
02357690	LANSOPRAZOLE	SAN
02366282	LANSOPRAZOLE	PDL
02353849	MYLAN-LANSOPRAZOLE	MYL
02280523	NOVO-LANSOPRAZOLE	TEV
02165511	PREVACID	TAK

LANSOPRAZOLE ODT

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que :

- Tous les IPP sont également efficaces
- Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
- Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Dès le 5 juillet 2010, tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) auront une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.

- Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabeprazole puis change pour 30 comprimés d'omeprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
- Les patients prenant deux comprimés de rabeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
- Les patients prenant deux comprimés /capsules d'omeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de omeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'eosophagite de Barrett, d'eosophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

15mg

02249464	PREVACID FASTAB	TAK
----------	-----------------	-----

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

LANSOPRAZOLE ODT

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que :

- Tous les IPP sont également efficaces
- Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
- Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Dès le 5 juillet 2010, tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) auront une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.

- Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabeprazole puis change pour 30 comprimés d'omeprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
- Les patients prenant deux comprimés de rabeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
- Les patients prenant deux comprimés /capsules d'omeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de omeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'œsophagite de Barrett, d'œsophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

30mg

02249472 PREVACID FASTAB

TAK

OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEN (AP)

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que :

- Tous les IPP sont également efficaces
- Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
- Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Dès le 5 juillet 2010, tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) auront une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.

- Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabeprazole puis change pour 30 comprimés d'omeprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
- Les patients prenant deux comprimés de rabeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
- Les patients prenant deux comprimés /capsules d'omeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de omeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'œsophagite de Barrett, d'œsophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

10mg Comprimé à libération retardée

02230737 LOSEC

AZC

02260859 RATIO-OMEPRAZOLE

RPH

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

OMÉPRAZOLE, OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEN (SANS AP)

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que :

- Tous les IPP sont également efficaces
- Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
- Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Dès le 5 juillet 2010, tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) auront une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.

- Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabeprazole puis change pour 30 comprimés d'omeprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
- Les patients prenant deux comprimés de rabeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
- Les patients prenant deux comprimés /capsules d'omeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de omeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'œsophagite de Barrett, d'œsophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

10mg Capsule

02329425	GEN-OMEPRAZOLE	MYL
02119579	LOSEC	AZC
02296438	SANDOZ OMEPRAZOLE	SDZ

20mg Capsule

02245058	APO-OMEPRAZOLE	APX
00846503	LOSEC	AZC
02329433	MYLAN-OMEPRAZOLE	MYL
02339927	OMEPRAZOLE	PDL
02348691	OMEPRAZOLE	SAN
02320851	PMS-OMEPRAZOLE	PMS
02296446	SANDOZ OMEPRAZOLE	SDZ

20mg Comprimé à action prolongée

02260867	RATIO-OMEPRAZOLE	RPH
----------	------------------	-----

20mg Comprimé à libération retardée

02190915	LOSEC	AZC
02310260	PMS-OMEPRAZOLE	PMS

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

PANTOPRAZOLE MAGNESIUM

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que :

- Tous les IPP sont également efficaces
- Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
- Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Dès le 5 juillet 2010, tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) auront une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.

- Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabeprazole puis change pour 30 comprimés d'omeprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
- Les patients prenant deux comprimés de rabeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
- Les patients prenant deux comprimés /capsules d'omeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de omeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'œsophagite de Barrett, d'œsophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

40mg Comprimé entérosoluble

02267233 TECTA

NYC

PANTOPRAZOLE SODIQUE

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que :

- Tous les IPP sont également efficaces
- Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
- Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Dès le 5 juillet 2010, tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) auront une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.

- Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabeprazole puis change pour 30 comprimés d'omeprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
- Les patients prenant deux comprimés de rabeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
- Les patients prenant deux comprimés /capsules d'omeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de omeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'œsophagite de Barrett, d'œsophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

40mg Comprimé à libération retardée

02292920	APO-PANTOPRAZOLE	APX
02300486	CO PANTOPRAZOLE	COB
02299585	MYLAN-PANTOPRAZOLE	MYL
02285487	NOVO-PANTOPRAZOLE	TEV
02229453	PANTOLOC	NYC
02309866	PANTOPRAZOLE	MEL
02310201	PANTOPRAZOLE	SOR
02318695	PANTOPRAZOLE	PDL
02307871	PMS-PANTOPRAZOLE	PMS
02305046	RAN-PANTOPRAZOLE	RBY
02316463	RIVA-PANTOPRAZOLE	RIV
02301083	SANDOZ-PANTOPRAZOLE	SDZ

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

RABÉPRAZOLE SODIQUE

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que :

- Tous les IPP sont également efficaces
- Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
- Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Dès le 5 juillet 2010, tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) auront une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.

- Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabeprazole puis change pour 30 comprimés d'omeprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
- Les patients prenant deux comprimés de rabeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
- Les patients prenant deux comprimés /capsules d'omeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de omeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'œsophagite de Barrett, d'œsophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

10mg Comprimé entérosoluble

02296632	NOVO-RABEPRAZOLE	TEV
02243796	PARIET EC	JNO
02310805	PMS-RABEPRAZOLE	PMS
02315181	PRO-RABEPRAZOLE	PDL
02356511	RABEPRAZOLE EC	SAN
02298074	RAN-RABEPRAZOLE	RYB
02330083	RIVA-RABEPRAZOLE EC	RIV
02314177	SANDOZ-RABEPRAZOLE	SDZ

20mg Comprimé entérosoluble

02296640	NOVO-RABEPRAZOLE	TEV
02243797	PARIET EC	JNO
02310813	PMS-RABEPRAZOLE	PMS
02315203	PRO-RABEPRAZOLE	PDL
02356538	RABEPRAZOLE EC	SAN
02298082	RAN-RABEPRAZOLE	RYB
02330091	RIVA-RABEPRAZOLE	RIV
02314185	SANDOZ-RABEPRAZOLE	SDZ

68:00 HORMONES ET SUBSTITUTS

68:12.00 ANOVULANTS

ETHINYL ESTRADIOL, ETONOGESTREL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients qui sont intolérants aux contraceptifs oraux ou incapables de les prendre.

2.6mg & 11.4mg Dispositif

02253186	NUVARING	ORG
----------	----------	-----

68:16.12 AGONISTES-ANTAGONISTES DES ESTROGÈNES**RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour :

- a. - la prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui n'ont pas obtenu le résultat escompté avec les biphosphonates.
- b. - la prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui ont eu des antécédents de cancer du sein ou dont une parente au premier degré a souffert d'un cancer du sein.

60mg Comprimé

02279215	APO-RALOXIFENE	APX
02239028	EVISTA	LIL
02312298	NOVO-RALOXIFENE	TEV
02358921	PMS-RALOXIFENE	PMS

68:20.04 BIGUANIDES**SITAGLIPTIN/METFORMIN**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués

50mg & 1000mg Comprimé

02333872	JANUMET	FRS
----------	---------	-----

50mg & 500mg Comprimé

02333856	JANUMET	FRS
----------	---------	-----

50mg & 850mg Comprimé

02333864	JANUMET	FRS
----------	---------	-----

68:20.05**SITAGLIPTIN**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués

100mg Comprimé

02303922	JANUVIA	FRS
----------	---------	-----

68:20.28 THIAZOLIDINÉDIONES**PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

15mg Comprimé

02303442	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02242572	ACTOS	LIL
02302942	APO-PIOGLITAZONE	APX
02302861	CO PIOGLITAZONE	COB
02307634	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02326477	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298279	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02274914	NOVO-PIOGLITAZONE	TEV
02307669	PHL-PIOGLITAZONE 15MG COMP	PHH
02303124	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312050	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02301423	RATIO-PIOGLITAZONE	RPH
02297906	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ

68:20.28 THIAZOLIDINÉDIONES**PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

30mg Comprimé

02303450	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02242573	ACTOS	LIL
02302950	APO-PIOGLITAZONE	APX
02302888	CO PIOGLITAZONE	COB
02307642	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02326485	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298287	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02274922	NOVO-PIOGLITAZONE	TEV
02307677	PHL-PIOGLITAZONE 30MG COMP	PHH
02303132	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312069	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02301431	RATIO-PIOGLITAZONE	RPH
02297914	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ

45mg Comprimé

02303469	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02242574	ACTOS	LIL
02302977	APO-PIOGLITAZONE	APX
02302896	CO PIOGLITAZONE	COB
02307650	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02326493	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298295	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02274930	NOVO-PIOGLITAZONE	TEV
02307723	PHL-PIOGLITAZONE 45MG COMP	PHH
02303140	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312077	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02301458	RATIO-PIOGLITAZONE	RPH
02297922	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ

PIOGLITAZONE CHL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

15mg Comprimé

02320754	ZYM-PIOGLITAZONE	ZYM
----------	------------------	-----

30mg Comprimé

02320762	ZYM-PIOGLITAZONE	ZYM
----------	------------------	-----

45mg Comprimé

02320770	ZYM-PIOGLITAZONE	ZYM
----------	------------------	-----

ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

2mg Comprimé

02241112	AVANDIA	GSK
----------	---------	-----

4mg Comprimé

02241113	AVANDIA	GSK
----------	---------	-----

8mg Comprimé

02241114	AVANDIA	GSK
----------	---------	-----

68:24.00 PARATHYROÏDIENS**CALCITONINE SAUMON (MIACALCIN)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique pour les patients chez qui les bisphosphonates et la raloxifène n'ont pas donné de bons résultats, sont contre-indiquées ou ne peuvent être tolérées. OU

Pour le traitement de la douleur liée aux fractures ostéoporotiques vertébrales chez les patients nécessitant un autre type d'analgésique (par exemple, en raison de comorbidités, d'intolérance aux autres options thérapeutiques ou d'une douleur intense non soulagée par les autres options thérapeutiques) pour une période de trois mois.

200IU/Dose Vaporisateur nasal

02247585	APO-CALCITONIN	APX
02240775	MIACALCIN	NVR
02261766	SANDOZ-CALCITONIN	SDZ

84:00 PEAU & MUQUEUSES**84:92.00 PEAU ET MUQUEUSES DIVERS****PIMÉCROLIMUS**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Chez les patients qui n'ont pas répondu à une corticothérapie topique ou qui ont présenté des effets indésirables liés à ce traitement.

Remarque : Contre indiqué chez les enfants âgés de moins de deux ans.

1% Crème

02247238	ELIDEL	NVC
----------	--------	-----

TACROLIMUS (PROTOPIC)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Chez les patients qui n'ont pas répondu à une corticothérapie topique ou qui ont présenté des effets indésirables liés à ce traitement.

Remarque : Contre indiqué chez les enfants âgés de moins de deux ans.

0.03% Onguent

02244149	PROTOPIC	AST
----------	----------	-----

0.1% Onguent

02244148	PROTOPIC	AST
----------	----------	-----

86:00 SPASMOlyTIQUES**86:12.00 SPASMOlyTIQUES GÉNITO-URINAIRES****DARIFENACIN HYDROBROMIDE****7.5mg Comprimé à action prolongée**

02273217	ENABLEX	NVR
----------	---------	-----

15mg Comprimé à action prolongée

02273225	ENABLEX	NVR
----------	---------	-----

SOLIFENACIN SUCCINATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour soulager les symptômes chez les patients : avec une vessie hyperactive présentant des symptômes urinaires de fréquence mictionnelle, d'urgence ou d'incontinence avec urgent besoin d'uriner chez qui l'oxybutynine s'est avérée inefficace ou mal tolérée.

5mg Comprimé

02277263	VESICARE	AST
----------	----------	-----

10mg Comprimé

02277271	VESICARE	AST
----------	----------	-----

86:12.00 SPASMOLYTIQUES GÉNITO-URINAIRES**TOLTÉRODINE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour soulager les symptômes chez les patients avec vessie neurogène présentant des symptômes d'urgence, de fréquence ou d'incontinence avec urgent besoin d'uriner, ou toute combinaison de ces symptômes. La toldérodine pourra être approuvée pour les patients chez qui l'oxybutine s'est avérée inefficace ou mal tolérée.

2mg Capsule à effet prolongé

02244612 DETROL LA

PFI

4mg Capsule à effet prolongé

02244613 DETROL LA

PFI

1mg Comprimé

02239064 DETROL

PFI

2mg Comprimé

02239065 DETROL

PFI

TROPIUM CHLORIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement symptomatique de la vessie hyperactive se caractérisant par une urgence et fréquence mictionnelle ou une incontinence d'urgence ou toutes combinaisons de ces symptômes pour les patients chez qui l'oxabutynin s'est avérée inefficace ou mal tolérée.

20mg Comprimé

02275066 TROSEC

ORY

88:00 VITAMINES**88:28.00 MULTIVITAMINES****MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES**

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitamines pédiatriques ne sont fournies qu'aux enfants de six ans et moins.

Comprimé

80011134 CENTRUM JUNIOR COMPLETE

PFI

80020794 CENTRUM JUNIOR COMPLETE

PFI

02247975 FLINTSTONES EXTRA C

BCD

Gouttes

00762946 POLY-VI-SOL

MJO

Liquide

00558079 INFANTOL

HOR

MULTIVITAMINES PRÉNATALES

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitamines prénatales ou postnatales sont fournies qu'aux femmes âgées de 12 à 50 ans en âge d'avoir des enfants.

Comprimé

80001842 CENTRUM MATERNA

WAY

02229535 MULTI-PRE AND POST NATAL

PED

80005770 PRENATAL & POSTPARTUM

PMT

02241235 PRENATAL AND POSTPARTUM

SDR

VITAMINE A, CHOLÉCALCIFÉROL, ACIDE ASCORBIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitamines pédiatriques ne sont fournies qu'aux enfants de six ans et moins.

Liquide orale

80008471 JAMP-MULTIVITAMINE A/D/C DROPS

JMP

92:00 AUTRES MÉDICAMENTS

92:00.00 AUTRES MÉDICAMENTS

USTEKINUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement du psoriasis modéré à grave chez les patients qui satisfont aux critères suivants :

- a. - Surface corporelle atteinte supérieure à 10 % et/ou atteinte importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux et
- b. - Intolérance ou absence de réponse au méthotrexate et à la cyclosporine ou
- c. - Une contre-indication au méthotrexate et/ou à la cyclosporine et
- d. - Intolérance ou absence de réponse à la photothérapie ou
- e. - Incapacité d'avoir accès à la photothérapie

La prolongation de la couverture au-delà de 16 semaines sera basée sur une réduction importante de la surface corporelle (BSA) touchée et une amélioration du pointage au Psoriasis Area Severity Index (PASI) et au Dermatology Life Quality Index (DLQI).

45mg/0.5mL Injection

02320673 STELARA

JNO

92:08.00

DUTASTÉRIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

- a. - Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant.
ou
- b. - En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

0.5mg Capsule

02247813 AVODART

GSK

FINASTÉRIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

- a. - Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant.
ou
- b. - En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

5mg Comprimé

02365383	APO-FINASTERIDE	APX
02354462	CO FINASTERIDE	COB
02350270	FINASTERIDE	PDL
02356058	MYLAN-FINASTERIDE	MYL
02348500	NOVO-FINASTERIDE	TEV
02310112	PMS-FINASTERIDE	PMS
02010909	PROSCAR	FRS
02306905	RATIO-FINASTERIDE	RPH
02322579	SANDOZ FINASTERIDE	SDZ

92:16.00

FEBUXOSTAT

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Pour les patients atteints de goutte symptomatique qui présentent une hypersensibilité documentée à l'allopurinol

80mg Comprimé

02357380 ULORIC

TAK

92:24.00**ALENDRONATE SODIQUE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de :

- a. - l'ostéoporose chez des patients de 60 ans et plus OU
- b. - la maladie osseuse de Paget OU
- c. - l'ostéoporose chez des patients présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures OU
- d. - l'ostéoporose chez des patients ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans OU
- e. - l'ostéoporose chez des patients qui présentent un risque modéré de fracture sur 10 ans ET qui reçoivent une corticothérapie générale d'une durée > 3 mois

5mg Comprimé

02248727	APO-ALENDRONATE	APX
02288079	SANDOZ ALENDRONATE	SDZ
02248251	TEVA-ALENDRONATE	TEV

10mg Comprimé

02248728	APO-ALENDRONATE	APX
02201011	FOSAMAX	FRS
02270129	MYLAN-ALENDRONATE	MYL
02288087	SANDOZ ALENDRONATE	SDZ
02247373	TEVA-ALENDRONATE	TEV

40mg Comprimé

02258102	CO ALENDRONATE	COB
02201038	FOSAMAX	FRS

70mg Comprimé

02299712	ALENDRONATE	MEL
02302004	ALENDRONATE	SOR
02352966	ALENDRONATE	SAN
02303078	ALENDRONATE-70	PDL
02248730	APO-ALENDRONATE	APX
02258110	CO ALENDRONATE	COB
02282763	DOM-ALENDRONATE	DPC
02245329	FOSAMAX	FRS
02286335	MYLAN-ALENDRONATE	MYL
02273179	PMS-ALENDRONATE	PMS
02284006	PMS-ALENDRONATE FC	PMS
02275279	RATIO-ALENDRONATE	RPH
02270889	RIVA-ALENDRONATE	RIV
02288109	SANDOZ ALENDRONATE	SDZ
02261715	TEVA-ALENDRONATE	TEV

ALENDRONATE SODIQUE, VITAMINE D3

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de :

- a. - l'ostéoporose chez des patients de 60 ans et plus OU
- b. - la maladie osseuse de Paget OU
- c. - l'ostéoporose chez des patients présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures OU
- d. - l'ostéoporose chez des patients ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans OU
- e. - l'ostéoporose chez des patients qui présentent un risque modéré de fracture sur 10 ans ET qui reçoivent une corticothérapie générale d'une durée > 3 mois

70mg/5600U Comprimé

02314940	FOSAVANCE	MSP
----------	-----------	-----

92:24.00**ALENDRONATE SODIQUE,VITAMINE D3**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de :

- a. - l'ostéoporose chez des patients de 60 ans et plus OU
- b. - la maladie osseuse de Paget OU
- c. - l'ostéoporose chez des patients présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures OU
- d. - l'ostéoporose chez des patients ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans OU
- e. - l'ostéoporose chez des patients qui présentent un risque modéré de fracture sur 10 ans ET qui reçoivent une corticothérapie générale d'une durée > 3 mois

70mg/2800U Comprimé

02276429 FOSAVANCE

FRS

DENOSUMAB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les femmes atteintes d'ostéoporose postménopausique qui seraient admissibles à la couverture des bisphosphonates oraux, mais pour qui :
- les bisphosphonates sont contre-indiqués en raison d'une hypersensibilité ou d'anomalies de l'oesophage (p. ex. Sténose oesophagial ou achalasie ou cardiospasme); ET

Qui répondent à au moins deux des critères suivants :

- plus de 70 ans
- antécédent de fracture de fragilité
- densité minérale osseuse (DMO) : score T ≤ -2,5

60mg/mL Injection

02343541 PROLIA PRE-FILLED SYR

AMG

02343568 PROLIA VIAL

AMG

RISÉDRONATE SODIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de :

- a. - l'ostéoporose chez les patients qui ont 65 ans ou plus ou
- b. - l'ostéoporose chez les patients qui ont déjà subit une fracture de la hanche, des vertèbres ou autre fracture ou
- c. - la maladie de Paget ou
- d. - l'ostéoporose chez les patients qui n'ont pas eu de fracture documentée mais qui ont un risqué élevé de fracture sur 10 ans (> 20%) ou
- e. - l'ostéoporose chez les patients qui ont un risque modéré de fracture sur 10 ans (10-20%) et qui ont reçu une thérapie de glucocorticoïdes de plus de 3 mois

5mg Comprimé

02242518 ACTONEL

PGP

02298376 NOVO-RISEDRONATE

TEV

30mg Comprimé

02239146 ACTONEL

PGP

02298384 NOVO-RISEDRONATE

TEV

35mg Comprimé

02246896 ACTONEL

PGP

02353687 APO-RISEDRONATE

APX

02309831 DOM-RISEDRONATE

DPC

02357984 MYLAN-RISEDRONATE

MYL

02298392 NOVO-RISEDRONATE

TEV

02302209 PMS-RISEDRONATE

PMS

02347474 RISEDRONATE

PDL

02370255 RISEDRONATE

SAN

02341077 RIVA-RISEDRONATE

RIV

02327295 SANDOZ RISEDRONATE

SDZ

ZOLEDRONIC ACID

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie de Paget. La couverture sera accordée pour une dose pour une période de 12 mois.OU

• Traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes admissibles au remboursement des bisphosphonates oraux*, mais chez qui les bisphosphonates sont contre indiqués en raison d'anomalies de l'œsophage (sténose ou achalasie) ou d'une hypersensibilité;
ET qui satisfont à au moins deux des critères suivants :

- âge >70 ans
- antécédents de fracture de fragilisation
- score T de densité minérale osseuse (DMO) ≤ 2,5.

5mg/100mL Injection

02269198 ACLASTA

NVR

92:36.00**ABATACEPT**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Critères pour la couverture initiale:

1. Le médicament est prescrit par un rhumatologue ET
2. Le patient a eu un test cutané à la tuberculine

3. Servira au traitement de la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes graves de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE:

Le patient est réfractaire au :

- méthotrexate en traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

PLUS au moins 2 des critères suivants:

- Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines OU
- Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU
- Cyclosporine : 2-5 mg/kg/ jour pour 12 semaines OU
- Azathioprine : 2-3 mg/kg/jour pendant 3 mois OU
- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois

PLUS une des associations suivantes:

- Méthotrexate avec cyclosporine (essai d'au moins 4 mois avec l'association des deux médicaments) OU;
- Méthotrexate avec hydroxychloroquine et sulfasalazine (essai d'au moins 4 mois avec la trithérapie) OU;
- Méthotrexate avec des sels d'or (essai d'au moins 12 semaines) OU
- Méthotrexate avec leflunomide (essai d'au moins 8 semaines) OU
- Patients qui ne tolèrent pas le méthotrexate ou présentent des contre-indications à l'utilisation du méthotrexate ou qui est réfractaire à une association d'au moins 2 antirhumatismaux modificateurs de la maladie ARMM

Couverture initiale de un an pour la polyarthrite rhumatoïde à une dose de 500 mg chez les patients pesant < 60 kg; de 750 mg chez les patients pesant 60 à 100 kg; et de 1000 mg chez les patients pesant > 100 kg. Les doses sont administrées aux semaines 0, 2 et 4, puis toutes les 4 semaines. On prolongera la couverture au-delà de un an si l'on observe des améliorations dans le nombre d'articulations enflées, le nombre d'articulations douloureuses, la VS ou la protéine C-réactive, la durée des raideurs matinales et l'évaluation globale de l'activité de la maladie par le médecin.

Pour le traitement des patients atteints d'ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE (AIJ) pour les enfants de 6 à 17 ans atteints d'ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE modérément à très active qui n'ont pas répondu à un essai d'étanercept. Les essais médicamenteux seront confirmés par l'étude du profil pharmacologique du patient.

Remarque : La couverture initiale de 16 semaines pour l'arthrite idiopathique juvénile est offerte aux doses suivantes : 10 mg/kg pour les enfants pesant < 75 kg; 750 mg pour les enfants pesant 75 à 100 kg; et 1000 mg pour les enfants pesant > 100 kg. Les doses sont administrées aux semaines 0, 2 et 4, puis toutes les 4 semaines. Le prolongement de la couverture au-delà de 16 semaines sera basé sur l'amélioration dans le nombre d'articulations actives, le nombre d'articulations présentant une perte d'amplitude de mouvement, la VS, l'échelle d'évaluation globale du médecin, l'échelle d'évaluation globale par le patient ou le parent et le questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'enfant (CHAQ).

250mg/Vial Injection

02282097 ORENCIA

BMS

92:36.00**ADALIMUMAB**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Critères pour la couverture initiale pour la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE, POLYARTHRITE PSORIASIQUE, SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:
 La couverture vise un traitement de 40 mg d'etanercept administré à chaque deux semaines seulement si:

1. Le médicament est prescrit par un rhumatologue ET
2. Le patient a eu un test cutané à la tuberculine

3. Servira au traitement de la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes graves de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE:
 Le patient est réfractaire au :

- méthotrexate en traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

PLUS au moins 2 des critères suivants:

- Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines OU
- Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU
- Cyclosporine : 2-5 mg/kg/jour pour 12 semaines OU
- Azathioprine : 2-3 mg/kg/jour pendant 3 mois OU
- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois

PLUS une des associations suivantes:

- Méthotrexate avec cyclosporine (essai d'au moins 4 mois avec l'association des deux médicaments) OU;
- Méthotrexate avec hydroxychloroquine et sulfasalazine (essai d'au moins 4 mois avec la trithérapie) OU;
- Méthotrexate avec des sels d'or (essai d'au moins 12 semaines) OU
- Méthotrexate avec leflunomide (essai d'au moins 8 semaines) OU
- Patients qui ne tolèrent pas le méthotrexate ou présentent des contre-indications à l'utilisation du méthotrexate ou qui est réfractaire à une association d'au moins 2 antirhumatismaux modificateurs de la maladie ARMM

4. Pour le traitement de la POLYARTHRITE PSORIASIQUE modéré à grave incluant au moins deux des critères suivants:

- Cinq jointures enflées ou plus
- Si moins de 5 jointures enflées, la présence d'une jointure enflée rapprochée des autres ou incluant le poignet ou la cheville est nécessaire
- Plus d'une jointure avec érosion sur rapport d'imagerie médicale
- Dactylite de deux doigts ou plus.
- Tenosynovite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone.
- Enthésite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone. (non demandé pour un talon d'Achille)
- Symptômes inflammatoires spinaux réfractaires à deux AINS (minimum quatre semaines d'essai chacun) et avoir un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) plus grand que 4.
- Utilisation quotidienne de corticostéroïdes.
- Utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour la douleur résultant de l'inflammation.

Le patient est réfractaire aux:

- AINS ET
- Méthotrexate: traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

PLUS au moins un des critères suivants:

- Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines OU
- Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU
- Cyclosporine : 2-5 mg/kg/jour pour 12 semaines OU
- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois

5. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:

- BASDAI > 4

Le patient est réfractaire à:

- un essai de trois mois d'au moins 3 AINS à dose maximale tolérée

Pour une jointure périphérique atteinte, le patient est réfractaire à

- Méthotrexate : traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines ET

- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant quatre mois.

NOTE: Pour complication axiale, le patient n'a pas besoin d'avoir essayé le methotrexate or la sulfasalazine.

6. Pour le traitement des patients atteints d'un PSORIASIS modéré à grave qui satisfont à tous les critères suivants :

- Surface corporelle atteinte supérieure à 10 % et/ou atteinte importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux ET
- Intolérance ou absence de réponse au méthotrexate ET à la cyclosporine OU
- Une contre-indication au méthotrexate et/ou à la cyclosporine ET
- Intolérance ou absence de réponse à la photothérapie OU
- Incapacité d'avoir accès à la photothérapie

La prolongation de la couverture au-delà de 16 semaines sera basée sur une réduction importante de la surface corporelle (BSA) touchée et une amélioration du pointage au Psoriasis Area Severity Index (PASI) et au Dermatology Life Quality Index (DLQI).

7. Critères pour une couverture initiale de 4 semaines d'adalimumab pour des poussées évolutives des formes modérées à graves de la MALADIE DE CROHN:
 La couverture initiale permet une dose de départ d'adalimumab de 160 mg suivie de 80 mg 2 semaines plus tard. La dose de maintien sera permise à un dosage maximum de 40 mg à toutes les 2 semaines.

Le patient est un adulte avec des poussées évolutives des formes modérées à graves de la maladie de Crohn qui est réfractaire à: une thérapie avec un produit de la classe des 5-AAS (au moins 3g/jour pour un minimum de 6 semaines)

PLUS

- glucocorticoïdes équivalents à la prednisone, à raison de 40 mg/jour pendant au moins 2 semaines; OU
- traitement interrompu en raison d'effets indésirables graves; OU
- contre-indication au traitement par glucocorticoïdes.

PLUS

- azathioprine à raison de 2 à 2,5 mg/kg/jour pendant au moins 3 mois; OU
- 6-mercaptopurine à raison de 50 à 70 mg/jour pendant au moins 3 mois.

92:36.00

- méthotrexate à raison de 15 to 25 mg/semaine pendant au moins 3 mois

40mg/Vial Injection

02258595 HUMIRA

ABB

ÉTANERCEPT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Critères pour la couverture initiale:

La couverture vise un traitement de 50 mg d'etanercept administré à la semaine seulement si:

1. Le médicament est prescrit par un rhumatologue ET
2. Le patient a eu un test cutané à la tuberculine

3. Servira au traitement de la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes graves de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE:

Le patient est réfractaire au :

- méthotrexate en traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

PLUS au moins 2 des critères suivants:

- Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines OU
- Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU
- Cyclosporine : 2-5 mg/kg/jour pour 12 semaines OU
- Azathioprine : 2-3 mg/kg/jour pendant 3 mois OU
- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois

PLUS une des associations suivantes:

- Méthotrexate avec cyclosporine (essai d'au moins 4 mois avec l'association des deux médicaments) OU;
- Méthotrexate avec hydroxychloroquine et sulfasalazine (essai d'au moins 4 mois avec la trithérapie) OU;
- Méthotrexate avec des sels d'or (essai d'au moins 12 semaines) OU
- Méthotrexate avec leflunomide (essai d'au moins 8 semaines) OU
- Patients qui ne tolèrent pas le méthotrexate ou présentent des contre-indications à l'utilisation du méthotrexate ou qui sont réfractaires à une association d'au moins 2 antirhumatismaux modificateurs de la maladie ARMM

4. Pour le traitement de la POLYARTHRITE PSORIASIQUE modéré à grave incluant au moins deux des critères suivants:

- Cinq jointures enflées ou plus
- Si moins de 5 jointures enflées, la présence d'une jointure enflée rapprochée des autres ou incluant le poignet ou la cheville est nécessaire
- Plus d'une jointure avec érosion sur rapport d'imagerie médicale
- Dactylite de deux doigts ou plus.
- Tenosynovite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone.
- Enthésite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone. (non demandé pour un talon d'Achille)
- Symptômes inflammatoires spinaux réfractaires à deux AINS (minimum quatre semaines d'essai chacun) et avoir un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) plus grand que 4.
- Utilisation quotidienne de corticostéroïdes.
- Utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour la douleur résultant de l'inflammation.

Le patient est réfractaire aux:

- AINS ET
- Méthotrexate: traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

PLUS au moins un des critères suivants:

- Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines OU
- Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU
- Cyclosporine : 2-5 mg/kg/jour pour 12 semaines OU
- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois

5. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:

- BASDAI > 4

Le patient est réfractaire à:

- un essai de trois mois d'au moins 3 AINS à dose maximale tolérée

Pour une jointure périphérique atteinte, le patient est réfractaire à

- Méthotrexate : traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines ET

- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant quatre mois

NOTE: Pour complication axial, le patient n'a pas besoin d'avoir essayé le methotrexate ou la sulfasalazine.

6. Pour le traitement de l'ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE polyarticulaire très active chez les enfants de 4 à 7 ans qui satisfont à TOUS les critères suivants

- ≥ 5 articulations enflées; ET

- ≥ 3 articulations avec amplitude de mouvement limitée et/ou sensibilité/douleur; ET

- Affection réfractaire à un essai adéquat d'une dose thérapeutique de méthotrexate. Un essai adéquat consiste en l'administration parentérale de 10 mg/m² par semaine durant au moins 3 mois (à moins qu'une toxicité importante ne limite la dose tolérée)

25mg/Vial Injection

02242903 ENBREL

IMX

50mg/mL Injection

02274728 ENBREL

IMX

99100373 ENBREL SURECLICK (QC)

AMG

92:36.00**GOLIMUMAB**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Critères pour la couverture initiale d'un an pour la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE, POLYARTHRITE PSORIASIQUE, SONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE : La couverture vise un traitement de 50 mg de golimumab administré une fois par mois seulement si :

1. Le médicament est prescrit par un rhumatologue ET
2. Le patient a eu un test cutané à la tuberculine ET

3. Servira au traitement de la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes graves de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE :

Le patient est réfractaire au :

- méthotrexate en traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

PLUS au moins 2 des critères suivants :

- Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines OU
- Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU
- Cyclosporine : 2-5 mg/kg/jour pour 12 semaines OU
- Azathioprine : 2-3 mg/kg/jour pendant 3 mois OU
- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois

PLUS une des associations suivantes :

- Méthotrexate avec cyclosporine (essai d'au moins 4 mois avec l'association des deux médicaments) OU;
 - Méthotrexate avec hydroxychloroquine et sulfasalazine (essai d'au moins 4 mois avec la trithérapie) OU;
 - Méthotrexate avec des sels d'or (essai d'au moins 12 semaines) OU
- Patients qui ne tolèrent pas le méthotrexate ou présentent des contre-indications à l'utilisation du méthotrexate ou qui est réfractaire à une association d'au moins 2 antirhumatismaux modificateurs de la maladie ARMM OU

4. Pour le traitement de la POLYARTHRITE PSORIASIQUE modéré à grave incluant au moins deux des critères suivants :

- Cinq jointures enflées ou plus
- Si moins de 5 jointures enflées, la présence d'une jointure enflée rapprochée des autres ou incluant le poignet ou la cheville est nécessaire
- Plus d'une jointure avec érosion sur rapport d'imagerie médicale
- Dactylite de deux doigts ou plus.
- Tenosynovite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone.
- Enthésite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone. (non demandé pour un talon d'Achille)
- Symptômes inflammatoires spinaux réfractaires à deux AINS (minimum quatre semaines d'essai chacun) et avoir un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) plus grand que 4.
- Utilisation quotidienne de corticostéroïdes.
- Utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour la douleur résultant de l'inflammation.

Le patient est réfractaire aux :

AINS ET

- Méthotrexate : traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

PLUS au moins un des critères suivants :

- Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines OU
- Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU
- Cyclosporine : 2-5 mg/kg/jour pour 12 semaines OU
- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois OU

5. Pour le traitement de la SONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE :

BASDAI > 4

Le patient est réfractaire à :

- un essai de trois mois d'au moins 3 AINS à dose maximale tolérée

Pour une jointure périphérique atteinte, le patient est réfractaire à

- Méthotrexate : traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines ET

- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant quatre mois.

NOTE : Pour complication axiale, le patient n'a pas besoin d'avoir essayé le méthotrexate ou la sulfasalazine

50mg/0.5mL Injection

02324784 SIMPONI AUTO INJECTOR

JNO

02324776 SIMPONI PRE-FILLED SYRINGE

JNO

92:36.00**INFLIXIMAB****CRITÈRES POUR LA COUVERTURE INITIALE DE L'INFLIXIMAB PENDANT DOUZE SEMAINES POUR POLYARTHRITE RHUMATOÏDE**

- Médicament prescrit par un rhumatologue.

• Infliximab pour utilisation en association avec le méthotrexate pour la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes graves de la polyarthrite rhumatoïde.

Nota : La couverture initiale vise uniquement que 3 doses de 3mg/kg d'infliximab.

Le patient est réfractaire au :

• Méthotrexate : traitement hebdomadaire total de 20 mg ou plus par voie orale (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines. ET

• Méthotrexate : traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

PLUS

• Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines

PLUS

• Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU

• Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois OU

• Azathioprine : 2-3 mg/kg/jour pendant 3 mois

PLUS une des associations suivantes :

• Méthotrexate avec cyclosporine (essai minimum de 4 mois avec l'association des deux médicaments) OU

• Méthotrexate avec hydroxychloroquine et sulfasalazine (essai minimum de 4 mois avec la trithérapie) OU

• Méthotrexate avec des sels d'or (essai minimum de 12 semaines) OU

• Méthotrexate avec léflunomide (essai minimum de 8 semaines) OU

• Patients qui ne tolèrent pas le méthotrexate ou présentent des contre-indications à l'utilisation de ce médicament et qui sont réfractaires à une association d'au moins 2 antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM).

PLUS

Étanercept or Adalimumab: essai minimum de 12 semaines

CRITÈRES POUR LE PROLONGEMENT DE LA COUVERTURE DE L'INFLIXIMAB AU DELÀ DE DOUZE SEMAINES

Le patient satisfait à tous les critères suivants :

- Prescription initiale par un rhumatologue

• Échec thérapeutique antérieur par l'étanercept ou adalimumab

• La patient a été évalué entre huit et douze semaines après le début du traitement par l'infliximab et satisfait aux critères de réaction suivants :

réduction > 20 % du nombre d'articulations douloureuses et enflées PLUS

amélioration > 20 % dans l'échelle d'appreciation globale du médecin PLUS/des 2 critères suivants

amélioration > 20 % dans l'échelle d'appreciation globale du patient, OU

réduction > 20 % dans la phase aiguë mesurée par la VS ou le dosage de la protéine C-réactive.

DEMANDE DE COUVERTURE INITIALE DE L'INFLIXIMAB POUR LA MALADIE DE CROHN AVEC FISTULISATION

La couverture initiale permettra l'administration de 3 doses de 5mg/kg/dose à 0, 2 et 6 semaines. Pour que la couverture soit prolongée, le patient doit être réévalué après les doses initiales.

- L'infliximab est prescrit par un gastro entérologue.

• Le patient est un adulte qui présente une ou des fistules périanales ou entérocutanées avec écoulement actif qui persistent ou sont réapparues malgré :

1. un cycle d'antibiothérapie adéquat (p. ex. ciprofloxacine avec ou sans métronidazole pendant au moins 3 semaines)

PLUS

2.un traitement immunodépresseur :

• azathioprine à raison de 2 à 2,5mg/kg/jour pendant au moins 6 semaines ou traitement interrompu avant 6 semaines en raison d'effets indésirables graves. OU

• 6-mercaptopurine à raison de 50 à 70 mg/jour pendant au moins 6 semaines ou traitement interrompu avant 6 semaines en raison d'effets indésirables graves. OU

• Autre.

DEMANDE DE COUVERTURE INITIALE DE L'INFLIXIMAB POUR DES POUSSÉES ÉVOLUTIVES DES FORMES GRAVES DE LA MALADIE DE CROHN

La couverture initiale permettra l'administration de 3 doses de 5 mg/kg/dose à 0, 2 et 6 semaines. Pour que la couverture soit prolongée, le patient doit être réévalué après les doses initiales.

- L'infliximab est prescrit par un gastro entérologue.

• Le patient est un adulte qui présente des poussées évolutives des formes graves de la maladie de Crohn qui persiste ou est réapparue malgré

1. Traitement par 5 ASA (au moins 3g/jour pendant au moins 6 semaines).

PLUS

2. Glucocorticoïdes équivalents à la prednisone, à raison de 40 mg/jour pendant au moins 2 semaines.

OU traitement interrompu en raison d'effets indésirables graves.

OU Contre indication au traitement par glucocorticoïdes.

PLUS

3. Azathioprine à raison de 2 à 2,5 mg/kg/jour pendant au moins 3 mois. OU

6-mercaptopurine à raison de 50 à 70 mg/jour pendant au moins 3 mois. OU

Méthotrexate à raison de 15 à 25 mg/semaine pendant au moins 3 mois.

100mg/Vial Injection

02244016 REMICADE

CEN

92:36.00**LÉFLUNOMIDE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde chez des patients pour qui:

- a. a échoué un traitement avec méthotrexate: traitement hebdomadaire (PO, S.C. ou I.M) de 20mg ou plus (15mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.
- b. le méthotrexate est contre-indiqué ou n'a pu être toléré.

10mg Comprimé

02256495	APO-LEFLUNOMIDE	APX
02241888	ARAVA	SAC
02351668	LEFLUNOMIDE	SAN
02319225	MYLAN-LEFLUNOMIDE	MYL
02261251	NOVO-LEFLUNOMIDE	TEV
02288265	PMS-LEFLUNOMIDE	PMS
02283964	SANDOZ LEFLUNOMIDE	SDZ

20mg Comprimé

02256509	APO-LEFLUNOMIDE	APX
02241889	ARAVA	SAC
02351676	LEFLUNOMIDE	SAN
02319233	MYLAN-LEFLUNOMIDE	MYL
02261278	NOVO-LEFLUNOMIDE	TEV
02288273	PMS-LEFLUNOMIDE	PMS
02283972	SANDOZ LEFLUNOMIDE	SDZ

TOCILIZUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérée à grave qui n'ont pas répondu à un traitement adéquat par un anti-TNF. Précisez le nom de l'anti-TNF

a. Le médicament est prescrit par un rhumatologue.

- b. Le patient a subi un test cutané à la tuberculine.

Le traitement au tocilizumab devrait être associé au méthotrexate ou à un autre ARMM. Le tocilizumab ne doit pas être employé en association avec un anti-TNF.

80mg/4ml Injection

02350092	ACTEMRA	HLR
----------	---------	-----

200mg/10ml Injection

02350106	ACTEMRA	HLR
----------	---------	-----

400mg/20ml Injection

02350114	ACTEMRA	HLR
----------	---------	-----

92:44.00**CYCLOSPORINE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

10mg Capsule

02237671	NEORAL	NVR
----------	--------	-----

25mg Capsule

02150689	NEORAL	NVR
02247073	SANDOZ-CYCLOSPORINE	SDZ

50mg Capsule

02150662	NEORAL	NVR
02247074	SANDOZ-CYCLOSPORINE	SDZ

100mg Capsule

02150670	NEORAL	NVR
02242821	SANDOZ-CYCLOSPORINE	SDZ

100mg/mL Solution

02150697	NEORAL	NVR
----------	--------	-----

92:44.00**MOFÉTILMYCOPHÉNOLATE**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

250mg Capsule

02192748 CELLCEPT

HLR

500mg Comprimé

02237484 CELLCEPT

HLR

MYCOPHÉNOLATE SODIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

180mg Comprimé entérosoluble

02264560 MYFORTIC

NVR

360mg Comprimé entérosoluble

02264579 MYFORTIC

NVR

SIROLIMUS

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de deuxième intention chez les patients qui n'ont pas obtenu un résultat adéquat avec le mofétilmycophénolate.

1mg Comprimé

02247111 RAPAMUNE

WAY

1mg/mL Liquide orale

02243237 RAPAMUNE

WAY

TACROLIMUS

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

0.5mg Capsule

02243144 PROGRAF

AST

1mg Capsule

02175991 PROGRAF

AST

5mg Capsule

02175983 PROGRAF

AST

0.5mg Capsule à action prolongée

02296462 ADVAGRAF

AST

1mg Capsule à action prolongée

02296470 ADVAGRAF

AST

3mg Capsule à action prolongée

02331667 ADVAGRAF

AST

5mg Capsule à action prolongée

02296489 ADVAGRAF

AST

5mg/mL Injection

02176009 PROGRAF

AST

92:92.00**CLOSTRIDIUM BOTULINUM NEUROTOXIN**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour:

- a.- traitement du strabisme et le blépharospasme associé à la dystonie, y compris le blépharospasme essentiel bénin ou les troubles du nerf VII chez les patients âgés de 12 ans et plus ou
- b.- traitement de la dystonie cervicale (torticollis spastique)

100U/vial Injection

02324032 XEOMIN

MEZ

92:92.00**TOXINE BOTULINIQUE DE TYPE A**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement:

- a. - du strabisme et le blépharospasme associés à la dystonie, y compris le blépharospasme essentiel bénin ou les troubles du nerf VII chez les patients âgés de 12 ans et plus.
- B. - de la dystonie cervicale (torticollis spastique).

100IU Injection

01981501 BOTOX

ALL

Annexe A
Médicaments à usage restreint et critères

Services de santé non assurés

	Page		Page		Page
ABATACEPT	25	BRIMONIDINE (TARTRATE DE) (ALPHAGAN P)	16	DONEPEZIL (CHLORHYDRATE DE)	7
ABILITY	18	BUPRENORPHINE	17	DOSTINEX	19
ACAMPROSATE CALCIQUE	19	HCL/NALOXONE HCL		DULOXETINE (CHLORHYDRATE DE)	14
ACCEL PIOGLITAZONE	22	BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (WELLBUTRIN)	14	DURAGESIC MAT	12
ACCOLATE	15	BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (ZYBAN)	14	DUTASTÉRIDE	28
ACLASTA	33	BUPROPION SR	17	ÉFAVIRENZ, EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	2
ACTEMRA	39	CABERGOLINE	19	ELIDEL	23
ACTIONEL	32	CALCITONINE SAUMON (MIACALCIN)	23	EMEND	17
ACTOS	22	CAMPRAL	19	EMEND TRI PACK	17
ADALIMUMAB	26	CARNITOR	15	EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	3
ADCIRCA	13	CARNITOR IV	15	ENABLEX	23
ADEFEOVIR DIPIVOXIL	5	CELEBREX	11	ENBREL	29
ADVAGRAF	33	CÉLÉCOXIB	11	ENBREL SURECLICK	29
ADVAIR	9	CELLCEPT	32	ENBREL SURECLICK (QC)	36
ADVAIR DISKUS 100	9	CELSENTRI	3	ENTÉCAVIR	5
ADVAIR DISKUS 250	9	CENTRUM JUNIOR COMPLETE	24	ERLOTINIB (CHLOROHYDRATE D')	5
ADVAIR DISKUS 500	10	CENTRUM MATERNA	25	ÉTANERCEPT	29
AGGRENOX	11	CHAMPIX	10	ETHINYL ESTRADIOL, ETONOGESTREL	21
ALENDRONATE	32	CHAMPIX STARTER PACK	10	ETRAVIRINE	3
ALENDRONATE SODIQUE	27	CIPRO HC	16	EVISTA	21
ALENDRONATE SODIQUE, VITAMINE D3	27	CIPRODEX	16	EXELON	8
ALENDRONATE SODIQUE, VITAMINE D3	28	CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE), DEXAMÉTHASONE	16	ÉZÉTIMIBE	11
ALENDRONATE-70	27	CIPROFLOXACINE	16	EZETROL	11
ALPHAGAN P	16	CLOPIDROGREL (BISULFATE DE)	11	FEBUXOSTAT	31
AMBRISENTAN	14	CLOSTRIDIUM BOTULINUM	28	FENTANYL	12
APO-ALENDRONATE	27	NEUROTOXIN		FINASTERIDE	31
APO-BENZYDAMINE	16	CO ALENDRONATE	27	FINASTÉRIDE	30
APO-BRIMONIDINE P	16	CO CABERGOLINE	19	FLINTSTONES EXTRA C	24
APO-CALCITONIN	23	CO FINASTERIDE	31	FORADIL	9
APO-CYCLOBENZAPRINE	10	CO LEVETIRACETAM	14	FORMOTÉROL (FUMARATE DE)	9
APO-FINASTERIDE	31	CO PANTOPRAZOLE	20	FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ)	9
APO-LANSOPRAZOLE	17	CO PIOGLITAZONE	22	FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), BUDÉSONIDE	9
APO-LEFLUNOMIDE	32	CODEINE CONTIN CR	12	FOSAMAX	27
APO-LEVETIRACETAM	14	CODÉINE MONOHYDRATE, CODÉINE SULFATE TRIHYDRATE	12	FOSAVANCE	27
APO-LEVOFLOXACIN	1	CO-LEVOFLOXACIN	1	GALANTAMINE	7
APO-METHYLPHENIDATE ER	19	CONCERTA	19	GEN-ALENDRONATE	27
APO-MINOCYCLINE	1	CYCLOBENZAPRINE	10	GEN-CYCLOPRINE	10
APO-MONTELUKAST	20	CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE)	10	GEN-LEFLUNOMIDE	32
APO-OMEPRAZOLE	19	CYCLOSPORINE	28	GEN-LEVOFLOXACIN	1
APO-PANTOPRAZOLE	20	CYMBALTA	14	GEN-OMEPRAZOLE	19
APO-PIOGLITAZONE	22	DARIFENACIN HYDROBROMIDE	23	GEN-PANTOPRAZOLE	20
APO-RALOXIFENE	21	DEMEROL	13	GEN-PIOGLITAZONE	22
APO-RISEDRONATE	33	DENOSUMAB	33	GEN-TIZANIDINE	10
APO-RIVASTIGMINE	8	DETROL	24	GLEEVEC	5
APO-TIZANIDINE	10	DETROL LA	24	GOLIMUMAB	30
APREPITANT	17	DIPYRIDAMOLE, ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE	11	GOMME À MÂCHER NICOTINE	11
APTIVUS	3	DOM-ALENDRONATE	32	HABITROL	11
ARAVA	32	DOM-BENZYDAMINE	16	HEPSERA	5
ARICEPT	7	DOM-CYCLOBENZAPRINE	10	HUMIRA	27
ARIPIPRAZOLE	18	DOM-LEVOFLOXACIN	1	HUMIRA PEN	27
ATRIPLA	2	DOM-MINOCYCLINE	1	HUMIRA PRE-FILL	27
AVANDIA	23	DOM-PIOGLITAZONE	22	HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D')	13
AVODART	28	DOM-RISEDRONATE	33	IMATINIB (MÉSYLATE D')	5
BARACLUDA	5			INFANTOL	24
BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)	16				
BENZYDAMINE CHL	16				
BISACODYL (BASE DE POLYÉTHYLÈNE GLYCOL)	17				
BOSENTAN	14				
BOTOX	33				

Annexe A
Médicaments à usage restreint et critères

Services de santé non assurés

	Page		Page		Page
INFILXIMAB	31	NEO-TINIC	25	PIMÉCROLIMUS	23
INTELENCE	3	NEULASTA	11	PIOGLITAZONE	22
ISENTRESS	3	NICODERM	12	(CHLORHYDRATE DE)	
JAMP-MULTIVITAMINE A/D/C DROPS	25	NICORETTE	11	PIOGLITAZONE CHL	22
JANUMET	27	NICORETTE LOZENGE	11	PLAVIX	11
JANUVIA	27	NICORETTE PLUS	11	PMS-ALENDRONATE	27
KEPPRA	14	NICOTINE (GOMME À MÂCHER)	11	PMS-ALENDRONATE FC	27
LANSOPRAZOLE	17	NICOTINE (INHALATEUR)	11	PMS-BENZYDAMINE	16
LANSOPRAZOLE	22	NICOTINE (PASTILLE)	11	PMS-BUPROPION SR	14
LANSOPRAZOLE ODT	18	NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)	11	PMS-CYCLOBENZAPRINE	10
LEFLUNOMIDE	39	NICOTROL TRANSDERMAL	12	PMS-FENTANYL MTX	12
LÉFLUNOMIDE	32	NOVO-ALENDRONATE	27	PMS-FINASTERIDE	30
LEVAQUIN	1	NOVO-BENZYDAMINE	16	PMS-LEFLUNOMIDE	32
LEVETIRACETAM	17	NOVO-CYCLOPRINE	10	PMS-LEVETIRACETAM	14
LÉVÉTIRACÉTAM	14	NOVO-FENTANYL	12	PMS-LEVOFLOXACIN	1
LÉVOCARNITINE	15	NOVO-FINASTERIDE	30	PMS-MINOCYCLINE	1
LEVOFLOXACIN	1	NOVO-LANSOPRAZOLE	17	PMS-MONOCYCLINE	2
LEVOFLOXACINE	1	NOVO-LEFLUNOMIDE	32	PMS-MONTELUKAST	20
LINÉZOLIDE	2	NOVO-LEVOFLOXACIN	1	PMS-OMEPRAZOLE	19
LOSEC	18	NOVO-METHYLPHENIDATE ER	19	PMS-PANTOPRAZOLE	20
MAGIC BULLET	17	NOVO-MINOCYCLINE	1	PMS-PIOGLITAZONE	22
MARAVIROC	3	NOVO-PANTOPRAZOLE	20	PMS-RABEPRAZOLE	21
MED-MINOCYCLINE	1	NOVO-PIOGLITAZONE	22	PMS-RALOXIFENE	27
MÉPÉRIDINE (CHLORHYDRATE DE)	13	NOVO-RABEPRAZOLE	21	PMS-RISEDRONATE	33
METADOL	16	NOVO-RALOXIFENE	21	PMS-RIVASTIGMINE	8
MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)	16	NOVO-RISEDRONATE	32	POLY-VI-SOL	24
METHADONE	16	NOVO-RIVASTIGMINE	8	PRENATAL & POSTPARTUM	25
POUDRE(DOULEUR)		NU-CYCLOBENZAPRINE	10	PRENATAL AND POSTPARTUM	25
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	19	NUVARING	21	PRENATAL VITAMINS ET MINERALS	25
MIACALCIN	23	OMEPRAZOLE	24	PREVACID	17
MINOCIN	1	OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEN (AP)	18	PREVACID FASTAB	18
MINOCYCLINE	2	OMÉPRAZOLE, OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEN (SANS AP)	19	PROGRAF	33
MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)	1	ORENCIA	25	PRO-LEVETIRACETAM	17
MINT-PIOGLITAZONE	22	OXEZE TURBUHALER	9	PROLIA PRE-FILLED SYR	33
MINT-PIOGLITAZONE 45MG COMP	22	OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')	13	PROLIA VIAL	33
MOFÉTILMYCOPHÉNOLATE	32	OXYCONTIN	13	PRO-PIOGLITAZONE	22
MONTELUKAST	20	PANTOLOC	20	PRO-RABEPRAZOLE	21
MONTÉLUKAST	15	PANTOPRAZOLE	20	PROSCAR	30
MULTI-PRE AND POST NATAL	25	PANTOPRAZOLE MAGNESIUM	20	PROTOPIC	23
MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES	24	PANTOPRAZOLE SODIQUE	20	RABEPRAZOLE EC	26
MULTIVITAMINES PRÉNATALES	25	PARIET EC	21	RABÉPRAZOLE SODIQUE	21
MULTI-VITAMINS ENFANT	24	PAT-GALANTAMINE ER	7	RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)	21
MYCOPHÉNOLATE SODIQUE	32	PDL-MINOCYCLINE	1	RALTEGRAVIR	3
MYFORTIC	32	PEGASYS	4	RAN-FENTANYL	12
MYLAN-ALENDRONATE	32	PEGASYS RBV	4	RAN-FENTANYL MATRIX	12
MYLAN-CYCLOPRINE	10	PEGETRON	4	RAN-FENTANYL MATRIX PATCH	12
MYLAN-FINASTERIDE	31	PEGETRON REDIPEN	4	RAN-PANTOPRAZOLE	20
MYLAN-GALANTAMINE ER	7	PEGFILGRASTIM	11	RAN-RABEPRAZOLE	21
MYLAN-LANSOPRAZOLE	22	PEGINTERFÉRON ALFA-2A	4	RAPAMUNE	33
MYLAN-LEFLUNOMIDE	39	PEGINTERFÉRON ALFA-2A, RIBAVIRINE	4	RATIO-ALENDRONATE	27
MYLAN-MINOCYCLINE	2	PEGINTERFÉRON ALFA-2B	4	RATIO-BENZYDAMINE	16
MYLAN-MONTELUKAST	20	PEGINTERFÉRON ALFA-2B, RIBAVIRINE	4	RATIO-BUPROPION	14
MYLAN-OMEPRAZOLE	19	PHL-ALENDRONATE	27	RATIO-CYCLOBENZAPRINE	10
MYLAN-PANTOPRAZOLE	25	PHL-CYCLOBENZAPRINE	10	RATIO-FENTANYL	12
MYLAN-PIOGLITAZONE	27	PHL-LEVOFLOXACIN	1	RATIO-FINASTERIDE	30
MYLAN-RISEDRONATE	33	PHL-PANTOPRAZOLE	20	RATIO-MINOCYCLINE	1
MYLAN-RIVASTIGMINE	8	PHL-PIOGLITAZONE 15MG COMP	22	RATIO-OMEPRAZOLE	18
MYLAN-TIZANIDINE	10	PHL-PIOGLITAZONE 30MG COMP	22	RATIO-PANTOPRAZOLE	20
NEORAL	28	PHL-PIOGLITAZONE 45MG COMP	22	RATIO-PIOGLITAZONE	22
				RATIO-RIVASTIGMINE	8
				RATIO-SILDENAFIL R	13

Annexe A
Médicaments à usage restreint et critères

Services de santé non assurés

	Page		Page	Page
REMICADE	31	TÉMOZOLOMIDE	6	
REMINYL ER	7	TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	3	
REVATIO	13	TEVA-ALENDRONATE	32	
RISEDRONATE	33	TEVA-BENZYDAMINE	21	
RISÉDRONATE SODIQUE	32	TEVA-CYCLOPRINE	10	
RITUXAN	6	TEVA-MONTELUKAST	20	
RITUXIMAB	6	THRIVE	11	
RIVA-ALENDRONATE	27	TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)	8	
RIVA-CYCLOBENZAPRINE	10	TIPRANAVIR	3	
RIVA-MINOCYCLINE	1	TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)	10	
RIVA-PANTOPRAZOLE	20	TOCILIZUMAB	39	
RIVA-RABEPRAZOLE	21	TOLTÉRODINE	24	
RIVA-RABEPRAZOLE EC	26	TOXINE BOTULINIQUE DE TYPE A	33	
RIVA-RISEDRONATE	33	TRACLEER	14	
RIVAROXABAN	12	TROSEC	24	
RIVASTIGMINE	8	TROSPiUM CHLORIDE	24	
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)	23	TRUVADA	3	
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)	9	ULORIC	31	
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE), FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	9	UNITRON PEG	4	
SANDOZ ALENDRONATE	27	USTEKINUMAB	31	
SANDOZ FENTANYL	12	VARENICLINE	10	
SANDOZ FENTANYL SYSTEME	13	VERTÉPORFINE	16	
TRANSDERMIQUE		VESICARE	24	
SANDOZ FINASTERIDE	30	VFEND	2	
SANDOZ LEFLUNOMIDE	32	VIREAD	3	
SANDOZ LEVOFLOXACIN	1	VISUDYNE	16	
SANDOZ MONTELUKAST	20	VITAMINE A, CHOLÉCALCIFÉROL, ACIDE ASCORBIQUE	25	
SANDOZ OMEPRAZOLE	19	VOLIBRIS	14	
SANDOZ PIOGLITAZONE	22	VORICONAZOLE	2	
SANDOZ RISEDRONATE	33	WELLBUTRIN SR	14	
SANDOZ RIVASTIGMINE	8	WELLBUTRIN XL	14	
SANDOZ-BUPROPION SR	14	XARELTO	12	
SANDOZ-CALCITONIN	23	XEOMIN	28	
SANDOZ-CYCLOSPORINE	28	ZAFIRLUKAST	15	
SANDOZ-MINOCYCLINE	1	ZANAFLEX	10	
SANDOZ-MONTELUKAST	20	ZELDOX	18	
SANDOZ-PANTOPRAZOLE	20	ZIPRASIDONE MONOHYDRATÉ (CHLORHYDRATE DE)	18	
SANDOZ-RABEPRAZOLE	21	ZOLEDRONIC ACID	33	
SEREVENT DISKHALER	9	ZYBAN	18	
SEREVENT DISKUS	9	ZYBAN SR	14	
SILDENAFIL CITRATE	13	ZYM-ALENDRONATE	27	
SIMPONI AUTO INJECTOR	30	ZYM-PIOGLITAZONE	22	
SIMPONI PRE-FILLED SYRINGE	30	ZYVOXAM	2	
SINGULAIR	15			
SIROLIMUS	33			
SITAGLIPTIN	27			
SITAGLIPTIN/METFORMIN	27			
SOLIFENACIN SUCCINATE	24			
SPIRIVA	8			
STELARA	31			
SUBOXONE	17			
SUBOXONE D'ENTRETIEN	17			
SUNITINIB (MALATE DE)	6			
SUTENT	6			
SYMBICORT 100 TURBUHALER	9			
SYMBICORT 200 TURBUHALER	9			
TACROLIMUS	33			
TACROLIMUS (PROTOPIC)	23			
TADALAFIL	13			
TARCEVA	5			
TECTA	20			
TEMODAL	6			

ANNEXE B

LISTE SPÉCIALE DE MÉDICAMENTS POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique

La liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique est une liste des médicaments particuliers (par exemple: darbépoétine alfa, composés de calcium, multivitamines hydrosolubles et certains suppléments nutritifs spécialement formulés pour les patients qui ont des problèmes rénaux) qui font l'objet d'une prestation pour les patients des SSNA qui souffrent d'insuffisance rénale chronique.

Ces médicaments sont couverts en plus des autres médicaments de la liste générale de médicaments des SSNA.

**20:00 FORMATION ET COAGULATION
SANGUINE ET THROMBOSE****20:16.00 HÉMATOPOÏTIQUES****DARBEPOETIN ALFA**

25mcg/mL Injection		
02246354 ARANESP	AMG	
40mcg/mL Injection		
02246355 ARANESP	AMG	
100mcg/mL Injection		
02246357 ARANESP	AMG	
200mcg/mL Injection		
02246358 ARANESP	AMG	
500mcg/mL Injection		
02246360 ARANESP	AMG	

ÉPOÉTINE ALFA

20,000IU/mL Injection		
02206072 EPREX	JNO	
20000IU/0.5mL Injection		
02243239 EPREX	JNO	
5,000IU/mL Injection		
02243400 EPREX	JNO	
30000IU/0.75mL Injection		
02288680 EPREX	JNO	
1,000IU/0.5mL Seringue préremplie		
02231583 EPREX	JNO	
2,000IU/0.5mL Seringue préremplie		
02231584 EPREX	JNO	
3,000IU/0.3mL Seringue préremplie		
02231585 EPREX	JNO	
4,000IU/0.4mL Seringue préremplie		
02231586 EPREX	JNO	
6,000IU/0.6mL Seringue préremplie		
02243401 EPREX	JNO	
8,000IU/0.8mL Seringue préremplie		
02243403 EPREX	JNO	
10,000IU/mL Seringue préremplie		
02231587 EPREX	JNO	
40,000IU/mL Seringue préremplie		
02240722 EPREX	JNO	

40:00 ÉLECTROLYTES-DIURÉTIQUES**40:08.00 ALCALINISANTS****SODIUM (BICARBONATE DE)**

500mg Comprimé		
00392839 SANDOX SOD BICARBONATE	SDZ	

40:12.00 AGENTS DE SUPPLÉANCE**CALCIUM (CALCIUM GLUCONOLACTATE,
CALCIUM CARBONATE)**

300mg & 2940mg Comprimé effervescent		
02232482 CALCIUM SANDOZ	NVC	
1750mg & 2327mg Comprimé effervescent		
02232483 GRAMCAL	NVC	

CALCIUM (CARBONATE DE)

500mg Capsule		
00648353 CALSAN	NVC	
250mg Comprimé		
00682047 APO-CAL 250	APX	
00645958 CALCIUM	TEV	
500mg Comprimé à croquer		
00705373 CALCIUM	WAM	
00648345 CALSAN	NVC	

CALCIUM (CITRATE DE)

300mg Comprimé		
02231833 CALCIUM CITRATE	WNP	

PHOSPHORUS

500mg Comprimé effervescent		
00225819 PHOSPHATE-NOVARTIS	NVR	

ZINC GLUCONATE

50mg Comprimé		
00503169 ZINC	VTH	
00505463 ZINC	JAM	

Liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique

La liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique est une liste des médicaments particuliers (par exemple: darbépoétine alfa, composés de calcium, multivitamines hydrosolubles et certains suppléments nutritifs spécialement formulés pour les patients qui ont des problèmes rénaux) qui font l'objet d'une prestation pour les patients des SSNA qui souffrent d'insuffisance rénale chronique.

Ces médicaments sont couverts en plus des autres médicaments de la liste générale de médicaments des SSNA.

40:18.19 AGENTS ÉCHANGEURS DE PHOSPHATE**SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)**

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

a. - Concentrations élevées de phosphore OU de produit phosphocalcique malgré la réduction de l'apport en phosphate dans l'alimentation et l'utilisation de liants calciques du phosphate (les hausses de courte durée devraient être traitées avec des liants alumineux).

B. - Concentrations élevées de calcium malgré l'abandon du liant calcique, et analogues de la vitamine D et/ou modification du dialysat de calcium.

C. - Ostéopathie adynamique, concentrations insuffisantes de parathormone (< 100 pg/ml ou 0.9 pmol/L) et concentrations normales ou élevées de calcium.

800mg Comprimé

02244310 RENAGEL

GEE

56:00 GASTRO-INTESTINAUX**56:04.00 ANTIACIDES ET ADSORBANTS****ALUMINIUM (HYDROXYDE D')****500mg Capsule**

02135620 BASALJEL

AXC

600mg Comprimé

02124971 AMPHOJEL

AXC

60mg/mL Liquide

00572527 ALUGEL

ATL

64mg/mL Liquide

02125862 AMPHOJEL

AXC

CALCIUM (CARBONATE DE)**500mg Comprimé**

01970240 TUMS

GSK

750mg Comprimé

01967932 TUMS EXTRA STRENGTH

GSK

1000mg Comprimé

02151138 TUMS ULTRA STRENGTH

GSK

88:00 VITAMINES**88:12.00 VITAMINE C****VITAMIN B COMPLEX****Comprimé**

00123803 B COMPLEX PLUS C

JAM

VITAMIN B COMPLEX WITH VITAMIN C**Comprimé**

02245391 DIAMINE

EUR

88:28.00 MULTIVITAMINES**MULTIVITAMINES****Comprimé**

02244872 REPLAVITE

WNP

80007498 REPLAVITE

WNP

00558796 STRESS PLEX C

JAM

96:00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES**96:00.00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES****NUTRITIONAL SUPPLEMENT****Liquide**

09854258 NOVASOURCE RENAL

NES

Liquide

09853723 NEPRO

ABB

00907995 NOVASOURCE

NVR

09853731 SUPLENA

ABB

235mL Liquide

99002639 NEPRO

ABB

99002647 SUPLENA

ABB

Poudre

09991056 RESOURCE BENEPROTEIN

NVR

	Page
ALUGEL	2
ALUMINIUM (HYDROXYDE D')	2
AMPHOJEL	2
APO-CAL 250	1
ARANESP	1
B COMPLEX PLUS C	2
BASALJEL	2
CALCIUM	1
CALCIUM (CALCIUM GLUCONOLACTATE, CALCIUM CARBONATE)	1
CALCIUM (CARBONATE DE)	1
CALCIUM (CITRATE DE)	1
CALCIUM CITRATE	1
CALCIUM SANDOZ	1
CALSAN	1
DARBEPETOIN ALFA	1
DIAMINE	2
ÉPOÉTINE ALFA	1
EPREX	1
GRAMCAL	1
MULTIVITAMINES	2
NEPRO	2
NOVASOURCE	2
NOVASOURCE RENAL	2
NUTRITIONAL SUPPLEMENT	2
PHOSPHATE-NOVARTIS	1
PHOSPHORUS	1
RENAGEL	2
REPLAVITE	2
RESOURCE BENEPROTEIN	2
SANDOX SOD BICARBONATE	1
SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)	2
SODIUM (BICARBONATE DE)	1
STRESS PLEX C	2
SUPLENA	2
TUMS	2
TUMS EXTRA STRENGTH	2
TUMS ULTRA STRENGTH	2
VITAMIN B COMPLEX	2
VITAMIN B COMPLEX WITH VITAMIN C	2
ZINC	1
ZINC GLUCONATE	1

ANNEXE C

LISTE DE MÉDICAMENTS POUR SOINS PALLIATIFS

Dès le 1er avril 2009, les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie seront admissibles à une nouvelle liste de médicaments qui jusqu'à présent n'étaient pas remboursés par le Programme des SSNA. Cette liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Les demandes pour les DINs ci-dessous génèreront un questionnaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au médecin. Une fois le questionnaire complété et retourné, le bénéficiaire sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs selon les critères suivants:

Le bénéficiaire:

1. ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou dans un centre de soins prolongés financé par un gouvernement provincial et
2. a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six mois ou moins

Après avoir été approuvé, le bénéficiaire sera admissible à la liste de médicaments pour soins palliatifs pour une période de six mois sans besoin d'autre autorisation préalable. Si la couverture doit se prolonger au-delà de six mois, une période de six mois supplémentaire pourra être autorisée suivant la réception d'un autre questionnaire complété pour demande de soins palliatifs.

Veuillez prendre note que pendant les six mois de la couverture, un maximum d'approvisionnement de 30 jours sera remboursé à la fois.

12:00 MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES

ATROPINE (SULFATE D')

0.4mg/mL Injection

00392782	ATROPINE SULFATE	SDZ
00497231	ATROPINE SULFATE	ABB
00960624	ATROPINE SULFATE	SDZ

0.6mg/mL Injection

00012076	ATROPINE SULFATE	GSK
00392693	ATROPINE SULFATE	SDZ
00497258	ATROPINE SULFATE	ABB

GLYCOPYRROLATE

0.2mg/mL Injection

02039508	GLYCOPYRROLATE	SDZ
----------	----------------	-----

HYOSCINE (BUTYLBROMIDE DE)

20mg/mL Injection

00363839	BUSCOPAN	BOE
02229868	HYOSCINE	SDZ

SCOPOLAMINE (HYDROBROMIDE DE)

0.4mg/mL Injection

00541869	SCOPOLAMINE	ABB
----------	-------------	-----

0.6mg/mL Injection

00541877	SCOPOLAMINE	ABB
----------	-------------	-----

28:00 MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS FENTANYL

12mcg Timbre cutané

02311925	RATIO-FENTANYL SYSTEME TRANSDERMIQUE	RPH
02327112	SANDOZ FENTANYL 12MCG/HR PATCH	SDZ

12mcg/h Timbre cutané

02341379	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330105	RAN-FENTANYL MATRIX PATCH 12	RYB

25mcg Timbre cutané

02330113	RAN-FENTANYL MATRIX PATCH 25	RYB
02282941	RATIO-FENTANYL SYSTEME TRANSDERMIQUE	RPH
02327120	SANDOZ FENTANYL	SDZ

25mcg/h Timbre cutané

02275813	DURAGESIC MAT 25MCG/HR PATCH	JNO
02314630	NOVO-FENTANYL 25MCG PATCH	TEV

02341387 PMS-FENTANYL MTX

02341387	PMS-FENTANYL MTX	PMS
----------	------------------	-----

50mcg Timbre cutané

02330121	RAN-FENTANYL MATRIX PATCH 50	RYB
02282968	RATIO-FENTANYL SYSTEME TRANSDERMIQUE	RPH
02327147	SANDOZ FENTANYL 50MCG/HR PATCH	SDZ

Dès le 1er avril 2009, les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie seront admissibles à une nouvelle liste de médicaments qui jusqu'à présent n'étaient pas remboursés par le Programme des SSNA. Cette liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Les demandes pour les DINs ci-dessous génèreront un questionnaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au médecin. Une fois le questionnaire complété et retourné, le bénéficiaire sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs selon les critères suivants:

Le bénéficiaire:

1. ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou dans un centre de soins prolongés financé par un gouvernement provincial et
2. a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six mois ou moins

Après avoir été approuvé, le bénéficiaire sera admissible à la liste de médicaments pour soins palliatifs pour une période de six mois sans besoin d'autre autorisation préalable. Si la couverture doit se prolonger au-delà de six mois, une période de six mois supplémentaire pourra être autorisée suivant la réception d'un autre questionnaire complété pour demande de soins palliatifs.

Veuillez prendre note que pendant les six mois de la couverture, un maximum d'approvisionnement de 30 jours sera remboursé à la fois.

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

FENTANYL

50mcg/h Timbre cutané

02275821	DURAGESIC MAT 50MCG/HR PATCH	JNO
02314649	NOVO-FENTANYL 50MCG PATCH	TEV
02341395	PMS-FENTANYL MTX	PMS

75mcg Timbre cutané

02330148	RAN-FENTANYL MATRIX PATCH 75	RBY
02282976	RATIO-FENTANYL SYSTEME TRANSDERMIQUE	RPH
02327155	SANDOZ FENTANYL 75MCG/HR PATCH	SDZ

75mcg/h Timbre cutané

02275848	DURAGESIC MAT 75MCG/HR PATCH	JNO
02314657	NOVO-FENTANYL 75MCG PATCH	TEV
02341409	PMS-FENTANYL MTX	PMS

100mcg Timbre cutané

02282984	RATIO-FENTANYL 100MCG/HR PATCH	RPH
02327163	SANDOZ FENTANYL	SDZ

100mcg/h Timbre cutané

02275856	DURAGESIC MAT 100MCG/HR PATCH	JNO
02314665	NOVO-FENTANYL 100MCG PATCH	TEV
02341417	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330156	RAN-FENTANYL MATRIX PATCH 100	RBY

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

FENTANYL (CITRATE DE)

50mcg/mL Injection

00888346	FENTANYL CITRATE	HOS
02126648	FENTANYL CITRATE	HOS
02240434	FENTANYL CITRATE	SDZ

28:16.08 TRANQUILLISANTS

METHOTRIMEPRAZINE

25mg/mL Injection

01927698	NOZINAN	SAC
----------	---------	-----

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

DIAZEPAM

5mg/mL Injection

02065614	DIAZEMULS VL	ACG
00399728	DIAZEPAM	SDZ

LORAZÉPAM

4mg/mL Injection

02243278	LORAZEPAM	SDZ
----------	-----------	-----

MIDAZOLAM

1mg/mL Injection

02240285	MIDAZOLAM	SDZ
02242904	MIDAZOLAM	PPC
02243934	MIDAZOLAM	TEV

5mg/mL Injection

02240286	MIDAZOLAM	SDZ
02242905	MIDAZOLAM	PPC
02243935	MIDAZOLAM	TEV

Dès le 1er avril 2009, les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie seront admissibles à une nouvelle liste de médicaments qui jusqu'à présent n'étaient pas remboursés par le Programme des SSNA. Cette liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Les demandes pour les DINs ci-dessous génèreront un questionnaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au médecin. Une fois le questionnaire complété et retourné, le bénéficiaire sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs selon les critères suivants:

Le bénéficiaire:

1. ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou dans un centre de soins prolongés financé par un gouvernement provincial et
2. a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six mois ou moins

Après avoir été approuvé, le bénéficiaire sera admissible à la liste de médicaments pour soins palliatifs pour une période de six mois sans besoin d'autre autorisation préalable. Si la couverture doit se prolonger au-delà de six mois, une période de six mois supplémentaire pourra être autorisée suivant la réception d'un autre questionnaire complété pour demande de soins palliatifs.

Veuillez prendre note que pendant les six mois de la couverture, un maximum d'approvisionnement de 30 jours sera remboursé à la fois.

56:00 GASTRO-INTESTINAUX

56:32.00 AGENTS PROKINÉTIQUES

METOCLOPRAMIDE

5mg/mL Injection

02185431	METOCLOPRAMIDE	SDZ
02243563	METOCLOPRAMIDE OMEGA	OMG

56:92.00 GASTRO-INTESTINAUX DIVERS

METHYLNALTREXONE (BROMIDE DE)

20mg/mL Injection

02308215	RELISTOR	PFI
----------	----------	-----

ANNEXE D

LISTE DES FABRICANTS DES MÉDICAMENTS

Annexe D**Services de santé non assurés****Liste des fabricants des médicaments**

FAB	Nom du fabricant	FAB	Nom du fabricant
AAP	AA PHARMA INC.	BMS	BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA
ABB	LABORATORIES ABBOTT LIMITÉE	BOE	BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LIMITÉE
ACG	ACTAVIS GROUP PTC EHF	BPC	BIOVAIL PHARMACEUTICALS CANADA
ACN	ACTELION PHARMACEUTICALS LTD	BSH	BAUSCH & LOMB CANADA INCORPORÉ
ACP	ACCEL PHARMA INC	CDX	CANDERM PHARMA
ADA	ADAMS LABS LIMITÉE	CEN	CENTOCOR INCORPORÉ
ALC	ALCON CANADA INCORPORÉ	CIP	CIPHER PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
ALG	ALLERGOLOGISK LAB A/S	COB	COBALT PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
ALK	ALK ABELLO A/S	COP	COLGATE ORAL PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
ALL	ALLERGAN INCORPORÉ	CUV	CHAUVIN PHARMACEUTICALS LIMITÉE
AMG	AMGEN CANADA INCORPORÉ	CYX	CYTEX PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
APX	APOTEX INCORPORÉ	DCM	D & C MOBILITY
AST	ASTELLAS PHARMA CANADA INCORPORÉ	DDP	THE D DROPS COMPANY INCORPORÉ
ATL	LABORATORIE ATLAS INCORPORÉ	DER	LABORATORIES DERMIC CANADA INCORPORÉ
AUC	AUTO CONTROL	DKT	LABORATORIES DIOPTIC INCORPORÉ
AUR		DOR	LABORATORIES DORMER INCORPORÉ
AXC	AXCAN PHARMA INCORPORÉ	DPC	DOMINION PHARMACAL
AXL	LABORATORIE ALLEREX LIMITÉE	DPI	DOMREX PHARMA INC
AXX	AXXESS PHARMA INCORPORÉ	DPY	DRAXIS HEALTH INCORPORÉ
AZC	ASTRAZENECA CANADA INCORPORÉ	DSP	DISPENSA PHARM CANADA LIMITÉE
BAK	BAKER CUMMINS INCORPORÉ	DUI	DUCHESNAY INCORPORÉ
BAR	BARR PHARMACEUTICALS INCORPORÉ	EDM	ENDO CANADA INCORPORÉ
BAT	BAXTER CORPORATION	ELN	ELAN PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
BAX	BRAINTREE LABORATORIES INCORPORÉ	ERF	ERFA CANADA INCORPORÉ
BAY	BAYER INCORPORÉ, HEALTHCARE/DIAGNOSTICS	EUR	EURO-PHARM INTERNATIONAL CANADA INCORPORÉ
BCD	BAYER INCORPORÉ, CONSUMER CARE DIVISION	FEI	FERRING INCORPORÉ
BDH	BDH INCORPORÉ		
BEN	BENCARD ALLERGY LABORATORIES		
BEX	BERLEX CANADA INCORPORÉ		
BIO	BIONICHE PHARMA (CANADA) LIMITÉE		
BMI	BIOMED 2002 INCORPORÉ		

Annexe D**Services de santé non assurés****Liste des fabricants des médicaments**

FAB	Nom du fabricant	FAB	Nom du fabricant
FOU	FOURNIER PHARMA INCORPORÉ	LIL	ELI LILLY CANADA INCORPORÉ
FRS	MERCK FROSST CANADA LIMITÉE	LUD	LUNDBECK CANADA INCORPORÉ
GAC	GALDERMA CANADA INCORPORÉ	MAB	
GCL	GALEN CHEMICALS LIMITÉE	MAN	
GEE	GENZYME CANADA INCORPORÉ	MAR	
GIL	GILEAD SCIENCES INCORPORÉ	MAY	MAYNE PHARMA (CANADA) INCORPORÉ
GLE	GLENWOOD LABORATORIES CANADA LIMITÉE	MCA	MCARTHUR MEDICAL SALES INCORPORÉ
GMP		MCL	MCNEIL CONSUMER PRODUCTS COMPAGNIE
GSC		MDC	MEDICIS CANADA LIMITÉE
GSK	GLAXOSMITHKLINE INCORPORÉ	MDS	
HIL	HILL DERMACEUTICALS INCORPORÉ	MDT	MEDTRONIC OF CANADA LIMITÉE
HJS	H.J. SUTTON INDUSTRIES LIMITÉE	MEL	MELIAPHARM INC
HLR	HOFFMAN-LAROCHE LIMITÉE	MET	MEDICAL TEXTILES MARKETING INCORPORÉ
HOL	HOLLISTER LIMITÉE	MEZ	
HOR	CARTER-HORNER COMPAGNIE	MIN	MINT PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
HOS	HOSPIRA HEALTHCARE CORPORATION	MJO	MEAD JOHNSON CANADA INCORPORÉ
HPC	HEALTHPOINT CANADA ULC	MMH	3M PHARMACEUTICALS
HRA		MMT	
ICN	ICN CANADA LIMITÉE	MPD	MEDICAL PLASTIC DEVICES INCORPORÉ
IDE	INTERNATIONAL DERMATOLOGICALS INCORPORÉ	MSL	MEDIC SAVOURE LIMITÉE
IMX	IMMUNEX CORPORATION	MSP	MERCK FROSST / SCHERING PHARMA GP
IPS	IPSEN LIMITÉE	MTH	
IVX	IVAX PHARMACEUTICALS INCORPORÉ	MTI	MEDICAN TECHNOLOGIES INCORPORÉ
JAJ	JOHNSON & JOHNSON	MYL	
JAM	C.E. JAMIESON COMPAGNIE LIMITÉE	NCA	
JLF	J.L.FREEMAN	NEO	NÉOLAB INCORPORÉ
JMP	JAMP PHARMA COMPAGNIE	NOO	NOVO NORDISK CANADA INCORPORÉ
JNO	JANSSEN-ORTHO INCORPORÉ	NUR	NUTRICORP INTERNATIONAL
KEY	KEY PHARMACEUTICALS INCORPORÉ		
LAL	LABORATOIRE LALCO INCORPORÉ		
LEO	LEO PHARMA INCORPORÉ		

Annexe D**Services de santé non assurés****Liste des fabricants des médicaments**

FAB	Nom du fabricant	FAB	Nom du fabricant
NVC	NOVARTIS CONSUMER HEALTH CANADA INCORPORÉ	RWP	RW PACKAGING LIMITÉE
NVR	NOVARTIS PHARMACEUTICALS CANADA INCORPORÉ	SAC	SANOFI-AVENTIS CANADA
NXP	NU-PHARM INCORPORÉ	SAN	
NYC	NYCOMED CANADA INCORPORÉ	SCH	SCHERING CANADA INCORPORÉ
ODN	ODAN LABORATORIES LIMITÉE	SCN	SCHEIN PHARMACEUTICAL CANADA INCORPORÉ
OMG	OMEGA LABORATORIES LIMITÉE	SDR	STANLEY PHARMACEUTICALS LIMITÉE
OPT	OPTREX LABS LIMITÉE	SDZ	SANDOZ CANADA INCORPORÉ
ORG	ORGANON CANADA LIMITÉE	SEV	SERVIER CANADA INCORPORÉ
ORY	ORYX PHARMACEUTICALS INCORPORÉ	SHI	SHIRE CANADA INCORPORÉ
OVA	OVATION PHARMACEUTICALS INCORPORÉ	SHM	SHERWOOD INCORPORÉ
PAL	PALADIN LABS INCORPORÉ	SIG	SIGMA-TAU PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
PDL	PRO DOC LIMITÉE	SNE	SMITH & NEPHEW INCORPORÉ
PED	PENDOPHARM INCORPORÉ	SOR	SORRES PHARMA INC
PER	PERRIGO INTERNATIONAL	SPH	SOLVAY PHARMA INCORPORÉ
PFD	PROFESSIONAL DISPOSABLES	SQU	SQUIRE PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
PFI	PFIZER CANADA INCORPORÉ	STE	STERIMAX INCORPORÉ
PFR	PURDUE PHARMA	STG	
PGI	PROCTOR & GAMBLE INCORPORÉ	STI	STIEFEL CANADA INCORPORÉ
PGP	PROCTOR & GAMBLE PHARMACEUTICALS INCORPORÉ	SUN	
PHH	PHARMEL INCORPORÉ	SWS	SWISS HERBAL REMEDIES LIMITÉE
PMJ	PHARMACIA CANADA INCORPORÉ	TAK	
PMS	PHARMASCIENCE INCORPORÉ	TAN	TANTA PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
PMT	PHARMETICS INCORPORÉ	TAR	TARO PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
PPC		TEV	TEVA CANADA LIMITÉE
PRO	PROVAL PHARMA INCORPORÉ	TIP	
QLT	QLT INCORPORÉ	TRE	
RBP		TRI	TRIANON LABORATORIES INCORPORÉ
RIV	LABORATORIE RIVA INCORPORÉ	TRT	TRITON PHARMA INCORPORÉ
ROD	ROCHE DIAGNOSTICS	TRU	TRUDELL MEDICAL INTERNATIONALE
RPH	RATIOPHARM INCORPORÉ	TSN	
RVX	RIVEX PHARMA INCORPORÉ		

Annexe D**Services de santé non assurés****Liste des fabricants des médicaments**

FAB	Nom du fabricant	FAB	Nom du fabricant
UCB	UBC PHARMA INCORPORÉ		
UMI			
VAE	VALEANT CANADA LIMITÉE		
VAO	VALEO PHARMA INCORPORÉ		
VTH	VITA HEALTH PRODUCTS INCORPORÉ		
WAM	WAMPOLE INCORPORÉ		
WAT	WATSON LABORATORIES INCORPORÉ		
WAY	WYETH CANADA		
WCC	WOMEN'S CAPITAL CAMPAGNIE		
WCI	WARNER CHILCOTT COMPANY INCORPORÉ		
WEP	WE PHARMACEUTICALS		
WLA	WARNER-LAMBERT CONSUMER HEALTHCARE INCORPORÉ		
WNP	WN PHARMACEUTICALS LIMITÉE		
WPC	WELLSPRING PHARMACEUTICAL CANADA CAMPAGNIE		
WRI	WHITEHALL-ROBINS INCORPORÉ		
WSB	WESTWOOD SQUIBB INCORPORÉ		
WTR	WESTCAN PHARMACEUTICALS LIMITÉE		
XEN	XENEX LABS INCORPORÉ		
ZYM	ZYMCAN PHARMACEUTICALS		

ANNEXE E

LISTE D'EXCLUSIONS

Annexe E**Services de santé non assurés****Exclusions**

Certains produits ne sont pas considérés comme étant du ressort du programme. Ces produits ne seront pas remboursés comme prestations pharmaceutiques dans le cadre du Programme des SSNA. Ces produits sont les :

Agents anti-obésité;
Produits ménagers (savons et shampoings ordinaires);
Cosmétiques;
Produits utilisés en médecine parallèle, comme l'huile d'onagre et la glucosamine;
Mégavitamines;
Médicaments en cours d'expérimentation clinique;
Vaccinations liées aux voyages à l'étranger;
Stimulants de la pousse des cheveux;
Médicaments utilisés pour traiter l'infertilité ou l'impotence; certains produits en vente libre;
Préparations contre la toux contenant de la codéine;
Dalmane® , Somnol® et produits génériques (flurazepam);
DarvonMD et 642MD (propoxyphène);
Fiorinal®, Fiorinal® C½, Fiorinal® C½ et produits génériques (Aalgésiques contenant du butalbital avec ou sans codéine);
Librium®, Solium®, Medilium® et produits génériques (chlordiazepoxide);
Stadol MD NS et génériques (butorphanol, tartrate de, vaporisateur nasal); et
Tranxene® et produits génériques (clorazepate).
Imovane® and generics (zopiclone).

Les médicaments suivants ne seront pas remboursés par le Programme des SSNA, tel que recommandé par le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et le Comité consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT) du Programme des SSNA parce qu'il n'y a pas de preuves au niveau des données publiées que ces médicaments sont cliniquement efficaces comparativement aux autres thérapies sur le marché et justifiables quant à leur coût.

Nota: Le processus d'appel et la Politique d'approvisionnement d'urgence ne s'appliqueront pas aux médicaments suivants.

DIN	MFR	BRAND NAME
02248722	ALL	ACULAR LS 0.4% SOLUTION OPHTALMIQUE
02259052	AST	AMEVIVE 15MG/0.5ML POUDRE POUR SOLUTION
02247916	BAY	CIPRO XL 500MG COMPRIMÉ
02251787	BAY	CIPRO XL 1000MG COMPRIMÉ
02268507	BPC	GLUMETZA 1000MG COMPRIMÉ À EFFET PROLONGÉ
02268493	BPC	GLUMETZA 500MG COMPRIMÉ À EFFET PROLONGÉ
02248417	FEI	GYNAZOLE-1 VAG CREME 2%
02216167	SAC	IMOVANE 5MG COMPRIMÉ
01926799	SAC	IMOVANE 7.5MG COMPRIMÉ
02244521	AZC	NEXIUM 20MG SR COMPRIMÉ
02244522	AZC	NEXIUM 40MG SR COMPRIMÉ
02241804	SPH	PANTOLOC 20MG EC COMPRIMÉ
02248503	GSK	PAXIL CR 12.5MG COMPRIMÉ À EFFET PROLONGÉ
02248504	GSK	PAXIL CR 25MG COMPRIMÉ À EFFET PROLONGÉ
02229437	NAB	PHOSLO 667MG COMPRIMÉ

DIN	MFR	BRAND NAME
02256290	PFI	RELPAX 20MG COMPRIMÉ
02256304	PFI	RELPAX 40MG COMPRIMÉ

**INDEX ALPHABÉTIQUE DES
PRODUITS MÉDICAMENTS**

	Page		Page		Page
282	49	ACIDE CITRIQUE, MAGNÉSIUM (OXYDE DE), SODIUM (PICOSULFATE DE)	85	ALCOOL POLYVINYLIQUE	84
292	49	ACIDE CITRIQUE, SODIUM (CITRATE DE)	76	ALDACTAZIDE-25	45
3TC	9	ACIDE ÉTHACRYNIQUE	77	ALDACTAZIDE-50	45
5-ASA	92	ACIDE FOLIQUE	111	ALDACTONE	45
AAS	45	ACIDE FOLIQUE	111	ALENDRONATE	115
ABACAVIR	8	ACIDE FUSIDIQUE	102	ALENDRONATE SODIQUE	115
ABACAVIR, LAMIVUDINE	8	ACIDE LACTIQUE, ACIDE SALICYLIQUE	108	ALENDRONATE SODIQUE, VITAMINE D3	116
ABACAVIR, LAMIVUDINE, ZIDOVUDINE	8	ACIDE MÉFÉNAMIQUE	46	ALENDRONATE SODIQUE, VITAMINE D3	116
ABATACEPT	117	ACIDE NICOTINIQUE	111	ALERTEC	69
ABENOL	54	ACIDE SALICYLIQUE	108	ALESSE 21	94
ABILITY	63	ACIDE TIAPROFÉNIQUE	46	ALESSE 28	94
ACAMPROSATE CALCIQUE	74	ACIDE TRANEXAMIQUE	25	ALFACALCIDOL	112
ACARBOSE	96	ACIDE VALPROÏQUE	55	ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D')	20
ACCEL PIOGLITAZONE	99	ACITRÉTINE	109	ALKERAN	14
ACCEL-AMLODIPINE	36	ACLASTA	117	ALLEGRA	1
ACCEL-CITALOPRAM	58	ACTEMRA	118	ALLEGRA 24H	1
ACCEL-TOPIRAMATE	57	ACTONEL	116	ALLER-AIDE	1
ACCOLATE	79	ACTOS	99	ALLERGY	1
ACCU-CHEK ADVANTAGE	75	ACULAR	82	ALLERGY FORMULA	1
ACCU-CHEK ADVANTAGE (ON)	75	ACYCLOVIR	11	ALLERGY RELIEF ES	1
ACCU-CHEK AVIVA	75	ACYCLOVIR	11	ALLERNIX	1
ACCU-CHEK AVIVA STRIP (ON)	75	ADALAT XL	37	ALLERNIX PLUS	1
ACCU-CHEK COMPACT	75	ADALIMUMAB	117	ALLOPRIN	115
ACCU-CHEK COMPACT (ON)	75	ADAPALÈNE	108	ALLOPURINOL	115
ACCU-CHEK MULTICLIX	121	ADAPTEUR	121	ALLOPURINOL	115
ACCUPRIL	41	ADCIRCA	31	ALMOTRIPTAN (MALATE DE)	71
ACCURETIC	42	ADEFEOVIR DIPIVOXIL	11	ALOCRIL	114
ACCUTANE	109	ADRENALIN	20	ALOMIDE	84
ACCUTREND	75	ADVAGRAF	119	ALPHA TOCOPHERYL	113
ACCUTREND (ON)	75	ADVAIR	19	ALPHAGAN	82
ACEBUTOLOL	33	ADVAIR DISKUS 100	19	ALPHAGAN P	83
ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')	33	ADVAIR DISKUS 250	19	ALPRAZOLAM	69
ACET	54	ADVAIR DISKUS 500	19	ALPRAZOLAM	69
ACET 120	54	ADVIL	47	ALTACE	42
ACET 325	54	ADVIL JUNIOR	47	ALTACE HCT	42
ACET 650	54	ADVIL LIQUI-GEL	47	ALTRÉTAMINE	13
ACET CODEINE 30	49	ADVIL PEDIATRIQUE	47	ALUMINIUM (ACÉTATE D'), BENZÉTHONIUM (CHLORURE DE)	84
ACETAMINOPHEN	53	ADVIL POUR ENFANTS	47	ALVESCO	93
ACETAMINOPHENE	53	AERIUS	1	AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')	8
ACÉTAMINOPHÈNE	53	AERIUS ENFANTS	1	AMBRISENTAN	31
ACÉTAMINOPHÈNE, CAFÉINE (CITRATE DE), CODÉINE (PHOSPHATE DE)	49	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU LG	119	AMCINONIDE	105
ACÉTAMINOPHÈNE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)	49	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	119	AMERGE	71
ACÉTAMINOPHÈNE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')	49	MED	119	AMI-HYDRO	77
ACETAZOLAMIDE	83	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	119	AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')	77
ACÉTAZOLAMIDE	83	MOUTH	119	AMILORIDE (CHLORHYDRATE D'), HYDROCHLOROTHIAZIDE	77
ACIDE 5-AMINOSALICYLIQUE	92	AEROCHAMBRE AC BOYZ	119	AMIODARONE	26
ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	45	AEROCHAMBRE AC GIRLZ	119	AMIODARONE (CHLORHYDRATE D')	26
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE	45	AGGRENOX	32	AMITRIPTYLINE	58
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE, CAFÉINE (CITRATE DE), CODÉINE (PHOSPHATE DE)	49	AGRYLIN	25	AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D')	58
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')	49	AIGUILLE	119	AMLODIPINE	36
ACIDE ASCORBIQUE	112	AIGUILLE (NON-INSULINE)	120	AMLODIPINE/ATORVASTATIN	37
ACIDE ASCORBIQUE	112	JETABLES	120	AMOXICILLINE	3
ACIDE AZELAIC	109	AIROMIR	19	AMOXICILLINE	3
		ALBALON	82	AMOXICILLINE SUGAR REDUCED	4
		ALBALON A	82		
		ALCOHOL SWAB	120		
		ALCOHOL SWABS BD	120		
		ALCOOL ISOPROPYLIQUE	120		

	Page		Page		Page
AMOXICILLINE, ACIDE CLAVULANIQUE	4	APO-CAPTO	39	APO-FLURBIPROFEN	47
AMOXICILLINE, CLARITHROMYCINE, LANSOPRAZOLE	90	APO-CARBAMAZEPINE	55	APO-FLUTAMIDE	13
AMOXI-CLAV	4	APO-CARVEDILOL	34	APO-FLUTICASONE	81
AMPICILLINE	4	APO-CEFACLOR	2	APO-FLUVOXAMINE	60
ANAFRANIL	59	APO-CEFADROXIL	2	APO-FOSINOPRIL	40
ANAGRÉLIDE (CHLORHYDRATE D')	25	APO-CEFPROZIL	2	APO-FUROSEMIDE	77
ANANDRON	14	APO-CEFUROXIME	2	APO-GABAPENTIN	56
ANAPROX	48	APO-CEPHALEX	2	APO-GABAPENTINE	56
ANAPROX DS	48	APO-CETIRIZINE	1	APO-GEMFIBROZIL	27
ANASTROZOLE	13	APO-CHLORTHALIDONE	78	APO-GLICLAZIDE	98
ANDRIOL	94	APO-CILAZAPRIL	39	APO-GLUCONATE FERREUX	23
ANDROCUR	13	APO-CILAZAPRIL HCTZ	39	APO-GLYBURIDE	98
ANODAN-HC	107	APO-CIMETIDINE	89	APO-HALOPERIDOL	64
ANTAZOLINE (PHOSPHATE D'), NAPHAZOLINE (CHLORHYDRATE DE)	82	APO-CIPROFLOX	5	APO-HYDRALAZINE	30
ANTHRAFORTE 1	108	APO-CITALOPRAM	58	APO-HYDRO	78
ANTHRAFORTE 2	108	APO-CLARITHROMYCIN	3	APO-HYDROCHLOROTHIAZIDE	78
ANTHRANOL	108	APO-CLINDAMYCIN	6	APO-HYDROXYQUINE	12
ANTHRASCALP	108	APO-CLOBAZAM	69	APO-HYDROXYUREA	13
ANUGESIC HC	107	APO-CLOMIPRAMINE	59	APO-HYDROXYZINE	71
ANUSOL HC	107	APO-CLONAZEPAM	54	APO-IBUPROFEN	47
ANZEMET	88	APO-CLONIDINE	30	APO-INDAPAMIDE	78
APIDRA CARTOUCHES	97	APO-CLOZAPINE	63	APO-INDOMETHACIN	47
APIDRA SOLOSTAR	97	APO-CROMOLYN	79	APO-IPRAVENT	18
APIDRA VIAL	97	APO-CYCLOBENZAPRINE	20	APO-ISMN	31
APO ENALAPRIL	40	APO-CYPROTERONE	13	APO-K	76
APO-ACEBUTOLOL	33	APO-DESIPRAMINE	59	APO-KETOCONAZOLE	7
APO-ACETAMINOPHEN	53	APO-DESMOPRESSIN	100	APO-KETOROLAC	82
APO-ACIDE FOLIQUE	111	APO-DEXAMETHASONE	93	APO-KETOTIFEN	1
APO-ACYCLOVIR	11	APO-DIAZEPAM	70	APO-LACTULOSE	86
APO-ALENDRONATE	115	APO-DICLO	46	APO-LAMOTRIGINE	56
APO-ALFUZOSIN ER	20	APO-DICLO SR	46	APO-LANSOPRAZOLE	90
APO-ALPRAZ	69	APO-DIFLUNISAL	47	APO-LATANOPROST	84
APO-AMILZIDE	77	APO-DILTIAZ	38	APO-LEFLUNOMIDE	118
APO-AMIODARONE	26	APO-DILTIAZ CD	38	APO-LETROZOLE	14
APO-AMLODIPINE	36	APO-DILTIAZ SR	38	APO-LEVETIRACETAM	57
APO-AMOXI	3	APO-DIMENHYDRINATE	88	APO-LEVOBUNOLOL	83
APO-AMOXI CLAV	4	APO-DIPYRIDAMOLE	82	APO-LEVOCARB	72
APO-AMPICILLIN	4	APO-DIVALPROEX	32	APO-LEVOFLOXACIN	5
APO-ASA	45	APO-DOCUSATE CALCIUM	55	APO-LISINOPRIL	41
APO-ASEN ECT	45	APO-DOCUSATE SODIUM	86	APO-LISINOPRIL (TYPE Z)	41
APO-ATENIDONE	34	APO-DOMPERIDONE	89	APO-LITHIUM CARB	71
APO-ATENOL	33	APO-DORZO-TIMOP	83	APO-LOPERAMIDE	85
APO-ATORVASTATIN	27	APO-DOXAZOSIN	32	APO-LORATADINE	1
APO-AZATHIOPRINE	118	APO-DOXE PIN	59	APO-LORAZEPAM	70
APO-AZITHROMYCIN	3	APO-DOXY	6	APO-LOVASTATIN	28
APO-BACLOFEN	21	APO-ENALAPRIL MALEATE/HCTZ	40	APO-MEDROXY	100
APO-BECLOMETHASONE	81	APO-ERYTHRO BASE	3	APO-MELOXICAM	48
APO-BENZTROPINE	72	APO-ERYTHRO	3	APO-METFORMIN	96
APO-BENZYDAMINE	82	APO-FAMOTIDINE	89	APO-METHAZIDE-15	30
APO-BICALUTAMIDE	13	APO-FENOFIBRATE	27	APO-METHAZIDE-25	30
APO-BISACODYL	85	APO-FENO-MICRO	27	APO-METHOPRAZINE	64
APO-BISOPROLOL	34	APO-FENO-SUPER	27	APO-METHOTREXATE	14
APO-BRIMONIDINE	82	APO-FERROUS SULFATE FC	23	APO-METHYLPHENIDATE	68
APO-BRIMONIDINE P	83	APO-FINASTERIDE	115	APO-METHYLPHENIDATE ER	69
APO-BROMAZEPAM	69	APO-FLECAINIDE	26	APO-METHYLPHENIDATE SR	69
APO-BROMOCRIPTINE	73	APO-FLUCONAZOLE	7	APO-METOCLOP	92
APO-CAL 500	76	APO-FLUNISOLIDE	81	APO-METOPROLOL	34
APO-CALCITONIN	100	APO-FLUOXETINE	60	APO-METOPROLOL SR	35
APO-CANDESARTAN	43	APO-FLUPHENAZINE	64	APO-MINOCYCLINE	6
				APO-MIRTAZAPINE	60
				APO-MOCLOBEMIDE	61

	Page		Page		Page
APO-MONTELUKAST	79	APO-TEMAZEPAM	70	ATASOL-15	49
APO-NADOL	35	APO-TERAZOSIN	32	ATASOL-30	49
APO-NAPRO NA	48	APO-TERBINAFINE	7	ATAZANAVIR (SULFATE DE)	8
APO-NAPRO NA DS	48	APO-TETRA	6	ATENOLOL	33
APO-NAPROXEN	48	APO-THEO	111	ATENOLOL	33
APO-NAPROXEN EC	48	APO-THEO LA	111	ATÉNOLOL	33
APO-NIFED PA	37	APO-TIAPROFENIC	46	ATÉNOLOL, CHLORTHALIDONE	34
APO-NITRAZEPAM	70	APO-TICLOPIDINE	25	ATIVAN	70
APO-NIZATIDINE	89	APO-TIMOL	36	ATIVAN SUBLINGUAL	70
APO-NORFLOX	5	APO-TIMOP	83	ATORVASTATIN	27
APO-NORTRIPTYLINE	61	APO-TIZANIDINE	20	ATORVASTATINE CALCIQUE	27
APO-OFLOXACIN	80	APO-TOPIRAMATE	57	ATOVAQUONE	12
APO-OLANZAPINE 10MG	65	APO-TRAZODONE	62	ATRIPLA	8
APO-OLANZAPINE 15MG	65	APO-TRAZODONE D	62	ATROPINE	82
APO-OLANZAPINE 2.5MG	64	APO-TRIAZIDE	77	ATROPINE (SULFATE D')	82
APO-OLANZAPINE 5MG	65	APO-TRIAZO	70	ATROPINE SULPHATE MINIMS	82
APO-OLANZAPINE 7.5MG	65	APO-VALACYCLOVIR	12	ATROVENT	18
APO-OLANZAPINE ODT	65	APO-VALPROIC	55	ATROVENT HFA	17
APO-OMEPRAZOLE	91	APO-VALSARTAN	44	AURANOFINE	92
APO-ONDANSETRON	88	APO-VENLAFAXINE XR	63	AURO-MIRTAZAPINE OD	61
APO-ORCIPRENAINE	18	APO-VERAP	38	AURO-NEVIRAPINE	9
APO-OXAZEPAM	70	APO-VERAP SR	39	AUTOLET (200)	121
APO-OXYBUTYNIN	110	APO-WARFARIN	24	AVALIDE	43
APO-OXYCODONE/ACET	49	APO-ZIDOVUDINE	10	AVANDIA	99
APO-PANTOPRAZOLE	91	APPAREIL D'ESPACEMENT	119	AVAPRO	43
APO-PAROXETINE	61	APPAREIL POUR LANCETTE	120	AVENTYL	61
APO-PEN VK	4	APRACLONIDINE	84	AVIANE 21	94
APO-PENTOXIFYL	25	(CHLORHYDRATE D')		AVIANE 28	94
APO-PERPHENAZINE	65	APREPITANT	89	AVODART	114
APO-PIMOZIDE	65	APRI 21	94	AXERT	71
APO-PINDOL	35	APRI 28	94	AXID	89
APO-PIOGLITAZONE	99	APTIVUS	10	AZARGA	83
APO-PIROXICAM	48	AQUASOL E	113	AZATHIOPRINE	118
APO-PRAMIPEXOLE	73	ARAVA	118	AZATHIOPRINE	118
APO-PRAVASTATIN	28	AREDIA IV	116	AZATHIOPRINE-50	118
APO-PRAZO	32	ARGENT (SULFADIAZINE D')	104	AZITHROMYCIN	3
APO-PREDNISONE	94	ARICEP	16	AZITHROMYCINE	3
APO-PROCAINAMIDE	26	ARIMIDEX	13	AZOPT	83
APO-PROCHLORAZINE	66	ARIPIPRAZOLE	63	BACIMYXIN	102
APO-PROPAFENONE	26	ARISTOCORT C	107	BACITIN	102
APO-PROPRANOLOL	36	ARISTOCORT R	107	BACITRACINE	102
APO-QUETIAPINE	66	ARISTOSPAN	94	BACITRACINE (ZINC DE), POLYMYXINE B (SULFATE DE)	80
APO-RALOXIFENE	96	AROMASIN	13		
APO-RAMIPRIL	42	ARTHROTEC	46	BACLOFEN	21
APO-RANITIDINE	90	ARTIFICIAL TEARS	84	BACLOFEN	21
APO-RISEDRONATE	116	ARTIFICIAL TEARS EXTRA	84	BACTERIOSTATIC NACL	77
APO-RISPERIDONE	66	ASA	45	BACTIGRAS	104
APO-RIVASTIGMINE	17	ASA EC	45	BACTROBAN	102
APO-ROPINIROLE	73	ASACOL	92	BARACLUDE	11
APO-SALVENT	18	ASAPHEN	45	BARRIERE	108
APO-SALVENT SANS CFC	19	ASAPHEN EC	45	BARRIERE HC	106
APO-SELEGILINE	74	ASATAB	45	BD AUTOSHIELD PEN	119
APO-SERTRALINE	62	ASATAB EC	45	B-D CONTENTS-OBJETS	120
APO-SIMVASTATIN	29	ASATAB EC 650	45	ACÉRÉS 1.4L	
APO-SOTALOL	36	ASCENSIAS BREEZE 2	75	B-D CONTENTS-OBJETS	120
APO-SUCRALFATE	90	ASCENSIAS BREEZE 2 (ON)	75	ACÉRÉS 3.1L	
APO-SULFAMETHOXAZOLE	5	ASCENSIAS CONTOUR	75	B-D INJECT-EASE AVEC MICRO-FINE	122
APO-SULFATRIM	6	ASCENSIAS CONTOUR (ON)	75	B-D INSULINE 1/3CC 29G	121
APO-SULFATRIM DS	6	ASPIRIN	45	B-D INSULINE 50U 29G	122
APO-SULFATRIM PED	6	ATACAND	43	B-D JETABLES 5/8 POUCE 5122	120
APO-SULIN	49	ATACAND PLUS	43	B-D JETABLES ½ POUCE 5109	120
APO-SUMATRIPTAN	71	ATARAX	71	B-D JETABLES 1 POUCE 5155	120
APO-TAMOX	15	ATASOL	53	B-D JETABLES 1½ POUCE 5127	120
APO-TAMSULOSIN	20	ATASOL FORTE	53	B-D JETABLES 1½ POUCE 5156	120

	Page		Page		Page
B-D LANCETTE	120	BEZAFIBRATE	27	CALCIUM (LACTOGLUCONATE DE)	76
BD LATITUDE	121	BEZALIP SR	27	CALCIUM 500 + D 400	76
B-D MICRO-FINE	121	BIAXIN	3	CALCIUM 500MG WITH VIT D	76
B-D MICRO-FINE 1/3CC	121	BIAXIN XL	3	CALCIUM CARBONATE	76
B-D MICRO-FINE INSULINE 100U #32041	122	BICALUTAMIDE	13	CALCIUM CARBONATE AVEC VIT D	76
B-D MICRO-FINE INSULINE 28G	122	BIMATOPROST	84	CALCIUM CARBONATE WITH D	76
		BIOCAL-D FORTE	76	CALCIUM D	76
B-D MICRO-FINE INSULINE 50U	122	BIODERM	102	CALCIUM, VITAMINE D	76
B-D PEN	120	BIO-FUROSEMIDE	77	CALCIUM/VITAMIN D	76
B-D TAMPON ALCOOLISÉ	120	BIO-HYDROCHLOROTHIAZIDE	78	CAL-D 400	76
B-D ULTRA-FINE	121	BISACODYL	85	CALODAN D	76
B-D ULTRA-FINE / ULTRA-FINE II	121	BISACODYL (BASE DE POLYÉTHYLÈNE GLYCOL)	86	CAMPRAL	74
B-D ULTRA-FINE II	121	BISACODYL-ODAN	85	CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE)	43
BD ULTRA-FINE NANO PEN	120	BISACOLAX	85	CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE), HYDROCHLOROTHIAZIDE	43
BD ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29G	120	BISMUTH (SUBSALICYLATE DE)	85	CANESORAL	7
B-D ULTRA-FINE STYLO	120	BISOPROLOL	34	CANESEN	103
B-D ULTRA-FINE STYLO III	120	BISOPROLOL (FUMARATE DE)	34	CANESEN 1 COMFORT COMBI	103
BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)	81	BLEPHAMIDE	81	PAK	
BENADRYL	1	BOSENTAN	32	CANTHACUR PS	108
BENADRYL ENFANT	1	BOTOX	119	CANTHARIDINE, PODOPHYLLINE, ACIDE SALICYLIQUE	108
BENAZEPRIL	39	BREVICON 0.5/35 21	95	CANTHARONE PLUS	108
BENAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE)	39	BREVICON 0.5/35 28	95	CAPÉCITABINE	13
BENOXYL	104	BREVICON 1/35 21	95	CAPEX	106
BENURYL	78	BREVICON 1/35 28	95	CAPSAICIN	109
BENZAC AC	104	BRICANYL TURBUHALER	19	CAPSAICIN HP	109
BENZAC W	104	BRIMONIDINE (TARTRATE DE)	82	CARBACHOL	82
BENZAC W5	104	BRIMONIDINE (TARTRATE DE) (ALPHAGAN P)	83	CARBAMAZEPINE	55
BENZAGEL	104	BRIMONIDINE (TARTRATE DE), TIMOLOL (MALÉATE DE)	83	CARBAMAZÉPINE	55
BENZAGEL 5	104	BRINZOLAMIDE	83	CARBOLITH	76
BENZOYLE (PEROXIDE DE)	104	BRINZOLAMIDE, TIMOLOL (MALÉATE DE)	83	CARDIZEM CD	38
BENZTROPINE (MÉSYLATE DE)	72	BROMAZEPAM	69	CARDURA 1	32
BENZTROPINE OMEGA	72	BROMOCRIPTINE (MÉSYLATE DE)	73	CARDURA 2	32
BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)	82	BUDÉSONIDE	81	CARDURA 4	32
BENZYDAMINE CHL	82	BUPRENORPHINE HCL/NALOXONE HCL	53	CARNITOR	77
BETADERM	105	BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (WELLBUTRIN)	58	CARNITOR IV	77
BETADINE	104	BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (ZYBAN)	58	CARTOUCHES POUR POMPE À INSULINE	121
BETAGAN	83	BUPROPION SR	58	CARVEDILOL	34
BÉTAHISTINE (CHLORHYDRATE DE)	114	BURO-SOL	84	CARVEDILOL	34
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) DANS PROPYLÈNE GLYCOL	105	BUSCOPAN	18	CARVEDILOL	34
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE), ACIDE SALICYLIQUE	105	BUSÉRÉLINE (ACÉTATE DE)	13	CASODEX	13
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE), CLOTrimazole	105	BUSULFAN	13	CATApres	30
BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE DISODIQUE DE)	105	C.E.S.	96	CECLR	2
BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE), GENTAMICINE (SULFATE DE)	81	CABERGOLINE	73	CECLOR BID	2
BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE)	105	CADUET	37	CEENU	14
BETAXIN	112	CAFERGOT	20	CÉFAFLOR	2
BÉTAXOLOL (CHLORHYDRATE DE)	83	CALCIMAR	99	CÉFADROXIL	2
BÉTHANÉCOL (CHLORURE DE)	16	CALCIPOTRIOL	109	CÉFIXIME	2
BETNESOL	105	CALCIQUE (CARBONATE DE)	76	CEFPROZIL	2
BETOPTIC S	83	CALCITE 500 + D 400	76	CEFTIN	2
		CALCITE D	76	CÉFUROXIME AXÉTIL	2
		CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE)	99	CEFZIL	2
		CALCITONINE SAUMON (MIACALCIN)	100	CELEBREX	46
		CALCITRIOL	112	CÉLÉCOXIB	46
		CALCIUM	76		
		CALCIUM (CARBONATE DE)	76		

	Page		Page		Page
CELEXA	58	CLIMARA 50	95	CO PIOGLITAZONE	99
CELLCEPT	118	CLIMARA 75	95	CO PRAMIPEXOLE	73
CELLUVISC	84	CLINDAMYCINE	6	CO PRAVASTATIN	28
CELONTIN	55	CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE)	6	CO QUETIAPINE	66
CELSENTRI	9	CLINDAMYCINE	7	CO RAMIPRIL	42
CENTER-AL	101	(HYDROCHLORATE DE)		CO RANITIDINE	90
CENTRUM JUNIOR COMPLETE	113	PALMITATE DE)		CO RISPERIDONE	66
CENTRUM MATERNA	113	CLINDAMYCINE (PHOSPHATE	102	CO SERTRALINE	62
CEPHALEXIN	2	DE)		CO SIMVASTATIN	29
CÉPHALEXINE	2	CLINDA-T	102	CO SOTALOL	36
CESAMET	89	CLOBAZAM	69	CO SUMATRIPTAN	71
CÉTIRIZINE (CHLORHYDRATE DE)	1	CLOBAZAM	69	CO TEMAZEPAM	70
CHAMPIX	22	CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE)	105	CO TERBINAFINE	7
CHAMPIX STARTER PACK	22	CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)	106	CO TOPIRAMATE	57
CHLORAMBUCIL	13	CLOMIPRAMINE	59	CO VALACYCLOVIR	12
CHLORAMPHÉNICOL	80	(CHLORHYDRATE DE)		CO VALSARTAN	44
CHLORHEXIDINE (ACÉTATE DE)	104	CLONAPAM	54	CO VENLAFAXINE XR	63
CHLORHEXIDINE (GLUCONATE DE)	82	CLONAZEPAM	54	CODEINE	49
CHLOROQUINE (PHOSPHATE DE)	12	CLONAZÉPAM	54	CODEINE (PHOSPHATE DE)	49
CHLOROPHÉNIRAMINE (MALÉATE DE)	1	CLONIDINE	30	CODEINE CONTIN CR	50
CHLORPROMAZINE	63	CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE)	30	CODEINE MONOHYDRATE, CODEINE SULFATE TRIHYDRATE	50
CHLORPROMAZINE HCL	63	CLOPIDROGREL (BISULFATE DE)	25	CODEINE PHOSPHATE	49
CHLORTHALIDONE	78	CLOSTRIDIUM BOTULINUM	119	CO-ETIDROCAL	116
CHLORTHALIDONE	78	NEUROTOXIN		CO-FLUOXETINE	60
CHLOR-TRIPOLON	1	CLOTRIMADERM	103	COLACE	86
CHLORURE DE SODIUM	77	CLOTRIMAZOLE	103	COLCHICINE	115
CHOLÉCALCIFÉROL	112	CLOXACELLINE	4	COLCHICINE	115
CHOLEDYL	111	CLOXACELLINE SODIQUE	4	COLESTID	26
CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE)	26	CLOZAPINE	63	COLESTID ORANGE	26
CICLESONIDE	93	CLOZARIL	63	COLESTIPOL (CHLORHYDRATE DE)	26
CILA ZAPRIL	39	CO ALENDRONATE	115	CO-LEVOFLOXACIN	5
CILA ZAPRIL	39	CO AMLODIPINE	36	COLLAGÉNASE	109
CILA ZAPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE	39	CO ATENOLOL	33	COLYTE	86
CILOXAN	80	CO ATORVASTATIN	27	COMBANTRIN	2
CIMETIDINE	89	CO AZITHROMYCIN	3	COMBIGAN	83
CIMÉTIDINE	89	CO BETAHISTINE	114	COMBIVENT	18
CIPRO	5	CO BICALUTAMIDE	13	COMBIVIR	9
CIPRODEX	80	CO CABERGOLINE	73	COMPOUND W	108
CIPROFLOXACIN	5	CO CILAZAPRIL	39	COMPTAN	72
CIPROFLOXACIN	80	CO CIPROFLOXACIN	5	CONCERTA	69
CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)	5	CO CITALOPRAM	58	CONDOM, LATEX, LUBRIFIES	74
CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE), DEXAMÉTHASONE	80	CO CLOMIPRAMINE	59	CONDOM, LATEX, LUBRIFIES, NONOXYNOL	74
CITALOPRAM	58	CO CLONAZEPAM	54	CONDOM, LATEX, NON- LUBRIFIES	74
CITALOPRAM	58	CO ENALAPRIL	40	CONDOM, MASCULIN	74
CITRO-MAG	76	CO ETIDRONATE	116	CONDOM, NON-LATEX, LUBRIFI	74
CLARITHROMYCINE	3	CO FAMCICLOVIR	12	CONDYLINE	108
CLARITIN	1	CO FINASTERIDE	115	CONTENANTS POUR OBJETS	120
CLARITIN ENFANTS	1	CO FLUCONAZOLE	7	ACÉRÉS	
CLARUS	109	CO FLUVOXAMINE	60	CO-ONDANSETRON	88
CLAVULIN	4	CO GABAPENTIN	56	CORDARONE	26
CLAVULIN 200	4	CO IRBESARTAN	43	CO-REPAGLINIDE	98
CLAVULIN 400	4	CO IRBESARTAN/HCT	43	CO-ROPINIROLE	73
CLAVULIN-F	4	CO LEVETIRACETAM	57	CORTATE	106
CLAVULIN-F 125	4	CO LISINOPRIL	41	CORTEF	93
CLAVULIN-F 250	4	CO LOVASTATIN	28	CORTENEMA	106
CLEAR AWAY	108	CO MELOXICAM	48	CORTIFOAM	106
CLIMARA 100	95	CO METFORMIN	96	CORTISONE	93
CLIMARA 25	95	CO MIRTAZAPINE	61	CORTISONE (ACÉTATE DE)	93
		CO NORFLOXACIN	5	CORTISPORIN	81
		CO OLANZAPINE	64	CORTODERM	106
		CO OLANZAPINE ODT	65	COSOPT	83

	Page		Page		Page
COTAZYM	87	DEMULEN 30 28	94	DIFLUCAN	7
COTAZYM ECS 8	87	DENOSUMAB	116	DIFLUCORTOLONE (VALÉRATE DE)	106
COTAZYM ECS 20	88	DEPAKENE	55	DIFLUCORTOLONE (VALÉRATE DE), ACIDE SALICYLIQUE	106
COTAZYM ECS 4	87	DEPO-MEDROL	93	DIFLUNISAL	47
COUMADIN	24	DEPO-PROVERA	100	DIGOXINE	26
COVERA-HS	38	DEPO-TESTOSTERONE	94	DIHYDROERGOTAMINE	20
COVERSYL	41	DERMAFLEX HC	106	DIHYDROERGOTAMINE (MÉSILATE DE)	20
COVERSYL PLUS	41	DERMA-SMOOTH	106	DIIODOHYDROXYQUINE	12
COVERSYL PLUS HD	41	DERMAZIN	104	DILANTIN	55
COZAAR	44	DERMOVATE	105	DILANTIN 125	55
CREON 10 MINIMICROSPHERES	88	DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)	59	DILANTIN 30	55
CREON 20 MINIMICROSPHERES	87	DESLORATADINE	1	DILANTIN INFATABS	55
CREON 25 MINIMICROSPHERES	88	DESLORATADINE	1	DILAUDID	50
CREON 5 MINIMICROSPHERES	87	DESLORATADINE CONTROLE	1	DILAUDID HP	50
CRESTOR	29	D'ALLERGIE		DILTIAZEM	38
CRIXIVAN	9	DESMOPRESSIN	100	DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)	37
CROMOGLYCATE SODIQUE	79	DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE)	100	DILTIAZEM CD	38
CROMOLYN	79	DÉSONIDE	106	DIMENHYDRINATE	88
CROTAMITON	103	DÉSOXIMÉTASONE	106	DIMENHYDRINATE	88
CTP 30	58	DETROL	111	DIMÉTHICONE	108
CUPRIMINE	92	DETROL LA	110	DIOCARPINE	83
CUTIVATE	106	DEXAMETHASONE	93	DIODEX	81
CYANOCOBALAMIN	112	DEXAMÉTHASONE	81	DIODOQUIN	12
CYANOCOBALAMINE	111	DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE DE)	93	DIOGENT	80
CYCLEN 21	95	DEXAMÉTHASONE, TOBRAMYCINE	81	DIONEPHRINE	82
CYCLEN 28	95	DEXAMETHASONE-OMEGA	93	DIPENTOLATE	82
CYCLOBENZAPRINE	20	DEXASONE	93	DIOPRED	81
CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE)	20	DEXEDRINE	68	DOOPTIMYD	81
CYCLOCORT	105	DEXEDRINE SPANSULE	68	DIOSULF	80
CYCLOGYL	82	DEXIRON	23	DIOVAN	44
CYCLOMEN	94	DEXTRAN 70, HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE	84	DIOVAN-HCT	44
CYCLOPENTOLATE	82	DEXTROAMPHÉTAMINE (SULFATE DE)	68	DIPENTUM	92
CYCLOPENTOLATE MINIMS	82	D-FORTE	113	DIPHENHYDRAMINE	1
CYCLOPHOSPHAMIDE	13	DGOUTTES BÉBÉ	112	DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)	1
CYCLOSPORINE	118	DGOUTTES VITAMINE D	112	DIPHENHYDRAMINE HCL	1
CYESTRA-35	119	DIABETA	98	DIPIVÉFRINE (CHLORHYDRATE DE)	82
CYKLOKAPRON	25	DIAMICRON	98	DIPIVÉFRINE (CHLORHYDRATE DE), LÉVOBUNOLOL (CHLORHYDRATE DE)	84
CYMBALTA	59	DIAMICRON MR	98	DIPROLENE	105
CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE)	13	DIANE-35	119	DIPROSALIC	105
CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE), ÉTHINYLESTRADIOL	119	DIARR-EZE	85	DIPROSONE	105
CYTOVENE	12	DIARRHEA RELIEF	85	DIPYRIDAMOLE	32
D VI SOL	112	DAIATIX	75	DIPYRIDAMOLE, ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE	32
DAIRY DIGESTIF	87	DIAZEPAM	70	DISOPYRAMIDE	26
DAIRY DIGESTIF EXTRA FORT	87	DIAZÉPAM	70	DISPOSITIF INTRAUTÉRIN	74
DAIRYAUD	87	DIAZOXIDE	30	DITHRANOL	108
DALACIN	102	DICITRATE	76	DIVALPROEX	56
DALACIN C	6	DICLECTIN	88	DIVALPROEX SODIQUE	55
DALACIN T	102	DICLOFENAC EC	46	DIXARIT	30
D'ALCOOL MONOJECT	120	DICLOFENAC SODIQUE	46	DOCUSATE CALCIQUE	86
DALTÉPARINE SODIQUE	23	DICLOFENAC SODIQUE	46	DOCUSATE CALCIUM	86
DANAZOL	94	DICLOFÉNAC SODIQUE	46	DOCUSATE SODIQUE	86
DANTRIUM	20	DICLOFÉNAC SODIQUE, MISOPROSTOL	46	DOCUSATE SODIQUE, SENNOIDES	86
DANTROLÈNE SODIQUE	20	DICLOFENAC SODIUM	46	DOCUSATE SODIUM	86
DARAPRIM	12	DICLOFENAC SR	46	DOCUSATE SODIUM	86
DARIFENACIN HYDROBROMIDE	110	DICLOFENAC-50	46	DOLASÉTRON (MÉSYLATE DE)	88
DARUNAVIR	8	DICLOFENAC-SR	46	DIFERIN	108
DDAVP	100	DIDANOSINE	8	DIDROCAL	116
DDAVP MELT	100	DIFFERIN	108	DOCUSATE SODIUM	86
DELATESTTRYL	94			DOCUSATE SODIUM	86
DEMEROL	51			DOLASÉTRON (MÉSYLATE DE)	88
DEMULEN 30 21	94				

	Page		Page		Page
DOLORAL 1	51	DOM-RISPERIDONE	67	ELIDEL	109
DOLORAL 5	52	DOM-SALBUTAMOL	19	ELIGARD	14
DOM-ALENDRONATE	115	DOM-SELEGILINE	74	ELMIRON	114
DOM-AMANTADINE	8	DOM-SERTRALINE	62	ELOCOM	107
DOM-AMIODARONE	26	DOM-SIMVASTATIN	29	ELTROXIN	100
DOM-AMITRIPTYLINE	58	DOM-SOTALOL	36	EMEND	89
DOM-AMLODIPINE	36	DOM-SUMATRIPTAN	71	EMEND TRI PACK	89
DOM-ATENOLOL	33	DOM-TEMAZEPAM	70	EMLA	107
DOM-ATORVASTATIN	27	DOM-TERAZOSIN	32	EMO CORT	106
DOM-BACLOFEN	21	DOM-TERBINAFINE	7	EMO-CORT CAPILLAIRE	106
DOM-BENZYDAMINE	82	DOM-TIAPROFENIC	46	EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	9
DOM-BROMOCRIPTINE	73	DOM-TIMOLOL	83	ENABLEX	110
DOM-CAPTOPRIL	39	DOM-TOPIRAMATE	57	ÉNALAPRIL (MALÉATE D')	40
DOM-CARBAMAZEPINE CR	55	DOM-TRAZODONE	62	ÉNALAPRIL (MALÉATE D'), HYDROCHLOROTHIAZIDE	40
DOM-CARVEDILOL	34	DOM-VALACYCLOVIR	12	ENBREL	117
DOM-CEPHALEXIN	2	DOM-VALPROIC ACID	55	ENBREL SURECLICK (QC)	117
DOM-CIMETIDINE	89	DOM-VERAPAMIL SR	39	ENDOCET	49
DOM-CIPROFLOXACIN	5	DONEPEZIL (CHLORHYDRATE DE)	16	ENEMOL	87
DOM-CITALOPRAM	58	DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	83	ÉNOXAPARINE SODIQUE	23
DOM-CLARITHROMYCIN	3	DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	83	ENTACAPONE	72
DOM-CLOBAZAM	69	DOSTINEX	73	ENTÉCAVIR	11
DOM-CLONAZEPAM	54	DOXAZOSIN	32	ENTOCORT	105
DOM-CLONAZEPAM-R	54	DOXAZOSINE (MÉSILATE DE)	32	ENTROPHEN	45
DOM-CYCLOBENZAPRINE	20	DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE)	59	ENTROPHEN EC	45
DOM-DESIPRAMINE	59	DOXYCIN	6	ENTROPHEN-10	46
DOM-DICLOFENAC	46	DOXYCYCLINE	6	ENTROPHEN-5	45
DOM-DICLOFENAC SR	46	DOXYCYCLINE	6	EPINEPHRINE	20
DOM-DOCUSATE SODIUM	86	DOXYLAMINE (SUCCINATE DE), PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)	88	ÉPINÉPHRINE	19
DOM-DOMPERIDONE	89	DOXYTAB	6	EPIHEN	20
DOM-FLUOXETINE	60	DRISDOL	113	EPIHEN JR	19
DOM-FLUVOXAMINE	60	D-TABS	112	EPIVAL	55
DOM-FUROSEMIDE	77	DULCOLAX	85	ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D')	43
DOM-GABAPENTIN	56	DULOXETINE (CHLORHYDRATE DE)	59	ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D'), HYDROCHLOROTHIAZIDE	43
DOM-GEMFIBROZIL	27	DUO TRAV	84	EQUATE DAILY LOW-DOSE	45
DOM-GLYBURIDE	98	DUOFILM	108	ERDOL	114
DOM-HYDROCHLOROTHIAZIDE	78	DUOFORTE 27	108	ERGOCALCIFEROL	114
DOM-INDAPAMIDE	78	DUOLUBE	84	ERGOCALCIFÉROL	113
DOM-IPRATROPIUM	18	DUOPLANT	108	ERGOTAMINE (TARTRATE D'), CAFÉINE	20
DOM-LOPERAMIDE	85	DURAGESIC MAT	50	ERLOTINIB (CHLOROHYDRATE D')	13
DOM-LORAZEPAM	70	DUTASTÉRIDE	114	ERYC	3
DOM-LOXAPINE	64	DUVOID	16	ERYTHRO	3
DOM-MEDROXYPROGESTERONE	100	EAU	78	ERYTHRO-ES	3
DOM-MEFENAMIC ACID	46	EAU POUR INJECTION (QC)	78	ERYTHROMYCIN	80
DOM-MELOXICAM	48	EAU STERILE	78	ERYTHROMYCINE	3
DOM-METFORMIN	96	EAU STERILE (QC)	78	ÉRYTHROMYCINE (ESTOLATE D')	3
DOM-METOPROLOL-B	35	EAU STERILE POUR INJECTION	78	ÉRYTHROMYCINE	3
DOM-METOPROLOL-L	34	EDECIN	77	(ÉTHYLSUCCINATE D')	3
DOM-MINOCYCLINE	6	EES-600	3	ÉRYTHROMYCINE (STÉARATE D')	3
DOM-MIRTAZAPINE	61	ÉFAVIRENZ	8	ÉRYTHROMYCINE, TRÉTINOÏNE	102
DOM-NIZATIDINE	89	ÉFAVIRENZ, EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	8	ESTALIS 140/50	96
DOM-NORTRIPTYLINE	61	EFFEXOR XR	63	ESTALIS 250/50	96
DOM-NYSTATIN	7	EFUDEX	109	ESTRACE	95
DOM-OXYBUTYNIN	110	EGOZINC HC	107	ESTRADERM 100	95
DOM-PAROXETINE	61	EGOZINC-HC	107	ESTRADERM 25	95
DOMPERIDONE	89	ELAVIL	58	ESTRADIOL	95
DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE)	89	ELECTROLYTES & DEXTROSE	76	ESTRADIOL (ESTRADOL HEMIHYDRATE)	95
DOM-PINDOLOL	35			ESTRADIOL, NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)	96
DOM-PIOGLITAZONE	99				
DOM-PIROXICAM	48				
DOM-PRAVASTATIN	28				
DOM-PROPRANOLOL	36				
DOM-QUETIAPINE	66				
DOM-RAMIPRIL	42				
DOM-RISEDRONATE	116				

	Page		Page		Page
ESTRADOT 100	95	EXDOL-30	49	FINGERSTIX	121
ESTRADOT 25	95	EXELOM	17	FLAGYL	104
ESTRADOT 37.5	95	EXÉMESTANE	13	FLAGYSTATIN	104
ESTRADOT 50	95	EXTEMPORANEOUS MIXTURE (BC) (SK) (YT)	114	FLAMAZINE	104
ESTRADOT 75	95	EXTEMPORANEOUS MIXTURE (NB) (NS) (PE) (NL)	114	FLAMAZINE 50G	104
ESTRAGYN	96	EXTEMPORANEOUS MIXTURE (NU) (AB) (MB) (QC) (NT)	114	FLAREX	81
ESTRING	95	EXTEMPORANEOUS MIXTURE (ON)	114	FLAVOXATE (CHLORHYDRATE DE)	110
ESTROGEL	95	EXTRAIT ALLERGENIQUE NON POLLINIQUE	102	FLÉCAÏNIDE (ACÉTATE DE)	26
ESTROGÈNES CONJUGUÉS	96	EXTRAIT ALLERGIQUE POLLINIQUE	101	FLEET LAVEMENT	87
ESTROGÈNES CONJUGUÉS, MÉDOXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE)	96	EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE DOLICHOVESPULA ARÉNARIA	101	FLEET LAVEMENT PEDIATRIQUE	87
ESTRONE	96	EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE DOLICHOVESPULA MACULATA	101	FLEXI-T IUD	74
ESTROPIPATE	96	EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE L'ESPÈCE DES VESPIDÉS	101	FLINTSTONES EXTRA C	113
ÉTANERCEPT	117	EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE L'ESPÈCE POLISTES	101	FLOCTAFENINE	54
ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D')	8	EXTRAIT PROTÉINIQUE DE VENIN D'ABEILLE MELLIFÈRE	101	FLOCTAFÉNINE	54
ETHINYL ESTRADIOL, DROSPIRENONONE	94	EXTRAITS ALLERGENIQUES	102	FLOMAX CR	20
ETHINYL ESTRADIOL, ETONOGESTREL	94	EZ HEALTH ORACLE	75	FLONASE	81
ÉTHINYLESTRADIOL, DÉSOGESTREL	94	EZ HEALTH ORACLE (ON)	75	FLORINEF	93
ÉTHINYLESTRADIOL, DROSPIRENONONE	94	EZ HEALTH ORACLE LANCETTES	121	FLOVENT DISKUS	93
ÉTHINYLESTRADIOL, ÉTHYNODIOL (DIACÉTATE D')	94	E-Z SPACER	119	FLOVENT HFA 125	93
ÉTHINYLESTRADIOL, LÉVONORGESTREL	94	E-Z SPACER (MASQUE SEULEMENT)	119	FLOVENT HFA 250	93
ÉTHINYLESTRADIOL, NORÉTHINDRONE	95	E-Z SPACER AVEC MASQUE	119	FLOVENT HFA 50	93
ÉTHINYLESTRADIOL, NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)	95	PETIT		FLUANXOL	64
ÉTHINYLESTRADIOL, NORGESTIMATE	95	ÉZÉTIMIBE	26	FLUANXOL DEPOT	63
ÉTHOPROPAZINE (CHLORHYDRATE D')	72	EZETROL	26	FLUCONAZOLE	7
ÉTHOSUXIMIDE	55	FAMCICLOVIR	12	FLUDARA	13
ETIBI	8	FAMCICLOVIR	12	FLUDARABINE (PHOSPAHTE DE)	13
ETIDROCAL	116	FAMOTIDINE	89	FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE)	93
ÉTIDRONATE DISODIQUE	116	FAMOTIDINE	89	FLUMÉTHASONE (PIVALATE DE), CLIOQUINOL	81
ÉTIDRONATE DISODIQUE, CALCIUM (CARBONATE DE)	116	FAMVIR	12	FLUNARIZINE	72
ÉTOPOSIDE	13	FEBUXOSTAT	115	FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE)	72
ETRAVIRINE	9	FÉLODIPINE	37	FLUNISOLIDE	81
EUFLEX	13	FEMARA	14	FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE)	106
EUGLUCON	98	FEMHRT	96	FLUOCINONIDE	106
EUMOVATE	106	FÉNOFIBRATE	27	FLUOROMÉTHOLONE	81
EURAX	103	FENOFRIBRATE MICRO	27	FLUOROMÉTHOLONE (ACÉTATE DE)	81
EURO B1	112	FENOFRIBRATE-S	27	FLUOROURACIL	109
EURO D	112	FENOMAX	27	FLUOXETINE	60
EURO-ASA	45	FENO-MICRO	27	FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)	60
EURO-CAL	76	FENTANYL	50	FLUPENTHIXOL (DÉCANOATE DE)	63
EURO-CAL D	76	FER DEXTRAN	23	FLUPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE)	64
EURO-DOCUSATE	86	FER-IN-SOL	23	FLUPHÉNAZINE	64
EURO-FER	23	FERODAN	23	FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE)	64
EURO-FERROUS SULFATE	23	FERRATE	23	FLUPHÉNAZINE (DÉCANOATE DE)	64
EURO-FOLIC	111	FERROUS GLUCONATE	23	FLUPHENAZINE OMEGA	64
EURO-K 20	77	FERROUS SULFATE	23	FLURBIPROFÈNE	47
EURO-K 600	76	FEVERHALT	53	FLUTAMIDE	13
EURO-LAC	86	FEXOFÉNADINE (CHLORHYDRATE DE)	1	FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	81
EURO-SENNA	87	FILGRASTIM	25	FLUVASTATINE SODIQUE	28
EURO-SENNA S	86	FINACEA	109	FLUVOXAMINE	60
EUTHYROX	100	FINASTERIDE	115	FLUVOXAMINE (MALÉATE DE)	60
EVISTA	96	FINASTÉRIDE	115	FML	81
EXDOL-15	49	FINASTÉRIDE	115	FML FORTE	81
				FOLIC ACID	111
				FORADIL	18
				FORMALDÉHYDE, ACIDE LACTIQUE, ACIDE SALICYLIQUE	108

Page	Page	Page
FORMOTÉROL (FUMARATE DE) 18	GLUCONORM 98	HUMIRA 117
FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ) 18	GLUCOPHAGE 96	HUMULIN 30/70 CARTOUCHES 97
FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), BUDÉSONIDE 18	GLUCOSE OXIDASE, PEROXYDASE 75	HUMULIN 30/70 CARTOUCHES (ON) 97
FOSAMAX 115	GLYBURIDE 98	HUMULIN 30/70 VIAL 97
FOSAMPRÉNAVIR CALCIQUE 9	GLYBURIDE 98	HUMULIN N 98
FOSAVANCE 116	GLYCERIN ENFANT 86	CARTOUCHES/KWIKPEN
FOSINOPRIL 40	GLYCERIN ENFANT ET 86	HUMULIN N 98
FOSINOPRIL 10MG COMP 40	PEDIATRIQUE	CARTOUCHES/KWIKPEN (ON)
FOSINOPRIL SODIQUE 40	GLYCERINE 86	HUMULIN N VIAL 98
FOSINOPRIL SODIUM 40	GLYCÉRINE 86	HUMULIN R CARTOUCHES 97
FOURNITURES-POMPE À INSULINE 121	GLYCON 96	HUMULIN R CARTOUCHES (ON) 97
FRAGMIN 23	GOLIMUMAB 117	HUMULIN R VIAL 97
FRAMYCÉTINE (SULFATE DE) 80	GOLYTELY 86	HYCORT 106
FRAMYCÉTINE (SULFATE DE), GRAMICIDINE, DEXAMÉTHASONE 81	GOMME À MÂCHER NICOTINE 21	HYDERM 106
FRAXIPARINE 24	GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE) 13	HYDRALAZINE 30
FRAXIPARINE FORTE 24	GOUDRON DE HOUILLE 108	HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D') 30
FREESTYLE 75	GOUDRON DE HOUILLE, ACIDE SALICYLIQUE 109	HYDREA 13
FREESTYLE (ON) 75	GOUDRON DE HOUILLE, ACIDE SALICYLIQUE, SOUFRE 109	HYDROCHLOROTHIAZIDE 78
FREESTYLE LITE 75	GOUDRON DE HOUILLE, GOUARDON DE GÉNÉVRIER, GOUARDON DE PIN 109	HYDROCHLOROTHIAZIDE 78
FREESTYLE LITE (ON) 75	GOUDRON DE HOUILLE, GOUARDON DE GÉNÉVRIER, GOUARDON DE PIN 109	HYDROCORTISONE 93
FRISIUM 69	GOUDRON DE GÉNÉVRIER, GOUARDON DE PIN, ZINC (PYRITHIONE DE) 109	HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') 106
FUCIDIN 102	GRAINES DE PLANTAIN 86	HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC (SULFATE DE) 107
FUMARATE FERREUX 23	GRAMICIDINE, NÉOMYCINE (SULFATE DE), POLYMYXINE B (SULFATE DE) 80	HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC (SULFATE DE), PRAMOXINE (CHLORHYDRATE DE) 107
FUROSEMIDE 77		HYDROCORTISONE (VALÉRATE D') 107
FUROSÉMIDE 77		
FUSIDATE DE SODIUM 102	GRAMICIDINE, POLYMYXINE B (SULFATE DE) 80	HYDROCORTISONE, DIBUCAÏNE (CHLORHYDRATE DE), ESCULINE, FRAMYCÉTINE (SULFATE DE) 107
GABAPENTIN 56	GRANISETRON 88	HYDROCORTISONE, NÉOMYCINE (SULFATE DE), POLYMYXINE B (SULFATE DE) 81
GABAPENTINE 56	GRANISETRON 88	
GALANTAMINE 16	GRAVOL 88	
GANCICLOVIR SODIQUE 12	HABITROL 21	
GARAMYCIN 80	HALOBÉTASOL (PROPIONATE D') 106	HYDROCORTISONE, URÉE 107
GARAMYCIN OTIC 80	HALOPERIDOL 64	HYDROMORPH CONTIN 51
GARASONE 81	HALOPÉRIDOL 64	HYDROMORPHONE 50
GARASONE OPH./OT. 81	HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D') 64	HYDROMORPHONE 50
GASTROLYTE REG 76	HALOPERIDOL LA 64	HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D') 51
GD-AMLODIPINE 36	HEPALEAN 23	HYDROMORPHONE HP 10 50
GD-AMLODIPINE/ATORVASTATIN 37	HEPARIN LEO 24	HYDROMORPHONE HP 20 50
GD-ATORVASTATIN 27	HEPARIN LOCK FLUSH 24	HYDROMORPHONE HP 50 50
GD-GABAPENTIN 56	HEPARIN SODIQUE 10000U/ML 24	HYDROVAL 107
GEMFIBROZIL 27	HEPARIN SODIQUE 1000U/ML 23	HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D') 12
GEMFIBROZIL 27	HEPARINE LEO INJ 10000UNIT/ML 24	HYDROXYPROPYL CELLULOSE 84
GEN-CLONAZEPAM 55	HEPARINE LEO INJ 1000U/ML 23	HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELL ULOSE 84
GEN-CLOZAPINE 63	HEPARINE LEO INJ 25000UNIT/ML 24	
GEN-OMEPRAZOLE 91	HÉPARINE SODIQUE 23	
GENTAMICIN 80	HEPSERA 11	
GENTAMICINE (SULFATE DE) 80	HEPTOVIR 9	HYDROXYUREA 13
GLEEVEC 13	HEXALEN 13	HYDROXYURÉE 13
GLICLAZIDE 98	HEXIT 103	HYDROXYZINE 71
GLICLAZIDE 98	HOMATROPINE (BROMHYDRATE D') 82	HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D') 71
GLICLAZIDE MR 98	HP-PAC 90	HYPOTEARS 84
GLUCAGEN HYPOKIT 99	HUILE MINÉRALE 86	HYTRIN 32
GLUCAGEN VIAL 99	HUILE MINÉRALE, VASELINE 84	HYZAAR 44
GLUCAGON 99	HUMALOG 98	HYZAAR DS 44
GLUCAGON, SOURCE ADNR 99	CARTOUCHES/KWIKPEN	IBUPROFEN 47
GLUCOBAY 96	HUMALOG 98	IBUPROFÈNE 47
GLUCOLET 120	CARTOUCHES/KWIKPEN (ON)	IBUPROFÈNE 47
GLUCOLET 2 120	HUMALOG VIAL 98	IDOXURIDINE 103
GLUCONATE FERREUX 23	HUMATIN 12	

	Page		Page		Page
IMATINIB (MÉSYLATE D')	13	ISDN	31	KÉTOTIFÈNE (FUMARATE DE)	1
IMDUR	31	ISENTRESS	9	K-EXIT	77
IMIPRAMINE	60	ISONIAZIDE	8	KIVEXA	8
IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D')	60	ISOPROPYL MYRISTATE	103	KLEAN-PREP	87
IMITREX	71	ISOPTIN SR	39	K-LYTE	77
IMITREX DF	71	ISOPTO ATROPINE	82	KWELLADA-P	103
IMODIUM	85	ISOPTO CARBACHOL	82	KYTRIL	88
IMURAN	118	ISOPTO CARPINE	83	LABÉTALOL (CHLORHYDRATE DE)	34
INDAPAMIDE	78	ISOPTO HOMATROPINE	82	LACRI LUBE	84
INDAPAMIDE	78	ISOPTO TEARS	84	LACRISERT	84
INDERAL LA	35	ISOSORBIDE (DINITRATE D')	31	LACTAID	87
INDINAVIR (SULFATE D')	9	ISOSORBIDE-5-MONONITRATE	31	LACTAID EXTRA FORTE	87
INDOMÉTHACINE	47	ISOTAMINE	8	LACTASE	87
INFANTOL	113	ISOTRÉTINOÏNE	109	LACTEEZE DROPS	87
INFIXIMAB	117	ITEST	75	LACTOMAX	87
INFUFER	23	ITEST (ON)	75	LACTOMAX EXTRA	87
INHIBACE	39	ITEST LANCESTS 28G (100)	121	LACTOSE	122
INHIBACE PLUS	39	ITEST LANCESTS 33G (100)	121	LACTULOSE	76
INNOHEP	24	ITRACONAZOLE	7	LACTULOSE	86
INSULIN GLULISINE	97	JAMP IBUPROFEN	47	LAIT DE MAGNESIE	86
INSULINE (30% NEUTRE & ISOPHANE 70%)	97	JAMP ONDANSETRON	88	LAMICAL	56
BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE		JAMP SULFATE FERREUX	23	LAMISIL	7
INSULINE (40% NEUTRE & ISOPHANE 60%)	97	JAMP-AAS	45	LAMIVUDINE	9
BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE		JAMP-ACIDE FOLIQUE	111	LAMIVUDINE, ZIDOVUDINE	9
INSULINE (50% NEUTRE & ISOPHANE 50%)	97	JAMP-AMLODIPINE	36	LAMOTRIGINE	56
BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE		JAMP-BISACODYL	85	LAMOTRIGINE	56
INSULINE ASPART	97	JAMP-CALCIUM+VITAMINE D	76	LANCETTE	121
INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE	97	JAMP-CITALOPRAM	58	LANREOTIDE	114
INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE 30% & ISOPHANE 70%	97	JAMP-DIPHENHYDRAMINE	1	LANSOPRAZOLE	90
INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE CRYSTALLINE ZINC	97	JAMP-DOCUSATE	86	LANSOPRAZOLE ODT	90
INSULINE GLARNINE	97	JAMP-DOCUSATE CALCIUM	86	LANSOYL GEL	86
INSULINE GLULISINE	97	JAMP-DOCUSATE SODIUM	86	LANSOYL GEL SANS SUCRE	86
INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE 30% & ISOPHANE 70%	97	JAMP-FOSINOPRIL	40	LANTUS CARTRIDGE	97
INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE CRYSTALLINE ZINC DROPS	97	JAMP-MAGNESIUM	76	LANTUS SOLOSTAR	97
INSULINE LISPRO	98	JAMP-MULTIVITAMINE A/D/C	113	LANTUS VIAL	97
INSULINE LO DOSE MICRO 28G #320	122	JAMP-PRAVASTATIN	28	LANVIS	15
INSUPEN 29GX12MM	120	JAMP-QUETIAPINE	66	LASIX	77
INSUPEN 30GX8MM	120	JAMP-RAMIPRIL	42	LASIX SPECIAL	77
INSUPEN 31GX6MM	120	JAMP-SENNOSIDES	87	LATANOPROST	84
INSUPEN 31GX8MM	120	JAMP-SIMVASTATIN	29	LAX-A-DAY	87
INSUPEN 32GX6MM	120	JAMP-VITAMIN D	112	LECTOPAM	69
INSUPEN 32GX8MM	120	JAMP-VITAMINE B1	112	LEFLUNOMIDE	118
INTELENCE	9	JAMP-VITAMINE D	112	LÉFLUNOMIDE	118
INTERFÉRON ALPHA-2B	14	JANUMET	97	LENOLTEC NO.4	49
INTRON A	14	JANUVIA	97	LESCOL	28
INVIRASE	9	K 10	77	LESCOL XL	28
IOPIDINE	84	KADIAN	52	LETROZOLE	14
IPECA	88	KALETRA	9	LÉTROZOLE	14
IPÉCA	88	KAYEXALATE	77	LEUCOVORIN CALCIUM	115
IPRATROPIUM (BROMURE D')	17	K-DUR	77	LEUCOVORINE CALCIQUE	115
IPRATROPIUM (BROMURE D'), SALBUTAMOL	18	KENALOG-10	94	LEUKERAN	13
IRBESARTAN	43	KENALOG-40	94	LEUPROLIDE (ACÉTATE DE)	14
IRBESARTAN	43	KEPPRA	57	LEVAQUIN	5
IRBESARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE	43	KÉTOCONAZOLE	7	LEVATE	58
IRBESARTAN/HCTZ	43	KETODERM	103	LEVETIRACETAM	57
IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE AZIDE	43	KETOPROFEN	47	LÉVÉTIRACÉTAM	57
		KETOPROFEN SR	47	LÉVOBUNOLOL (CHLORHYDRATE DE)	83
		KETOPROFEN-E	47	LEVOCARB CR (CHLORHYDRATE DE)	72
		KÉTOPROFÈNE	47	LÉVOCARBASTINE (CHLORHYDRATE DE)	80
		KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)	82	LÉVOCARNITINE	77
		KETOSTIX	75		
		KETOSTIX REG. (50)	75		

	Page		Page		Page
LÉVODOPA, BENSÉRAZIDE	72	LOXAPINE (SUCCINATE DE)	64	MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE)	100
LÉVODOPA, CARBIDOPA	72	LOZIDE	78	MEFENAMIC	46
LÉVODOPA, CARBIDOPA, ENTACAPONE	72	LUBRICATING NASAL GEL	84	MEGACE	14
LÉVOFLOXACINE	5	LUBRICATING NASAL MIST	84	MEGESTROL	14
LÉVONORGESTREL	95	LUER LOCK (JETABLES) 30CC	119	MÉGESTROL (ACÉTATE DE)	14
LÉVONORGESTREL DISPOSITIF INTRAUTÉRIN	95	LUMIGAN	84	MELOXICAM	48
LÉVOTHYROXINE SODIQUE	100	LUPRON DEPOT	14	MÉLOXICAM	48
LIDEMOL	106	LUVOX	60	MELPHALAN	14
LIDEX	106	LYDERM	106	MEPERIDINE	51
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	107	LYSODREN	14	MÉPÉRIDINE	51
LIDOCAÏNE, PRILOCAÏNE	107	M.O.S. 10	51	MÉPÉRIDINE (CHLORHYDRATE DE)	51
LIDODAN VISQUEUSE	107	M.O.S. 20	51	MEPRON	12
LIFESCAN RÉGULIER	121	M.O.S. 40	51	MERCAPTOPURINE	14
LINCTUS CODEINE	49	M.O.S. 50	52	MESALAZINE	92
LINDANE	103	M.O.S. 60	51	MESASAL	92
LINESSA 21	94	M.O.S. SR	51	M-ESLON	52
LINESSA 28	94	M.O.S. SULFATE	52	MESTINON	16
LINÉZOLIDE	7	MACROGOL, POTASSIUM CHLORIDE, SODIUM	86	MESTINON-SR	16
LORESAL	21	BICARBONATE, SODIUM		MÉSUXIMIDE	55
LORESAL DS	21	CHLORIDE, SODIUM SULFATE		METADOL	51
LIPASE, AMYLASE, PROTÉASE	87	MACROGOL, PROPYLENE GLYCOL	84	METAMUCIL TEXT/LIS ORANGE	87
LIPIDIL EZ	27	MAG OXIDE	85	METAMUCIL TEXT/LIS ORANGE	87
LIPIDIL MICRO	27	MAGIC BULLET	86	S/F	
LIPIDIL SUPRA	27	MAGNESIUM	76	METAMUCIL TEXT/LIS SANS SAVEUR	87
LIPITOR	27	MAGNÉSIUM	76	METAMUCIL TEXTURE ORIGINALE	87
LISINOPRIL	41	MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)	86	METFORMIN	96
LISINOPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE	41	MAGNESIUM CITRATE	76	MÉTHADONE	51
LISINOPRIL/HCTZ (Z)	41	MAGNESIUM GLUCONATE	76	MÉTHADONE	51
LITHANE	71	MAGNESIUM OXIDE	85	MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)	51
LITHIUM (CARBONATE DE)	71	MAGNIFIER	121	METHADONE	51
LITHIUM (CITRATE DE)	71	MAJEPTIL	68	POUDRE(DOULEUR)	
LIVOSTIN	80	MALÉATE DE TIMOLOL-EX	83	METHAZOLAMIDE	83
LOCACORTEN-VIOFORM	81	MANERIX	61	MÉTHAZOLAMIDE	83
LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE)	84	MAPROTILINE (CHLORHYDRATE DE)	60	METHFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	96
LOESTRIN 1.5/30	21	MAR-AMLODIPINE	36	METHOTREXATE	14
LOESTRIN 1.5/30	28	MAR-ATENOLOL	33	MÉTHOTREXATE SODIQUE	14
LOMUSTINE	14	MARAVIROC	9	MÉTHOTRIMÉPRAZINE	64
LONITEN	30	MAR-CITALOPRAM	58	MÉTHOXSALEN	109
LOPERAMIDE	85	MAR-LETROZOLE	14	METHYLDOPA	30
LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	85	MAR-ONDANSETRON	88	MÉTHYLDOPA	30
LOPINAVIR, RITONAVIR	9	MAR-RISPERIDONE	66	MÉTHYLDOPA, HYDROCHLOROTHIAZIDE	30
LOPRESOR	35	MAR-SIMVASTATIN	29	METHYLPHENIDATE	68
LOPRESOR SR	35	MARVELON 21	94	MÉTHYLPHÉNIDATE	68
LORATADINE	1	MARVELON 28	94	MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	69
LORATADINE	1	MATERNA	105	METHYLPREDNISOLONE	93
LORAZÉPAM	70	MAVIK	42	MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	69
LOSARTAN POTASSIQUE	44	MAXALT	71	METHYLPREDNISOLONE	93
LOSARTAN POTASSIQUE, HYDROCHLOROTHIAZIDE	44	MAXALT RPD	71	MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	69
LOSEC	91	MAXIDEX	81	METHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)	93
LOTENSIN	39	MAXIMUM STRENGTH ACID REDUCER	90	MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	92
LOTRIDERM	105	M-CAL D	76	MÉTOLAZONE	78
LOUPE A SERINGUE	121	MÉBENDAZOLE	2	METOPROLOL	34
LOVASTATIN	28	MEDISENSE	121	MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)	34
LOVASTATINE	28	MEDISENSE TLC	120	METOPROLOL SR	35
LOVENEX HP	23	MED-LETROZOLE	14	METOPROLOL-L	34
LOVENOX	23	MEDROL	93	METROCREAM	104
LOXAPINE (CHLORHYDRATE DE)	64	MEDROXY	100	METROGEL	104
		MEDROXYPROGESTERONE	100	METROLOTION	104

Page	Page	Page	Page		
METRONIDAZOLE MÉTRONIDAZOLE	12	MONISTAT-DERM MONOJECT	103	MYLAN-CARBAMAZEPINE CR MYLAN-CARVEDILOL	55
MÉTRONIDAZOLE, AVOBENZONE, OCTINOXATE	104	MONOJECT (100) MONOJECT (30)	121	MYLAN-CILAZAPRIL MYLAN-CIMETIDINE	39
MÉTRONIDAZOLE, NYSTATINE	104	MONOJECT JETABLES (100)	121	MYLAN-CIPROFLOXACIN MYLAN-CITALOPRAM	5
MEVACOR	28	MONOJECT JETABLES (30)	121	MYLAN-CLARITHROMYCIN MYLAN-CLINDAMYCIN	3
MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE)	26	MONOJECTOR	120	MYLAN-CLOBETASOL MYLAN-CLONAZEPAM	105
MIACALCIN	100	MONOLET MINCE	121	MYLAN-COMBOP	54
MICARDIS	44	MONOLET ORIGINAL	121	MYLAN-CYCLOPRINE	18
MICARDIS PLUS	44	MONOPRIL	40	MYLAN-DOMPERIDONE	20
MICATIN	103	MONTELUKAST	79	MYLAN-DOXAZOSIN	89
MICONAZOLE	103	MONTÉLUKAST	79	MYLAN-ENALAPRIL	32
MICONAZOLE (NITRATE DE)	103	MORPHINE (CHLORHYDRATE DE)	51	MYLAN-ETI-CAL CP MYLAN-ETIDRONATE	40
MICOZOLE	103	MORPHINE (SULFATE DE)	52	MYLAN-FAMOTIDINE	116
MICRO-FINE	121	MORPHINE HP 25	52	MYLAN-FENOFLIBRATE	89
MICRO-K EXT	76	MORPHINE HP 50	52	MYLAN-FIBRO	27
MICROLAX	87	MORPHINE LP	52	MYLAN-FINASTERIDE	27
MICROLET	120	MORPHINE SR	52	MYLAN-FLUCONAZOLE	115
MICRONOR 28	95	MORPHINE SULFATE	52	MYLAN-FLUOXETINE	7
MIDAMOR	77	MOTRIN	47	MYLAN-FOSINOPRIL	60
MIGRALAN	20	MOTRIN JUNIOR	47	MYLAN-GABAPENTIN	40
MINERAL OIL (HEAVY)	86	MOTRIN POUR ENFANTS	47	MYLAN-GALANTAMINE ER	56
MINERAL OIL, WHITE PETROLATUM	84	MPD FINES (100)	121	MYLAN-GEMFIBROZIL	27
MINESTRIN 1/20 21	95	MPD FINES (200)	121	MYLAN-GLICLAZIDE	98
MINESTRIN 1/20 28	95	MS CONTIN SR	52	MYLAN-GLYBE	98
MINIPRESS	32	MS IR	52	MYLAN-HYDROXYCHLOROQUINE	12
MINITRAN	31	MUCILLIUM	86	MYLAN-HYDROXYUREA	13
MINOCIN	6	MULTI-PRE AND POST NATAL	113	MYLAN-INDAPAMIDE	78
MINOCYCLINE	6	MULTITAR PLUS	109	MYLAN-IPRATROPIUM	18
MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)	6	MULTI-TAR PLUS DOUX	109	MYLAN-IPRATROPIUM UDV	18
MIN-OVRAL 21	94	MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES	113	MYLAN-IRBESARTAN	43
MIN-OVRAL 28	94	MULTIVITAMINES PRÉNATALES	113	MYLAN-LAMOTRIGINE	56
MINOXIDIL	30	MUPIROCINE	102	MYLAN-LANSOPRAZOLE	90
MINT-AMLODIPINE	36	MURO-128	84	MYLAN-LEFLUNOMIDE	118
MINT-ATENOLOL	33	MYCOBUTIN	8	MYLAN-LEVOFLOXACIN	5
MINT-CIPROFLOXACIN	5	MYCOPHÉNOLATE SODIQUE	118	MYLAN-LISINOPRIL	41
MINT-CITALOPRAM	58	MYDFRIN	82	MYLAN-LISINOPRIL HCTZ	41
MINT-ONDANSETRON	88	MYFORTIC	118	MYLAN-LOVASTATIN	28
MINT-PIOGLITAZONE	99	MYHEALTH SYRINGE CASE-7	122	MYLAN-MELOXICAM	48
MINT-PRAVASTATIN	28	MYHEALTH SYRINGE CASE-	122	MYLAN-METFORMIN	96
MINT-RISPERIDONE	66	UNIQUE		MYLAN-METOPROLOL (TYPE L)	34
MINT-SIMVASTATIN	29	MYLAN ZOLMITRIPTAN	72	MYLAN-MINOCYCLINE	6
MINT-TOPIRAMATE	57	MYLAN-ACEBUTOLOL	33	MYLAN-MIRTAZAPINE	60
MIOSTAT	83	MYLAN-ACEBUTOLOL (TYPE S)	33	MYLAN-MONTELUKAST	79
MIRAPEX	73	MYLAN-ACYCLOVIR	11	MYLAN-NAPROXEN	48
MIRAPEX (ONT)	73	MYLAN-ALENDRONATE	115	MYLAN-NAPROXEN EC	48
MIRENA	95	MYLAN-ALPRAZOLAM	69	MYLAN-NIFEDIPINE ER	37
MIRTAZAPINE	60	MYLAN-AMANTADINE	8	MYLAN-NITRO	31
MIRTAZAPINE	60	MYLAN-AMILAZIDE	77	MYLAN-OLANZAPINE	64
MISOPROSTOL	90	MYLAN-AMIODARONE	26	MYLAN-OMEPRAZOLE	91
MISOPROSTOL	90	MYLAN-AMLODIPINE	36	MYLAN-ONDANSETRON	88
MITOTANE	14	MYLAN-AMOXICILLINE	3	MYLAN-OXYBUTYNIN	110
MOBICOX	48	MYLAN-ANAGRELIDE	25	MYLAN-PANTOPRAZOLE	91
MOCLOBÉMIDE	61	MYLAN-ATENOLOL	33	MYLAN-PAROXETINE	61
MODAFINIL	69	MYLAN-ATORVASTATIN	27	MYLAN-PIOGLITAZONE	99
MODAFINIL	69	MYLAN-AZATHIOPRINE	118	MYLAN-PRAVASTATIN	28
MODECATE	64	MYLAN-AZITHROMYCIN	3	MYLAN-PROPAFENONE	26
MOFÉTILMYCOPHÉNOLATE	118	MYLAN-BACLOFEN	21	MYLAN-QUETIAPINE	66
MOGADON	70	MYLAN-BECLO AQ	81	MYLAN-RAMIPRIL	42
MOMÉTASONE (FUROATE DE)	81	MYLAN-BICALUTAMIDE	13		
MONISTAT 3	103	MYLAN-BUDESONIDE AQ	81		
MONISTAT 7	103	MYLAN-CAPTOPRIL	39		

Page	Page	Page
MYLAN-RANITIDINE 90	NÉOSTIGMINE (BROMURE DE) 16	NOVA MAX (ON) 75
MYLAN-RISEDRONATE 116	NERISALIC HUILEUESE 106	NOVAMILOR 77
MYLAN-RISPERIDONE 66	NERISONE 106	NOVAMOXIN 3
MYLAN-RIVASTIGMINE 17	NERISONE HUILEUSE 106	NOVAMOXIN SUGAR REDUCED 4
MYLAN-SALBUTAMOL PF 19	NEULASTA 25	NOVASEN 45
MYLAN-SELEGILINE 74	NEULEPTIL 65	NOVA-T IUD 74
MYLAN-SERTRALINE 62	NEUPOGEN 25	NOVO 5-ASA 92
MYLAN-SIMVASTATIN 29	NEURONTIN 56	NOVO-BETAHISTINE 114
MYLAN-SOTALOL 36	NÉVIRAPINE 9	NOVO-DOCUSATE 86
MYLAN-SUMATRIPTAN 71	NEXT CHOICE 95	NOVO-DOCUSATE CALCIUM 86
MYLAN-TAMOXIFEN 15	NIACIN SANS LEVURE 111	NOVO-DOMPERIDONE 89
MYLAN-TAMSULOSIN 20	NIACINE 111	NOVO-DOXAZOSIN 32
MYLAN-TERBINAFINE 7	NICODERM 22	NOVO-DOXEPIN 59
MYLAN-TICLOPIDINE 25	NICORETTE 21	NOVO-DOXYLIN 6
MYLAN-TIMOLOL 83	NICORETTE LOZENGE 21	NOVO-ENALAPRIL 40
MYLAN-TIZANIDINE 20	NICORETTE PLUS 21	NOVO-ENALAPRIL/HCTZ 40
MYLAN-TOPIRAMATE 57	NICOTINE (GOMME À MÂCHER) 21	NOVO-ETIDRONATECAL KIT 116
MYLAN-TRAZODONE 62	NICOTINE (INHALATEUR) 21	NOVO-FAMOTIDINE 89
MYLAN-VALACYCLOVIR 12	NICOTINE (PASTILLE) 21	NOVO-FENOFIBRATE 27
MYLAN-VALPROIC 55	NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ) 21	NOVO-FENOFIBRATE-S 27
MYLAN-VALSARTAN HCTZ 44	NICOTINE TRANSDERMAL 22	NOVO-FENTANYL 50
MYLAN-VENLAFAXINE XR 63	NICOTROL TRANSDERMAL 21	NOVO-FERROGLUC 23
MYLAN-VERAPAMIL 38	NICOUMALONE 24	NOVO-FINASTERIDE 115
MYLAN-VERAPAMIL SR 39	NIDAGEL 104	NOVOFINE 120
MYLAN-WARFARIN 24	NIFEDIPINE 37	NOVOFINE 30G 120
MYLERAN 13	NIFÉDIPINE 37	NOVOFINE 32G 6MM 120
MYL-LETROZOLE 14	NILUTAMIDE 14	NOVOFINE STYLO INSULINE 28G 120
MYL-RANITIDINE 90	NIMODIPINE 37	NOVOFINE STYLO INSULINE 30G 120
MYOCHRYSCINE 92	NIMOTOP 37	NOVO-FLUCONAZOLE 7
NABILONE 89	NITOMAN 74	NOVO-FLUOXETINE 60
NADOLOL 35	NITRAZADON 70	NOVO-FLURPROFEN 47
NADOLOL 35	NITRAZÉPAM 70	NOVO-FLUVOXAMINE 60
NADROPARINE CALCIQUE 24	NITRO-DUR 31	NOVO-FOSINOPRIL 40
NADRYL 1	NITROFURANTOIN 12	NOVO-FURANTOIN 12
NAFARELLINE (ACÉTATE DE) 96	NITROFURANTOÏNE 12	NOVO-GABAPENTIN 56
NALCROM 79	NITROGLYCÉRINE 31	NOVO-GEMFIBROZIL 27
NAPHAZOLINE (CHLORHYDRATE DE) 82	NITROL 31	NOVO-GESIC 53
NAPHCON FORTE 82	NITROLINGUAL POMPE 31	NOVO-GLICLAZIDE 98
NAPROSYN 48	NITROSTAT 31	NOVO-GLYBURIDE 98
NAPROSYN E 48	NIX 103	NOVO-HYDRAZIDE 78
NAPROSYN SR 48	NIX DERMAL 103	NOVO-HYDROXYZIN 71
NAPROXEN 48	NIZATIDINE 89	NOVO-HYLAZIN 30
NAPROXEN 48	NIZATIDINE 90	NOVO-INDAPAMIDE 78
NAPROXEN EC 48	NIZORAL 103	NOVO-IPRAMIDE 18
NAPROXEN NA 48	NOLVADEX D 15	NOVO-KETOCONAZOLE 7
NAPROXEN SODIQUE 48	NON-INSULIN (JETABLES) 10CC 119	NOVO-KETOTIFEN 1
NAPROXEN SODIQUE 48	NON-INSULINE 1CC 119	NOVO-LAMOTRIGINE 56
NAPROXEN-NA DF 48	NON-INSULINE 3CC 119	NOVO-LANSOPRAZOLE 90
NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE) 71	NON-INSULINE 5CC 119	NOVO-LEFLUNOMIDE 118
NARDIL 62	NON-INSULINE (JETABLES) 1CC 119	NOVO-LEVOCARBIDOPA 72
NASACORT AQ 81	NON-INSULINE (JETABLES) 3CC 119	NOVO-LEVOFLOXACIN 5
NASONEX 81	NON-INSULINE (JETABLES) 5CC 119	NOVO-LEXIN 2
NATÉGLINIDE 98	NORÉTHINDRONE 95	NOVOLIN GE 30/70 PENFILL 97
NATULAN 15	NORFLOXACIN 5	NOVOLIN GE 30/70 PENFILL (ON) 97
NAUSEATOL 88	NORFLOXACINE 5	NOVOLIN GE 30/70 VIAL 97
NAVANE 68	NORITATE 104	NOVOLIN GE 40/60 PENFILL 97
NÉDOCROMIL DE SODIUM 114	NORLEVO 95	NOVOLIN GE 50/50 PENFILL 97
NELFINAVIR (MÉSYLATE DE) 9	NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE) 61	NOVOLIN GE NPH PENFILL 98
NEO CAL-D-500 76	NORVASC 36	NOVOLIN GE NPH PENFILL (ON) 98
NEO FER 23	NORVIR 9	NOVOLIN GE TORONTO PENFILL 97
NEO-HC 106	NORVIR SEC 9	NOVOLIN GE TORONTO PENFILL 97
NEORAL 118	NOVA MAX 75	NOVOLIN GE TORONTO VIAL 97

Page	Page	Page			
NOVO-LISINOPRIL (TYPE P)	41	NOVO-SERTRALINE	62	NU-FLUOXETINE	60
NOVO-LISINOPRIL (TYPE Z)	41	NOVO-SIMVASTATIN	29	NU-FLURBIPROFEN	47
NOVO-LOPERAMIDE	85	NOVO-SOTALOL	36	NU-FLUVOXAMINE	60
NOVO-LORAZEM	70	NOVO-SPIROTAN	45	NU-FUROSEMIDE	77
NOVO-LOVASTATIN	28	NOVO-SPIROZINE-25	45	NU-GEMFIBROZIL	27
NOVO-MAPROTILINE	60	NOVO-SPIROZINE-50	45	NU-GLYBURIDE	98
NOVO-MEDDRONE	100	NOVO-SUCRALATE	90	NU-HYDRAL	30
NOVO-MELOXICAM	48	NOVO-SUMATRIPTAN	71	NU-HYDRO	78
NOVO-MEPRAZINE	64	NOVO-SUMATRIPTAN DF	71	NU-IBUPROFEN	47
NOVO-METFORMIN	96	NOVO-SUNDAC	49	NU-INDAPAMIDE	78
NOVO-METHACIN	47	NOVO-TEMAZEPAM	70	NU-INDO	47
NOVO-METHOTREXATE	14	NOVO-TERBINAFINE	7	NU-IPRATROPIUM UDV	18
NOVO-METHYLPHENIDATE ER	69	NOVO-THEOPHYL SR	111	NU-KETOCON	7
NOVO-MEXILETINE	26	NOVO-TIAPROFENIC	46	NU-KETOPROFEN	47
NOVO-MINOXYCLINE	6	NOVO-TIMOL	83	NU-KETOTIFEN	1
NOVO-MIRTAZAPINE	61	NOVO-TOPIRAMATE	57	NU-LEVOCARB	72
NOVO-MIRTAZAPINE OD	61	NOVO-TRAZODONE	62	NU-LORAZ	70
NOVO-MOCLOBEMIDE	61	NOVO-TRIAMZIDE	77	NU-LOVASTATIN	28
NOVO-MORPHINE SR	52	NOVO-TRIMEL	6	NU-LOXAPINE	64
NOVO-NADOLOL	35	NOVO-TRIMEL DS	6	NU-MEDROXY	100
NOVO-NAPROX	48	NOVO-TRIPRAMINE	63	NU-MEFENAMIC	46
NOVO-NAPROX SODIUM	48	NOVO-VALPROIC	55	NU-MEGESTROL	14
NOVO-NAPROX SODIUM DS	48	NOVO-VENLAFAXINE XR	63	NU-METFORMIN	96
NOVO-NARATRIPTAN	71	NOVO-VERAMIL	38	NU-METOCLOPRAMIDE	92
NOVO-NIZATIDINE	89	NOVO-VERAMIL SR	39	NU-METOP	35
NOVO-NORFLOXACIN	5	NOVO-WARFARIN	24	NU-MOCLOBEMIDE	61
NOVO-NORTRIPTYLINE	61	NU-ACEBUTOLOL	33	NU-NAPROX	48
NOVO-OFLOXACIN	5	NU-ACYCLOVIR	11	NU-NIFED	37
NOVO-OLANZAPINE	64	NU-ALPRAZ	69	NU-NIFEDIPINE PA	37
NOVO-OLANZAPINE ODT	65	NU-AMILZIDE	77	NU-NORTRIPTYLINE	61
NOVO-ONDANSETRON	88	NU-AMOXI	3	NU-OXYBUTYN	110
NOVO-OXYBUTYNIN	110	NU-AMPI	4	NU-PAROXETINE	61
NOVO-PANTOPRAZOLE	91	NU-ATENOL	33	NU-PEN VK	4
NOVO-PAROXETINE	61	NU-AZATHIOPRINE	118	NU-PENTOXIFYL	25
NOVO-PEN VK	4	NU-BACLO	21	NU-PINDOL	35
NOVO-PERIDOL	64	NU-BECLOMETHASONE	81	NU-PIROX	48
NOVOPHENIRAM	1	NU-BROMAZEPAM	69	NU-PRAVASTATIN	28
NOVO-PINDOL	35	NU-CAL	76	NU-PRAZO	32
NOVO-PIOGLITAZONE	99	NU-CAL D	76	NU-PROCHLOR	66
NOVO-PIROCAM	48	NU-CAPTO	39	NU-PROPRANOLOL	36
NOVO-PRAMINE	60	NU-CARBAMAZEPINE	55	NU-RANIT	90
NOVO-PRAMIPEXOLE	73	NU-CEFACLOR	2	NU-SALBUTAMOL	18
NOVO-PRANOL	36	NU-CEPHALEX	2	NU-SELEGILINE	74
NOVO-PRAVASTATIN	28	NU-CIMET	89	NU-SERTRALINE	62
NOVO-PRAZIN	32	NU-CITALOPRAM	58	NU-SIMVASTATIN	29
NOVO-PREDNISONE	94	NU-CLONAZEPAM	54	NU-SOTALOL	36
NOVO-PROFEN	47	NU-CLONIDINE	30	NU-SUCRALFATE	90
NOVO-QUETIAPINE	66	NU-CLOXI	4	NU-SULFINPYRAZONE	78
NOVO-RABEPRAZOLE	92	NU-COTRIMOX	6	NU-SULINDAC	49
NOVO-RALOXIFENE	96	NU-COTRIMOX DS	6	NU-TEMAZEPAM	70
NOVO-RAMIPRIL	42	NU-CROMOLYN	79	NU-TERAZOSIN	32
NOVO-RANIDINE	90	NU-CYCLOBENZAPRINE	20	NU-TERBINAFINE	7
NOVO-RANITIDINE	90	NU-DESIPRAMINE	59	NU-TETRA	6
NOVORAPID	97	NU-DICLO	46	NU-TIAPROFENIC	46
NOVORAPID VIAL	97	NU-DICLO SR	46	NU-TICLOPIDINE	25
NOVO-RISEDRONATE	116	NU-DIFLUNISAL	47	NU-TIMOLOL	36
NOVO-RISPERIDONE	66	NU-DILTIAZ	38	NU-TRAZODONE	62
NOVO-RIVASTIGMINE	17	NU-DILTIAZ CD	38	NU-TRAZODONE D	62
NOVO-RYTHRO ESTOLATE	3	NU-DIVALPROEX	55	NU-TRIAZIDE	77
NOVO-RYTHRO	3	NU-DOMPERIDONE	89	NU-TRIMIPRAMINE	63
ETHYLSUCCINATE		NU-DOXYCYCLINE	6	NU-VALPROIC	55
NOVO-SALBUTAMOL HFA	19	NU-ERYTHRAMYCIN S	3	NU-UVARING	94
NOVO-SELEGILINE	74	NU-FAMOTIDINE	89	NU-VERAP	38
NOVO-SEMIDE	77	NU-FENOFIBRATE	27	NU-VERAP SR	39

	Page		Page		Page
NYADERM	103	OWEN MUMFORD UNIFINE PENTIPS 5/16 POUCE	120	PEGINTERFÉRON ALFA-2A, RIBAVIRINE	10
NYSTATINE	7	OXAZEPAM	70	PEGINTERFÉRON ALFA-2B	10
O-CALCIUM 500	76	OXAZÉPAM	70	PEGINTERFÉRON ALFA-2B, RIBAVIRINE	11
OCCLUSAL HP	108	OXEZE TURBUHALER	18	PEGLYTE	86
OCTRÉOTIDE	114	OXSORALEN	109	PÉNICILLAMINE	92
OCTREOTIDE ACETATE OMEGA	114	OXTRIPTYLLINE	111	PENICILLINE V	4
OCUFLOX	80	OXY 5	104	PÉNICILLINE V POTASSIQUE	4
ODAN K-20	77	OXYBUTYN	110	PENLET PLUS	120
ODAN K-8 POT CHLORIDE COMP	76	OXYBUTYNIN	110	PENTAMYCETIN	80
ODANS LIQUOR CARBONIS	108	OXYBUTYNINE	110	PENTASA	92
DETERGENT		OXYBUTYNINE (CHLORURE D')	110	PENTAZOCINE (CHLORHYDRATE DE)	53
OESCLIM	95	OXYCODONE	53	PENTAZOCINE (LACTATE DE)	53
OFLOXACIN	5	OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')	53	PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE)	114
OFLOXACINE	5	OXYDERM	49	PENTOXIFYLLINE	25
OGEN	96	OXY-IR	104	PENTRAX	108
OLANZAPINE	64	OYSTER SHELL CALCIUM	76	PEPCID	89
OLANZAPINE	64	P&S PLUS	109	PEPTO BISMOL	85
OLANZAPINE ODT	65	PALAFER	23	PEROCET	49
OLESTYR LEGER	26	PAMIDRONATE DISODIQUE	116	PEROCET DEMI	49
OLESTYR REGULIER	26	PAMIDRONATE DISODIUM	116	PERICHLOR	82
OLMESARTAN MEDOXOMIL	44	PANCREASE MT 10	88	PÉRICYAZINE	65
OLMESARTAN MEDOXOMIL, HYDROCHLORTHIAZIDE	44	PANCREASE MT 16	88	PERIDEX	82
OLMETEC	44	PANCREASE MT 4	87	PERINDOPRIL ERBUMINE	41
OLMETEC PLUS	44	PANOXYL	104	PERINDOPRIL ERBUMINE, INDAPAMIDE	41
OLSALAZINE SODIQUE	92	PANOXYL AQUAGEL	104	PERINDOPRIL ERBUMINE, INDAPAMIDE	41
OMEPRAZOLE	91	PANOXYL-10	104	PERINDOPRIL ERBUMINE, INDAPAMIDE	41
OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEN (AP)	91	PANOXYL-20	104	PERINDOPRIL ERBUMINE, INDAPAMIDE	41
OMÉPRAZOLE, OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEN (SANS AP)	91	PANOXYL-5	104	PERIODARD	82
ONDANSETRON	88	PANSEMENT ADHÉSIF AVEC COTON	121	PERMÉTHRINE	103
ONDANSÉTRON (CHLORHYDRATE DIHYDRATÉ)	88	PANSEMENT ADHÉSIF SANS COTON	121	PEROXIDE D'HYDROGENE	104
ONDANSETRON-ODAN	88	PANTOLOC	91	PEROXIDE D'HYDROGÈNE	104
ONE TOUCH DELICA	121	PANTOPRAZOLE	91	PEROXIDE D'HYDROGENE 10V	104
ONE TOUCH ULTRA	75	PANTOPRAZOLE MAGNESIUM	91	PERPHÉNAZINE	65
ONE TOUCH ULTRA (ON)	75	PANTOPRAZOLE SODIQUE	91	PETHIDINE	51
ONE TOUCH ULTRA SOFT	121	PARIET EC	92	PHÉNELZINE (SULFATE DE)	62
ONE-ALPHA	112	PARNATE	62	PHENOBARB	54
OPTICHAMBER	119	PAROMOMYCINE (SULFATE DE)	12	PHÉNOBARBITAL	54
OPTICHAMBER MASQUE GRAND	119	PAT-GALANTAMINE ER	16	PHENYLEPHRINE	82
OPTICHAMBER MASQUE MOYEN	119	PAXIL	61	PHÉNÉLÉPHRINE (CHLORHYDRATE DE)	82
OPTICHAMBER MASQUE PETIT	119	PEDIAFER	23	PHENYLEPHRINE MINIMS	82
OPTICROM	79	PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)	61	PHÉNITOÏNE	55
OPTIHALER	119	PARSITAN	72	PHL-AMIODARONE	26
OPTIMYXIN	80	PATE D'IHLES	108	PHL-AMLODIPINE	36
OPTIMYXIN OPH./OT.	80	PAT-GALANTAMINE ER	16	PHL-ATENOLOL	33
OPTIMYXIN PLUS OPH./OT.	80	PAXIL	61	PHL-AZITHROMYCIN	3
ORACORT	107	PEDIAFER	23	PHL-BACLOFEN	21
ORAP	65	PEDIALYTE	76	PHL-CARVEDILOL	34
ORCIPRÉNALINE (SULFATE D')	18	PEDIAPHEN	54	PHL-CIPROFLOXACIN	5
ORENCIA	117	PEDIAPHEN CHEWABLE	53	PHL-CITALOPRAM	58
ORTHO 0.5/35 28	95	PEDIAPRED	94	PHL-CLONAZEPAM	54
ORTHO 7/7/7 21	95	PEDIATRIC ELECTROLYTE	76	PHL-CLONAZEPAM-R 0.5MG	54
ORTHO 7/7/7 28	95	PEDIATRIX	54	PHL-CYCLOBENZAPRINE	20
ORTHO 0.5/35 21	95	PEDIAVIT	113	PHL-DEXAMETHASONE	93
ORTHO 1/35 28	95	PEDIAVIT D	112	PHL-FLUOXETINE	60
ORTHO 1/35 21	95	PEG 3350	87	PHL-INDAPAMIDE	78
ORTHO CEPT 28	94	PEGASYS	10	PHL-LOXAPINE	64
OSTOFORTE	112	PEGASYS RBV	10	PHL-MELOXICAM	48
OTRIVIN SALINE	84	PEGETRON	11	PHL-ONDANSETRON	88
OWEN MUMFORD UNIFINE	120	PEGETRON REDIPEN	11	PHL-PIOGLITAZONE 15MG COMP	99
PENTIP		PEGFILGRASTIM	25	PHL-PIOGLITAZONE 30MG COMP	99
OWEN MUMFORD UNIFINE	120	PEGINTERFÉRON ALFA-2A	10		
PENTIPS 1/4 POUCE					

Page	Page	Page			
PHL-PIOGLITAZONE 45MG COMP	99	PMS-ATENOLOL	33	PMS-GENTAMICINE	80
PHL-QUETIAPINE	66	PMS-ATORVASTATIN	27	PMS-GLYBURIDE	98
PHL-RANITIDINE	90	PMS-AZITHROMYCIN	3	PMS-HALOPERIDOL	64
PHL-RISPERIDONE	66	PMS-BACLOFEN	21	PMS-HALOPERIDOL LA	64
PHL-SERTRALINE	62	PMS-BENZTROPINE	72	PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE	78
PHL-SIMVASTATIN	29	PMS-BENZYDAMINE	82	PMS-HYDROMORPHONE	50
PHL-SOTALOL	36	PMS-BEZAFIBRATE	27	PMS-HYDROXYZINE	71
PHL-TOPIRAMATE	57	PMS-BICALUTAMIDE	13	PMS-IBUPROFEN	47
PHL-TRAZODONE	62	PMS-BISACODYL	85	PMS-INDAPAMIDE	78
PHL-URSODIOL C	87	PMS-BISOPROLOL	34	PMS-IPRATROPIUM	18
PHL-VALPROIC ACID	55	PMS-BRIMONIDINE	82	PMS-IPRATROPIUM UDV	17
PHL-VERAPAMIL SR	39	PMS-BROMOCRIPTINE	73	PMS-IRBESARTAN	43
PHOSLAX	87	PMS-BUPROPION SR	58	PMS-IRBESARTAN/HCT	43
PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM, PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM	86	PMS-CALCIUM	76	PMS-ISMN	31
PICO-SALAX	85	PMS-CALCIUM/VITAMIN D	76	PMS-ISONIAZID	8
PIED D'ATHLETE VAPORISATEUR	103	PMS-CAPTOPRIL	39	PMS-ISOSORBIDE	31
PILE POUR POMPE À INSULINE	121	PMS-CARBAMAZEPINE	55	PMS-KETOPROFEN	47
PILOCARPINE	83	PMS-CARBAMAZEPINE CR	55	PMS-KETOTIFEN	1
PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE)	83	PMS-CARVEDILOL	34	PMS-LACTULOSE	86
PILOCARPINE (NITRATE DE)	84	PMS-CEPHALEXIN	2	PMS-LAMOTRIGINE	56
PILOCARPINE NITRATE MINIMS	84	PMS-CETIRIZINE	1	PMS-LEFLUNOMIDE	118
PILOPINÉ HS	83	PMS-CILAZAPRIL	39	PMS-LETROZOLE	14
PIMÉCROLIMUS	109	PMS-CIMETIDINE	89	PMS-LEVETIRACETAM	57
PIMOZIDE	65	PMS-CIPROFLOXACIN	5	PMS-LEVOBUNOLOL	83
PINDOLOL	35	PMS-CITALOPRAM	58	PMS-LEVOFLOXACIN	5
PINDOLOL	35	PMS-CLARITHROMYCIN	3	PMS-LIDOCAINE VISQUEUSE	107
PINDOLOL, HYDROCHLOROTHIAZIDE	35	PMS-CLOBAZAM	69	PMS-LINDANE	103
PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)	99	PMS-CLOBETASOL	105	PMS-LISINOPRIL	41
PIOGLITAZONE CHL	99	PMS-CLONAZEPAM	54	PMS-LITHIUM CARBONATE	71
PIPÉRONYLE (BUTOXYDE DE), PYRÉTHRINE	104	PMS-CLONAZEPAM R	54	PMS-LITHIUM CITRATE	71
PIPORTIL L4	65	PMS-CODEINE	49	PMS-LOPERAMIDE	85
PIPOTIAZINE (PALMITATE DE)	65	PMS-CYCLOBENZAPRINE	20	PMS-LOVASTATIN	28
PIROXICAM	48	PMS-DESIPRAMINE	59	PMS-MELOXICAM	48
PISTON POUR POMPE À INSULINE	121	PMS-DESMOPRESSIN	100	PMS-METFORMIN	96
PIVMÉCILLINAME (CHLORHYDRATE DE)	4	PMS-DESONIDE	106	PMS-METHOTRIMEPRAZINE	64
PIZOTYLINE (HYDROGÈNE MALATE DE)	72	PMS-DEXAMETHASONE	81	PMS-METHYLPHENIDATE	68
PLACEBO	122	PMS-DIAZEPAM	70	PMS-METOCLOPRAMIDE	92
PLAN B	95	PMS-DICLOFENAC	46	PMS-METOPROLOL-B	35
PLAQUENIL	12	PMS-DICLOFENAC SR	46	PMS-METOPROLOL-L	34
PLAVIX	25	PMS-DILTIAZEM CD	38	PMS-MINOXYCLINE	6
PLENDIL	37	PMS-DIMENHYDRINATE	88	PMS-MIRTAZAPINE	60
PMS- SOD POLYSTYRENE	77	PMS-DIPHENHYDRAMINE	1	PMS-MISOPROSTOL	90
SULFONA		PMS-DIPIVEFRIN	82	PMS-MOCLOBEMIDE	61
PMS-ACET 2	49	PMS-DIVALPROEX	55	PMS-MOMETASONE	107
PMS-ACETAMINOPHENE	53	PMS-DOCUSATE SODIUM	86	PMS-MONOCYCLINE	6
PMS-ACETAMINOPHENE AVEC CODÉINE	49	PMS-DOMPERIDONE	89	PMS-MONTELUKAST	79
PMS-ALENDRONATE	115	PMS-DOXAZOSIN	32	PMS-MORPHINE SR	52
PMS-ALENDRONATE FC	115	PMS-DUCOSATE CALCIUM	86	PMS-MORPHINE SULFATE	52
PMS-AMANTADINE	8	PMS-ENALAPRIL	40	PMS-NAPROXEN EC	48
PMS-AMIODARONE	26	PMS-ERYTHROMYCIN	80	PMS-NIFEDIPINE	37
PMS-AMITRIPTYLINE	58	PMS-FAMCICLOVIR	12	PMS-NIZATIDINE	89
PMS-AMLODIPINE	36	PMS-FENOFIBRATE MICRO	27	PMS-NORFLOXACIN	5
PMS-AMOXICILLIN	3	PMS-FENTANYL MTX	50	PMS-NORTRIPTYLINE	61
PMS-ANAGRELIDE	25	PMS-FINASTERIDE	115	PMS-NYSTATIN	7
PMS-ASA	46	PMS-FLUCONAZOLE	7	PMS-OFLOXACIN	80
PMS-ASA EC	45	PMS-FLUOROMETHOLONE	81	PMS-OLANZAPINE	64
		PMS-FLUOXETINE	60	PMS-OLANZAPINE ODT	65
		PMS-FLUPHENAZINE	64	PMS-OMEPRAZOLE	91
		PMS-FLUTAMIDE	13	PMS-ONDANSETRON	88
		PMS-FLUVOXAMINE	60	PMS-OXTRIPHYLLINE	111
		PMS-FOSINOPRIL	40	PMS-OXYBUTYNIN	110
		PMS-FUROSEMIDE	77	PMS-OXYCODONE	53
		PMS-GABAPENTINE	56	PMS-PAMIDRONATE	116
		PMS-GEMFIBROZIL	27	PMS-PANTOPRAZOLE	91

Page	Page	Page
PMS-PAROXETINE 61	POCKET CHAMBRE AVEC MASQUE PETIT 119	PREMPLUS 96
PMS-PERPHENAZINE 65	PODOFILM 108	PRENATAL & POSTPARTUM 113
PMS-PHOSPHATES SOLUTION 86	PODOFILOX 108	PRENATAL AND POSTPARTUM 113
PMS-PINDOLOL 35	PODOPHYLLINE 108	PRÉPARATION EXTEMPORANÉE 114
PMS-PIOGLITAZONE 99	POLLEN 101	PREPARATIONS MAGISTRALES 114
PMS-PIROXICAM 48	POLLEN AND NON POLLEN 101	PREVACID 90
PMS-POLYTRIMETHOPRIM 80	POLLINEX R 101	PREVACID FASTAB 90
PMS-POTASSIUM 77	POLYETHYLENE GLYCOL 87	PREVEX 108
PMS-PRAMIPREXOLE 73	POLYETHYLENE GLYCOL 87	PREVEX B 105
PMS-PRAVASTATIN 28	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 87	PREVEX HC 106
PMS-PREDNISOLONE 94	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 87	PREZISTA 8
PMS-PROCHLORPERAZINE 66	POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350 87	PRIMAQUINE 12
PMS-PROCYCLIDINE 72	POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350 87	PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE) 12
PMS-PROPafenone 26	POLYÉTHYLÈNE GLYCOL, 87	PRIMIDONE 54
PMS-PROPRANOLOL 36	POTASSIUM (CHLORURE DE), SODIUM (BICARBONATE DE), SODIUM (CHLORURE DE), SODIUM (SULFATE DE)	PRIMIDONE 54
PMS-PYRAZINAMIDE 8		PRINVIL 41
PMS-QUETIAPINE 66		PRINZIDE 41
PMS-RABEPRAZOLE 92	POLYMYXINE B (SULFATE DE), BACITRACINE 102	PRIVA CAL D FORTE COMP 76
PMS-RALOXIFENE 96		PRO-600K 76
PMS-RAMIPRIL 42	POLYMYXINE B (SULFATE DE), TRIMÉTHOPRIME (SULFATE DE) 80	PRO-AAS 45
PMS-RAMIPRIL-HCTZ 42		PRO-AMIODARONE 26
PMS-RANITIDINE 90	POLYSPORIN 80	PRO-AMOX 3
PMS-REPAGLINIDE 98	POLYSPORIN ANTIOTIQUE 102	PRO-AZITHROMYCIN 3
PMS-RISEDRONATE 116	POLYSPORIN OPH./OT. 80	PROBÉNÉCIDE 78
PMS-RISPERIDONE 66	POLYSTYRÈNE CALCIQUE (SULFONATE DE) 77	PROBETA 84
PMS-RISPERIDONE ODT 68	POLYSTYRÈNE SODIQUE (SULFONATE DE) 77	PRO-BICALUTAMIDE 13
PMS-RIVASTIGMINE 17	POLYTAR 109	PRO-BISOPROLOL 34
PMS-ROPINIROLE 73	POLYTOPIC 102	PROCAÏNAMIDE (CHLORHYDRATE DE) 26
PMS-SALBUTAMOL 19	POLYTRIM 80	PROCAN SR 26
PMS-SENNOSIDES 87	POLYVINYL ALCOHOL, POVIDONE 84	PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE) 15
PMS-SERTRALINE 62		PRO-CARVEDILOL 34
PMS-SIMVASTATIN 29	POLY-VI-SOL 113	PRO-CEFADROXIL 2
PMS-SOD CROMOGLYCATE 79	PORTIA 21 94	PRO-CEFUROXIME 2
PMS-SOD POLYSTYRENE SULF 77	PORTIA 28 94	PROCET-30 49
PMS-SODIUM DOCUSATE 86	POTASSIUM (CHLORURE DE) 76	PROCHLORPERAZINE 66
PMS-SOTALOL 36	POVIDONE-IODINE 104	PROCHLORPÉRAZINE 66
PMS-SULFASALAZINE 6	PRAMIPEXOLE 73	PRO-CIPROFLOXACIN 5
PMS-SULFATE FERREUX 23	PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE) 73	PRO-CLARITHROMYCIN 3
PMS-SUMATRIPTAN 71	PRAMIPEXOLE 73	PRO-CLONAZEPAM 54
PMS-TAMOXIFEN 15	DIHYDROCHLORIDE 73	PROCTODAN HC 107
PMS-TERAZOSIN 32	PRAVACHOL 28	PROCTOL 107
PMS-TERBINAFINE 7	PRAVASTATIN 28	PROCTOSEDYL 107
PMS-TESTOSTERONE 94	PRAVASTATIN-10 28	PROCYCLIDINE (CHLORHYDRATE DE) 72
PMS-THEOPHYLLINE 111	PRAVASTATIN-20 28	
PMS-TIaprofenic 46	PRAVASTATIN-40 29	PROCYTOX 13
PMS-TIMOLOL 83	PRAVASTATINE SODIQUE 28	PRO-DEXAMETHASONE 93
PMS-TOBRAMYCIN 80	PRAXIS ASA EC 45	PRO-ENALAPRIL 40
PMS-TOPIRAMATE 57	PRAZOCINE (CHLORHYDRATE DE) 32	PRO-FENO-SUPER 27
PMS-TRAZODONE 62	PRECISION XTRA 75	PRO-FLUCONAZOLE 7
PMS-TRIFLUOPERAZINE 68	PRECISION XTRA (ON) 75	PRO-FLUOXETINE 60
PMS-TRIHEXYPHENIDYL 72	PRED FORTE 81	PRO-GABAPENTIN 56
PMS-URSIDIOL 87	PRED MILD 81	PRO-GLYBURIDE 98
PMS-VALACYCLOVIR 12	PREDNISOLONE 81	PROGLYCEM 30
PMS-VALPROIC ACID 55	PREDNISOLONE (ACÉTATE DE) 81	PROGRAF 118
PMS-VENLAFAXINE XR 63	PREDNISOLONE (ACÉTATE DE), SULFACÉTAMIDE SODIQUE 81	PRO-HYDROXYQUINE 12
PMS-VERAPAMIL SR 39	PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) 81	PRO-INDAPAMIDE 78
PMS-ZOLMITRIPTAN 72	PREDNISONE 94	PRO-INDO 47
PMS-ZOLMITRIPTAN ODT 72	PREDNISONE 94	PRO-ISMN 31
POCKET CHAMBRE 119	PREFRIN LIQUIFILM 82	PRO-LEVETIRACETAM 57
POCKET CHAMBRE AVEC MASQUE ADULTE 119	PREMARIN 96	PRO-LEVOCARB 72
POCKET CHAMBRE AVEC MASQUE MOYEN 119		PROLIA PRE-FILLED SYR 116
POCKET CHAMBRE AVEC MASQUE NOUVEAU-NÉ 119		PROLIA VIAL 116
		PRO-LISINOPRIL 41

Page	Page	Page
PROLOPA	72	QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE), HYDROCHLORTIAZIDE
PRO-LORAZEPAM	70	QVAR
PRO-LOVASTATIN	28	R & C
PRO-METFORMIN	96	RABEPRAZOLE EC
PRO-MIRTAZAPINE	60	RABÉPRAZOLE SODIQUE
PRO-NAPROXEN EC	48	RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)
PRO-OXYCODONE-ACET	49	RALTEGRAVIR
PROPADERM	105	RAMIPRIL
PROPAFENONE	26	RAMIPRIL
PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE)	26	RAMIPRIL
PRO-PIOGLITAZONE	99	RAMIPRIL, HYDROCHLORTIAZIDE
PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)	35	RAN RAMIPRIL
PROPYL THYRACIL	101	RAN-AMLODIPINE
PROPYLTHIOURACILE	101	RAN-ATENOLOL
PRO-QUETIAPINE	66	RAN-ATORVASTATIN
PRO-RABEPRAZOLE	92	RAN-CARVEDILOL
PRO-RISPERIDONE	66	RAN-CEPROZIL
PROSCAR	115	RAN-CIPROFLOX
PRO-SOTALOL	36	RAN-CITALO
PROSTIGMIN	16	RAN-CLARITHROMYCIN
PROTEINE DE VENIN DE GUEPE	101	RAN-DOMPERIDONE
PROTEINE DE VENIN DE GUEPE	101	RAN-ENALAPRIL
JAUNE		RAN-FENTANYL MATRIX
PROTEINE DE VENIN DE VESPIDES MIXTES	102	RAN-FOSINOPRIL
PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE BLANCHE	101	RAN-GABAPENTIN
PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE BLANCHE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE	102	RAN-IRBESARTAN HCTZ
PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE	102	RANITIDINE
PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE	102	RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)
PROTOPIC	109	RAN-LETROZOLE
PRO-TOPIRAMATE	57	RAN-LISINOPRIL
PRO-TRIAZIDE	77	RAN-LOVASTATIN
PROTRIN DF	6	RAN-METFORMIN
PRO-VALACYCLOVIR	12	RAN-ONDANSETRON
PROVERA	100	RAN-PANTOPRAZOLE
PROVERA PAK	100	RAN-PRAVASTATIN
PRO-VERAPAMIL SR	39	RAN-RABEPRAZOLE
PROZAC	60	RAN-RANITIDINE
PSYLLIUM (MUCILOÏDE HYDROPHILE DE)	87	RAN-RISPERIDONE
PULMICORT NEBUAMP	93	RAN-ROPINIROLE
PULMICORT TURBUHALER	93	RAN-SIMVASTATIN
PULMOPHYLLINE	111	RAN-TAMSULOSIN
PURG-ODAN	85	RAN-VALSARTAN
PURINETHOL	14	RAPAMUNE
PYRANTEL (PAMOATE DE)	2	RATIO-ACLAVULANATE
PYRAZINAMIDE	8	RATIO-ACYCLOVIR
PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE)	16	RATIO-ALENDRONATE
PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)	112	RATIO-AMCINONIDE
PYRIMÉTHAMINE	12	RATIO-AMIODARONE
QUETIAPINE	66	RATIO-AMLODIPINE
QUÉTIAPINE (FUMARATE DE)	66	RATIO-ATENOLOL
QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE)	41	RATIO-ATORVASTATIN
		RATIO-AZITHROMYCIN
		RATIO-BACLOFEN
		RATIO-BICALUTAMIDE
		RATIO-BISACODYL
		RATIO-BRIMONIDINE
		RATIO-BUPROPION
		RATIO-CARVEDILOL
		RATIO-CEFUROXIME
		RATIO-CIPROFLOXACIN
		RATIO-CITALOPRAM
		RATIO-CLARITHROMYCIN
		RATIO-CLOBETASOL
		RATIO-CODEINE
		RATIO-CYCLOBENZAPRINE
		RATIO-DEXAMETHASONE
		RATIO-DILTIAZEM CD
		RATIO-DOCUSATE CALCIUM
		RATIO-DOCUSATE SODIUM
		RATIO-DOMPERIDONE
		RATIO-ECTOSONE
		RATIO-EMTEC-30
		RATIO-ENALAPRIL
		RATIO-FENOFIBRATE
		RATIO-FENTANYL
		RATIO-FINASTERIDE
		RATIO-FLUOXETINE
		RATIO-FLUTICASONE
		RATIO-FLUVOXAMINE
		RATIO-GABAPENTIN
		RATIO-GLYBURIDE
		RATIO-HEMCORT HC
		RATIO-INDOMETHACIN
		RATIO-IPRA SAL
		RATIO-IPRATROPIUM UDV
		RATIO-IRBESART/HCT
		RATIO-IRBESARTAN
		RATIO-KETOROLAC
		RATIO-LACTULOSE
		RATIO-LAMOTRIGINE
		RATIO-LENOLTEC NO.2
		RATIO-LENOLTEC NO.3
		RATIO-LEVOBUNOLOL
		RATIO-LISINOPRIL P
		RATIO-LISINOPRIL Z
		RATIO-LOVASTATIN
		RATIO-MAGNESIUM
		RATIO-MELOXICAM
		RATIO-METFORMIN
		RATIO-METHOTREXATE
		RATIO-MIRTAZAPINE
		RATIO-MOMETASONE
		RATIO-MORPHINE
		RATIO-NYSTATIN
		RATIO-OMEPRAZOLE
		RATIO-ONDANSETRON
		RATIO-OXYCOSET
		RATIO-OXYCODAN
		RATIO-PAROXETINE
		RATIO-PIOGLITAZONE
		RATIO-PRAVASTATIN
		RATIO-PREDNISOLONE
		RATIO-PROCTOSONE
		RATIO-QUETIAPINE
		RATIO-RAMIPRIL
		RATIO-RANITIDINE
		RATIO-RISPERIDONE
		RATIO-RIVASTIGMINE
		RATIO-SALBUTAMOL
		RATIO-SILDENAFIL R
		RATIO-SIMVASTATIN
		RATIO-SOTALOL
		RATIO-TAMSULOSIN
		RATIO-TEMAZEPAM
		RATIO-TERAZOSIN
		RATIO-TOPILENE GLYCOL

	Page		Page	Page	
RATIO-TOPISALIC	105	RIVA-FENOFIBRATE MICRO	27	SABRIL	58
RATIO-TOPISONE	105	RIVA-FLUCONAZOLE	7	SALAZOPYRINE	6
RATIO-VALPROIC	57	RIVA-FLUOXETINE	60	SALBUTAMOL	18
RATIO-VENLAFAXINE SR	63	RIVA-FLUVOX	60	SALINEX DROPS	84
RATIO-VENLAFAXINE XR	63	RIVA-FOSINOPRIL	40	SALINEX NASAL SPRAY	84
RBX-RISPERIDONE	66	RIVA-GABAPENTIN	56	SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)	19
REACTINE	1	RIVA-GEMFIBROZIL	27	SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE),	19
REFRESH LIQUIGEL	84	RIVA-GLYBURIDE	98	FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	
REFRESH PLUS	84	RIVA-HYDROXYZIN	71	SALOFALK	92
REFRESH TEARS	84	RIVA-INDAPAMIDE	78	SANDOMIGRAN	72
REGULAR ENDCAPS POUR GLUCOLET	120	RIVA-K	76	SANDOMIGRAN DS	72
REGULAR ENDCAPS POUR MICROLET	120	RIVA-K 20	77	SANDOSTATIN	114
REMERON	61	RIVA-LISINOPRIL	41	SANDOSTATIN LAR	114
REMERON RD	61	RIVA-LOPERAMIDE	85	SANDOZ ZOLMITRIPTAN ODT	72
REMICADE	117	RIVA-LOVASTATIN	28	SANDOZ ALENDRONATE	115
REMINYL ER	16	RIVA-METFORMIN	96	SANDOZ ALFUZOSIN	20
RENEDIL	37	RIVA-METOPROLOL L	34	SANDOZ AMLODIPINE	36
REPAGLINIDE	98	RIVA-MINOCYCLINE	6	SANDOZ ANUZINC HC	107
REQUIP	73	RIVA-MIRTAZAPINE	61	SANDOZ ANUZINC HC PLUS	107
RÉSERVOIR 5XX 1.8ML SYRINGE	121	RIVA-NAPROXEN	48	SANDOZ ATORVASTATIN	27
RÉSERVOIR 7XX 3.0ML SYRINGE	121	RIVA-NAPROXEN SODIQUE	48	SANDOZ BRIMONIDINE	82
RESONIUM CALCIUM	77	RIVANASE AQ	81	SANDOZ CANDESARTAN	43
RESTORIL	70	RIVA-NORFLOXACIN	5	SANDOZ CEFPROZIL	2
RESULTZ	103	RIVA-OLANzapine	64	SANDOZ DORZOLAMIDE	83
RETIN A	107	RIVA-OXYBUTYNIN	110	SANDOZ DORZOLAMIDE	83
RETROVIR	10	RIVA-PANTOPRAZOLE	91	DORZOLAMIDE/TIMOLOL	
REVATIO	31	RIVA-PAROXETINE	61	SANDOZ ENALAPRIL	40
REYATAZ	8	RIVA-PRAVASTATIN	28	SANDOZ EYELUBE	84
RHINARIS-CS	79	RIVA-QUETIAPINE	66	SANDOZ FENOFIBRATE S	27
RHINOCORT AQ	81	RIVA-RABEPRAZOLE	92	SANDOZ FENTANYL	50
RHINOCORT TURBUHALER	81	RIVA-RANITIDINE	90	SANDOZ FINASTERIDE	115
RHO-NITRO PUMPSRAY	31	RIVA-RANTIDINE	90	SANDOZ INDOMETHACIN	47
RIDAURA	92	RIVA-RISEDRONATE	116	SANDOZ IRBESART/HCT	43
RIFABUTINE	8	RIVA-RISPERIDONE	66	SANDOZ IRBESARTAN	43
RIFADIN	8	RIVAROXABAN	24	SANDOZ LEFLUNOMIDE	118
RIFAMPINE	8	RIVASA	45	SANDOZ LETROZOLE	14
RISEDRONATE	116	RIVA-SENNA	87	SANDOZ LEVOFLOXACIN	5
RISÉDRONATE SODIQUE	116	RIVA-SERTRALINE	62	SANDOZ LISINOPRIL	41
RISPERDAL	66	RIVA-SIMVASTATIN	29	SANDOZ LISINOPRIL HCT	41
RISPERDAL-M	68	RIVASOL HC	107	SANDOZ METOPROLOL (L)	35
RISPERIDONE	66	RIVASOL-HC	107	SANDOZ MONTELUKAST	79
RISPÉRIDONE	66	RIVASONE	105	SANDOZ NARatriptan	71
RITALIN	68	RIVA-SOTALOL	36	SANDOZ OLANZAPINE ODT	65
RITALIN SR	69	RIVASTIGMINE	17	SANDOZ OMEPRAZOLE	91
RITONAVIR	9	RIVA-TERBINAFINE	7	SANDOZ OXYCODONE ACET	49
RITUXAN	15	RIVA-VALACYCLOVIR	12	SANDOZ PIOLITAZONE	99
RITUXIMAB	15	RIVA-VENLAFAXINE XR	63	SANDOZ PREDNISOLONE	81
RIVA OXAZEPAM	70	RIVA-VERAPAMIL SR	39	SANDOZ PROCTOMYXIN HC	107
RIVA-ALENDRONATE	115	RIVA-ZIDE	77	SANDOZ RAMIPRIL	42
RIVA-AMIODARONE	26	RIVOTRIL	54	SANDOZ RISEDRONATE	116
RIVA-AMLODIPINE	36	RIZATRIPTAN	71	SANDOZ RISPERIDONE	66
RIVA-ATENOLOL	33	ROCALTROL	112	SANDOZ RIVASTIGMINE	17
RIVA-AZITHROMYCIN	3	ROFACT	8	SANDOZ TAMSULOSIN	20
RIVA-BACLOFEN	21	ROLENE	105	SANDOZ VALSARTAN	44
RIVA-CIPROFLOXACIN	5	ROPINIROLE	73	SANDOZ VALSARTAN HCT	44
RIVA-CITALOPRAM	58	ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE)	73	SANDOZ VENLAFAXINE XR	63
RIVA-CLARITHROMYCIN	3	ROSASOL	104	SANDOZ ZOLMITRIPTAN	72
RIVA-CLINDAMYCIN	6	ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)	99	SANDOZ-ACEBUTOLOL	33
RIVA-CLONAZEPAM	54	ROSONE	105	SANDOZ-AMIODARONE	26
RIVACOCET	49	ROSUVASTATINE CALCIQUE	29	SANDOZ-AMLODIPINE	36
RIVA-CYCLOBENZAPRINE	20	RYTHMODAN	26	SANDOZ-ANAGRELIDE	25
RIVA-D	112	RYTHMOL	26	SANDOZ-ANUZINC HC	107
RIVA-ENALAPRIL	40			SANDOZ-ANUZINC HC PLUS	107
				SANDOZ-AZITHROMYCIN	3

Page	Page	Page
SANDOZ-BETAXOLOL 83	SANDOZ-TOBRAMYCIN 80	SODIUM (AUROTHIOMALATE DE) 92
SANDOZ-BICALUTAMIDE 13	SANDOZ-TOPIRAMATE 57	SODIUM (BICARBONATE DE) 76
SANDOZ-BISOPROLOL 34	SANDOZ-TRIFLURIDINE 80	SODIUM (CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE DE) 84
SANDOZ-BUPROPION SR 58	SANDOZ-VALPROIC 55	SODIUM (CHLORURE DE) 77
SANDOZ-CALCITONIN 100	SANS POLLEN 102	SODIUM (CITRATE DE), SODIUM (LAURYLSULFOACÉTATE DE), SORBITOL 87
SANDOZ-CARBAMAZEPINE 55	SANTYL 109	SODIUM (NITROPRUSSIATE DE) 75
SANDOZ-CIPROFLOXACIN 5	SAQUINAVIR (MÉSYLATE DE) 9	SODIUM AUROTHIOMALATE 92
SANDOZ-CITALOPRAM 58	SARNA HC 106	SODIUM BICARBONATE 76
SANDOZ-CLARITHROMYCIN 3	SCHEIN-CEFACLOR 2	SOFLAX 86
SANDOZ-CLONAZEPAM 54	SCOPOLAMINE 18	SOFLAX EX 85
SANDOZ-CORTIMYXIN 81	(BUTYLBROMURE DE)	SOFLAX SIROP 86
SANDOZ-CYCLOSPORINE 118	SEBCUR 108	SOFRACORT OPH./OT. 81
SANDOZ-DEXAMETHASONE 81	SEBCUR-T 109	SOFRAMYCIN 80
SANDOZ-DICLOFENAC 46	SECARIS 84	SOFT TOUCH 121
SANDOZ-DICLOFENAC SR 46	SECTRAL 33	SOFTCLIX 121
SANDOZ-DILTIAZEM CD 38	SELAX 86	SOFTCLIX SELECT 121
SANDOZ-DILTIAZEM T 38	SELECT 1/35 21 95	SOLIFENACIN SUCCINATE 110
SANDOZ-ESTRADIOL DERM 100 95	SELECT 1/35 28 95	SOLUCAL 76
SANDOZ-ESTRADIOL DERM 50 95	SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE) 74	SOLUGEL 104
SANDOZ-ESTRADIOL DERM 75 95	SÉLÉNIUM (SULFURE DE) 104	SOLUVER 108
SANDOZ-FAMCICLOVIR 12	SELEXID 4	SOLUVER PLUS 108
SANDOZ-FELODIPINE 37	SELSUN 104	SOMATULINE AUTOGEL 114
SANDOZ-FLUOXETINE 60	SENNA LAXATIF 87	SORIATANE 109
SANDOZ-FLUVOXAMINE 60	SENNALAX 87	SOTALOL (CHLORHYDRATE DE) 36
SANDOZ-GENTAMICIN 80	SENNAPREP 87	SPIRIVA 18
SANDOZ-GENTAMICIN OTIC 80	SENNATAB 87	SPIRONOLACTONE 45
SANDOZ-GLYBURIDE 98	SENNOSIDES 87	SPIRONOLACTONE, HYDROCHLOROTHIAZIDE 45
SANDOZ-IDOXURIDINE 103	SENOKOT 87	SPORANOX 7
SANDOZ-LEVOBUNOLOL 83	SENOKOT S 86	STALEVO 72
SANDOZ-LISINOPRIL 41	SERC 114	STANHEXIDINE 104
SANDOZ-LOPERAMIDE 85	SEREVENT DISKHALER 19	STARLIX 98
SANDOZ-LOVASTATIN 28	SEREVENT DISKUS 19	STATEX 52
SANDOZ-METFORMIN 97	SERINGUE 121	STAUVIDINE 10
SANDOZ-METFORMIN FC 96	SERINGUE (NON-INSULINE) 119	STELARA 114
SANDOZ-METHYLPHENIDATE SR 69	SERINGUE AVEC AIGUILLE (NON-INSULINE) 119	STEREX 109
SANDOZ-METOPROLOL SR 35	SERINGUE ET AIGUILLE 121	STERILE EXTEMPORANEOUS MIXTURE (QC) 114
SANDOZ-METOPROLOL-L 35	SERINGUE MONOJECT 121	STERILE TRIAMCINOLONE 94
SANDOZ-MINOXYCLINE 6	SEROQUEL 66	STIEVA-A 107
SANDOZ-MIRTAZAPINE 60	SERTRALINE 62	STIEVA-A FORTE 108
SANDOZ-MONTELUKAST 79	SERTRALINE 62	STIEVAMYCIN 102
SANDOZ-NITRAZEPAM 70	SERTRALINE 62	STIEVAMYCIN DOUX 102
SANDOZ-OLANZAPINE 64	SERTRALINE-100 62	STIEVAMYCIN FORTE 102
SANDOZ-ONDANSETRON 88	SERTRALINE-25 62	SUBOXONE 53
SANDOZ-OPTICORT 81	SERTRALINE-50 62	SUBOXONE D'ENTRETIEN 53
SANDOZ-PAMIDRONATE 116	SIG-ENALAPRIL 40	SUCRALFATE 90
SANDOZ-PANTOPRAZOLE 91	SILDENAFIL CITRATE 31	SUCRALFATE-1 90
SANDOZ-PAROXETINE 61	SIMPONI AUTO INJECTOR 117	SULCRATE 90
SANDOZ-PENTASONE OPH./OT. 81	SIMPONI PRE-FILLED SYRINGE 117	SULCRATE PLUS 90
SANDOZ-PINDOLOL 35	SIMVASTATIN 29	SULFACÉTAMIDE SODIQUE 80
SANDOZ-PRAMIPEXOLE 73	SIMVASTATIN-10 29	SULFAMÉTHOXAZOLE 5
SANDOZ-PRAVASTATIN 28	SIMVASTATIN-20 29	SULFAMÉTHOXAZOLE, TRIMÉTHOPRIME 6
SANDOZ-PREDNISOLONE 81	SIMVASTATIN-40 30	SULFASALAZINE 6
SANDOZ-PROCTOMYXIN HC 107	SIMVASTATIN-80 30	SULFATE FERREUX 23
SANDOZ-QUETIAPINE 66	SIMVASTATINE 29	SULFINPYRAZONE 23
SANDOZ-RABEPRAZOLE 92	SINEMET 72	SULFINPYRAZONE 78
SANDOZ-RANITIDINE 90	SINEMET CR 72	SULINDAC 49
SANDOZ-RISPERIDONE 67	SINEQUAN 59	SUMATRIPTAN 71
SANDOZ-SALBUTAMOL 19	SINGULAIR 79	
SANDOZ-SERTRALINE 62	SINTROM 24	
SANDOZ-SIMVASTATIN 29	SIROLIMUS 118	
SANDOZ-SOTALOL 36	SITAGLIPTIN 97	
SANDOZ-SUMATRIPTAN 71	SITAGLIPTIN/METFORMIN 97	
SANDOZ-TERBINAFINE 7	SLOW K 76	
SANDOZ-TIMOLOL 83	SODIQUE PHOSPHATE 87	

Page	Page	Page
SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE) 71	TARO-WARFARIN 24	TEVA-BIPOPROLOL 34
SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE) 71	TAZAROTÈNE 110	TEVA-BROMAZEPAM 69
SUMATRIPTAN SUN 71	TAZORAC 110	TEVA-CAPTORIL 39
SUNITINIB (MALATE DE) 15	TEARS NATURALE 84	TEVA-CARBAMAZ 55
SUPER ENDCAPS POUR GLUCOLET 120	TEARS NATURALE FREE 84	TEVA-CEFADROXIL 2
SUPER ENDCAPS POUR MICROLET 120	TEARS NATURALE II 84	TEVA-CHLOROQUINE 12
SUPER-FINE MICRO 31G 5MM 120	TEARS NATURALE P.M. 84	TEVA-CHLORPROMAZINE 63
SUPER-FINE STANDARD 29G 12.7MM 120	TEARS PLUS 84	TEVA-CILAZAPRIL 39
SUPER-FINE XTRA 31G 8MM 120	TEBRAZID 8	TEVA-CILAZAPRIL/HCTZ 39
SUPEUDOL 53	TECTA 91	TEVA-CIMETINE 89
SUPRAX 2	TEGRETOL 55	TEVA-CIPROFLOXACIN 5
SUPREFACT 13	TELMISARTAN 44	TEVA-CITALOPRAM 58
SUPREFACT DEPOT 2 MOIS 13	TELMISARTAN, HYDROCHLORTIAZIDE 44	TEVA-CLAVAMOXIN 4
SUPREFACT DEPOT 3 MOIS 13	TELZIR 9	TEVA-CLINDAMYCIN 6
SUSTIVA 8	TEMAZEPAM 70	TEVA-CLOBAZAM 69
SUTENT 15	TÉMAZÉPAM 70	TEVA-CLOBETASOL 105
SYMBICORT 100 TURBUHALER 18	TEMODAL 15	TEVA-CLONAZEPAM 54
SYMBICORT 200 TURBUHALER 18	TEMPRA 54	TEVA-CLONIDINE 30
SYNALAR 106	TEMPRA DOUBLE 54	TEVA-CLOXAMINE 59
SYNAREL 96	TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 10	TEVA-CYCLOPRINE 20
SYNPHASIC 28 95	TENORETIC 34	TEVA-CYPROTERONE/ETHINYLL 119
SYNPHASIC 21 95	TENORMIN 33	ESTRADIOL
SYNTHROID 100	TERAZOL 3 DUAL PAK 103	TEVA-DESIPRAMINE 59
SYRINGE CASE 122	TERAZOL 7 103	TEVA-DESMOPRESSIN 100
SYRN INS U-II 3/10CC 30G 320 121	TERAZOSIN 32	TEVA-DICLOFENAC 46
SYRN INSULINE MICRO 3/10CC 28G 320 121	TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE) 32	TEVA-DICLOFENAC SR 46
SYRN INSULINE U-II 30G 320 122	TERBINAFINE 7	TEVA-DIFLUNISAL 47
SYRN INSULINE ULTRA 29G 122	TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) 7	TEVA-DILTAZEM CD 38
SYRN INSULINE ULTRA 3/10CC 29G 320 121	TERBUTALINE (SULFATE DE) 19	TEVA-DILTAZEM 38
TACROLIMUS 118	TERCONAZOLE 103	TEVA-DILTAZEM ER 37
TACROLIMUS (PROTOPIC) 109	TERSASEPTIC 104	TEVA-DIMENATE 88
TADALAFIL 31	TERSA-TAR 108	TEVA-DIVALPROEX 55
TALWIN 53	TERSA-TAR DOUX 108	TEVA-FLUTAMIDE 13
TAMBOCOR 26	TESTOSTÉRONE (CYPIONATE DE) 94	TEVA-HYDROMORPHONE 50
TAMOXIFÈNE (CITRATE DE) 15	TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE) 94	TEVA-IRBESARTAN 43
TAMPON ALCOOL PREP 120	TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE) 94	TEVA-IRBESARTAN/HCT 43
TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE) 20	TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE) 94	TEVA-LACTULOSE 76
TANTAPHEN 53	TESTOSTERONE CYPIONATE 94	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P) 41
TAPAZOLE 101	TÉTRABÉNAZINE 74	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z) 41
TARO-FLUCONAZOLE 7	TETRACYCLINE 6	TEVA-METOPROL 35
TARCEVA 13	TÉTRACYCLINE 6	TEVA-METOPROL-B 35
TARGEL 108	(CHLORHYDRATE DE) 94	TEVA-MONTELUKAST 79
TARGEL SA 109	TEVA-ACEBUTOLOL 33	TEVA-NEVIRAPINE 9
TARO-AMCINONIDE 105	TEVA-ACYCLOVIR 11	TEVA-SIMVASTATIN 29
TARO-CARBAMAZEPINE 55	TEVA-ALENDRONATE 115	TEVA-TAMOXIFEN 15
TARO-CARBAMAZEPINE CR 55	TEVA-ALFUZOSIN PR 20	TEVA-TAMSULOSIN 20
TARO-CIPROFLOXACIN 5	TEVA-ALPRAZOL 69	TEVA-TERAZOSIN 32
TARO-CLINDAMYCIN 102	TEVA-AMIODARONE 26	TEVA-TICLOPIDINE 25
TARO-CLOBETASOL 105	TEVA-AMLODIPINE 36	TEVA-TIMOL 36
TARO-DOCUSATE 86	TEVA-AMPICILLIN 4	TEVA-VALSARTAN 44
TARO-ENALAPRIL 40	TEVA-ATENOL 33	TEVA-VALSARTAN/HCTZ 44
TARO-FLUCONAZOLE 7	TEVA-ATENOLTHALIDONE 34	TEVA-ZOLMITRIPTAN 72
TARO-MOMETASONE 107	TEVA-ATORVASTATIN 27	TEVA-ZOLMITRIPTAN OD 72
TARO-MUPIROCIN 102	TEVA-AZITHROMYCIN 3	TEVETEN 43
TARO-PHENYTOIN 55	TEVA-BENZYDAMINE 82	THEOLAIR 111
TARO-SIMVASTATIN 29	TEVA-BETAHISTINE 114	THEOPHYLLINE 111
TARO-SONE 105	TEVA-BICALUTAMIDE 13	THIABENDAZOLE 101
TARO-TERCONAZOLE 103		THIAMAZOLE 101
		THIAMINE 112
		THIAMINE (CHLORHYDRATE DE) 112
		THIOGUANINE 15

	Page		Page		Page
THIOPROPÉRAZINE (MÉSYLATE DE)	68	TRIAMCINOLONE (HEXACÉTONIDE DE)	94	ULTICARE 1CC 31G SYG 5/16 INCH	122
THIOTHIXÈNE	68	TRIAMCINOLONE ACETONIDE (5ML)	94	ULTICARE 29G	121
THRIVE	21	TRIAMTÉRÈNE, HYDROCHLOROTHIAZIDE	77	ULTICARE 30G	121
THYROGEN	75	TRIATEC-30	49	ULTICARE INSULIN SYR 29G.1CC	122
THYROID	101	TRIAZOLAM	70	ULTICARE INSULIN SYR 29G.3CC	121
THYROÏDE	101	TRICLOSAN	104	ULTICARE INSULIN SYR 30G.1CC	122
THYROTROPIN ALFA	75	TRI-CYCLEN 21	95	ULTICARE INSULIN SYR 30G.3CC	121
TIAMOL	106	TRI-CYCLEN 28	95	ULTICARE INSULIN SYR30G.5CC	122
TAZAC	37	TRI-CYCLEN LO 21	95	ULTICARE LOW DEAD SPACE SYG	122
TAZAC XC	38	TRI-CYCLEN LO 28	95	ULTIGUARD INSULIN SYR 29G.1CC	122
TICLOPIDINE	25	TRIDESILON	106	ULTIGUARD INSULIN SYR 29G.3CC	121
TICLOPIDINE (CHLORHYDRATE DE)	25	TRIFLUOPERAZINE	68	ULTIGUARD INSULIN SYR 29G.5CC	122
TIMOLOL	36	TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE)	68	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.1CC	122
TIMOLOL (MALÉATE DE)	36	TRIFLURIDINE	80	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.3CC	121
TIMOLOL (MALÉATE DE), TRAVOPROST	84	TRIHEXYPHENIDYL	72	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.5CC	122
TIMOPTIC	83	TRIHEXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE)	72	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.1CC	122
TIMOPTIC-XE	83	TINACTIN	103	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.3CC	121
TINACTIN AEROSOL	103	TRIMETHOPRIME	12	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.5CC	122
TINZAPARINE SODIQUE	24	TRIMIPRAMINE	62	ULTRA-FINE	121
TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)	18	TRIMIPRAMINE (MALÉATE DE)	62	ULTRA-FINE II	121
TIPRANAVIR	10	TRINIPATCH	31	ULTRA-FINE II 30G 320469	121
TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)	20	TRIPTORELIN PAMOATE	15	ULTRA-FINE PEN 320	120
TOBRADEX	81	TRIQUILAR 21	94	ULTRASE MS 4	87
TOBRAMYCINE	80	TRIQUILAR 28	94	ULTRASE MT 12	88
TOBREX	80	TRI-VI-SOL	113	ULTRASE MT 20	88
TOCILIZUMAB	118	TRIZIVIR	8	ULTRAVATE	106
TOLBUTAMIDE	98	TROSEC	111	UNILET COMFORT TOUCH	121
TOLBUTAMIDE	98	TROSPiUM CHLORIDE	111	UNIPHYL	111
TOLNAFTATE	103	TROUSSE D'INJECTION	121	UNITRON PEG	10
TOLOXIN	26	TRUETEST	75	UREMOL HC	107
TOLTÉRODINE	110	TRUETRACK	75	URISPAS	110
TOPAMAX	57	TRUSOPT	83	URSO	87
TOPAMAX SPRINKLE	57	TRUVADA	9	URSO DS	87
TOPICORT	106	TUBULURE POUR POMPE À INSULINE	121	URSODIOL	87
TOPIRAMATE	57	TWINJECT	19	USTEKINUMAB	114
TOPIRAMATE	57	TYLENOL	53	VAGIFEM	95
TOXINE BOTULINIQUE DE TYPE A	119	TYLENOL AVEC CODÉINE	49	VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE)	12
TRACLEER	32	TYLENOL AVEC CODÉINE NO.2	49	VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE)	12
TRANDATE	34	TYLENOL AVEC CODÉINE NO.3	49	VALISONE	105
TRANDOLAPRIL	42	TYLENOL AVEC CODÉINE NO.4	49	VALPROATE, SODIUM	57
TRANSDERM-NITRO	31	TYLENOL EXTRA FORT	53	VALPROIC	55
TRANLYCYPROMINE (SULFATE DE)	62	TYLENOL JUNIOR	53	VALSARTAN	44
TRAVATAN Z	84	TYLENOL POUR ENFANTS	53	VALSARTAN	44
TRAVEL COMPRIME	88	ULCIDINE	89	VALSARTAN,	44
TRAVOPROST	84	ULTRI 29GX1/2 INC SHARP	120	HYDROCHLOROTHIAZIDE	
TRAZODONE	62	CONTAIN		VALSARTAN-HCTZ	44
TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE)	62	ULTI 31GX1/4 INC SHARP	120	VALTREX	12
TRAZOREL	62	CONTAIN		VARENICLINE	22
TRELSTAR	15	ULTI 31GX5/16 INC SHARP	120	VASELINE	108
TRELSTAR LA	15	CONTAI		VASELINE, LANOLINE, HUILE	84
TRENTAL	25	ULTI SYG WITH ULTIG 29G 1/2 IN	121	MINÉRALE	
TRÉTINOÏNE	15	ULTI SYG WITH ULTIG 30G 1/2 IN	121	VASELINE, VASELINE LIQUIDE	85
TRIAMCINOLONE	94	ULTI SYG WITH ULTIG 30G 5/16	121	VASERETIC	40
TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)	81	ULTICARE 0.3CC 31G SYG 5/16 IN	121	VASOTEC	40
TRIAMCINOLONE (DIACÉTATE DE)	94	ULTICARE 0.5CC 28G SYG 1/2 INC	122	VENIN D'ABEILLE MELLIFERE	101
		ULTICARE 0.5CC 31G SYG 5/16 IN	122	VENIN DE FRELON A TETE BLANCHE	101

Page	Page	Page
VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE) 63	WELLBUTRIN XL	58
VENLAFAXINE XR 63	WINPRED	94
VENOMIL PROTEINE DE VENIN DE FRELON A TETE BLANCHE 101	XALATAN	84
VENOMIL PROTEINE DE VENIN DE GUEPE 102	XANAX	69
VENOMIL PROTEINE DE VENIN DE VESPIDES MIXTES 102	XANAX TS	69
VENOMIL VENIN D'ABEILLE 101	XARELTO	24
MELLIFERE	XATRAL	20
VENTOLIN 19	XELODA	13
VENTOLIN HFA 19	XEOMIN	119
VENTOLIN PF 19	XYLAC	64
VEPESID 13	XYLOCAINE VISQUEUSE	107
VERAPAMIL 38	YASMIN 21	94
VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE) 38	YASMIN 28	94
VERMOX 2	YAZ	94
VERSEL 104	ZADITEN	1
VERTÉPORFINE 85	ZAFIRLUKAST 79	
VESANOID 15	ZANAFLEX	20
VESICARE 110	ZANTAC	90
VFEND 7	ZARONTIN	55
VIDEX EC 8	ZAROXOLYN	78
VIGABATRINE 58	ZEASORB AF	103
VINCRISTINE (SULFATE DE) 15	ZELDOX	68
VINCRISTINE SULFATE 15	ZERIT	10
VIOKASE 88	ZESTORETIC	41
VIRACEPT 9	ZESTRIL	41
VIRAMUNE 9	ZIAGEN	8
VIREAD 10	ZIDOVUDINE 10	
VIROPTIC 80	ZINC (OXYDE DE) 108	
VISKAZIDE 35	ZINC OXIDE CRÈME	108
VISKEN 35	ZINCOFAX EXTRA FORT	108
VISUDYNE 85	ZIPRASIDONE MONOHYDRATÉ (CHLORHYDRATE DE) 68	
VIT A 111	ZITHROMAX	3
VIT B12 111	ZOCOR	29
VIT C 112	ZODERM	109
VITAMIN A ACIDE 108	ZOFRAN	88
VITAMIN B12 111	ZOFRAN ODT	88
VITAMIN E SOURCE NATURELLE 113	ZOLADEX	13
VITAMINE A 111	ZOLADEX LA	13
VITAMINE A 111	ZOLEDRONIC ACID 117	
VITAMINE A, CHOLÉCALCIFÉROL, ACIDE ASCORBIQUE 113	ZOLMITRIPTAN 72	
VITAMINE B1 112	ZOLOFT	62
VITAMINE B12 111	ZOMIG	72
VITAMINE B3 111	ZOMIG RAPIMELT	72
VITAMINE B6 112	ZOSTRIX	109
VITAMINE C 112	ZOSTRIX HP	109
VITAMINE D 112	ZOVIRAX	11
VITAMINE D 113	ZYBAN	58
VITAMINE D3 113	ZYLOPRIM	115
VITAMINE E 110	ZYM-AMLODIPINE	36
VITAMINE E 110	ZYM-CARVEDILOL	34
VOLIBRIS 31	ZYM-CLONAZEPAM	54
VOLTAREN 46	ZYM-FLUOXETINE	60
VOLTAREN SR 46	ZYM-MIRTAZAPINE	60
VORICONAZOLE 7	ZYM-ONDANSETRON	88
WAMPOLE MINERAL CALCIUM 76	ZYM-PIOGLITAZONE	99
WARFARIN 24	ZYM-SIMVASTATIN	29
WARFARINE SODIQUE 24	ZYM-TOPIRAMATE	57
WEBCOL ALCOHOL PREP 120	ZYPREXA	64
WELLBUTRIN SR 58	ZYPREXA ZYDIS	65
	ZYVOXAM	7