



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

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 Sérums, 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 optimiser 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.

Veillez 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

Veillez 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. s'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 rechange 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® C¼, Fiorinal® C½ et produits génériques (analgésiques contenant du butalbital avec ou sans codéine);
- Dalmane®, Somnol® et produits génériques (flurazepam);
- Librium®, Solium®, Medilium® et produits génériques (chlordiazepoxide);

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

5. POLITIQUES

A. Équivalent le moins coûteux et substitutions

Dans un groupe de produits pharmaceutiques interchangeable, 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/medeff/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 côté 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 ultérieure 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 généreront 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	PMS-ACET 2	PMS
00653241		RPH
02163934		JNO

9 → 300MG & 15MG & 30MG COMPRIMÉ

00653276	RATIO-LENOLTEC NO.3	RPH
02163926	TYLENOL WITH CODEINE NO.3	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)****^{cr} 10mg Comprimé**

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

^{cr} 20mg Comprimé

02315963	PMS-CETIRIZINE	PMS
01900978	REACTINE	JNO

^{cr} 1mg/mL Sirop

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

CHLORPHÉNIRAMINE (MALÉATE DE)**^{cr} 4mg Comprimé**

00738972	CHLOR-TRIPOLON	SCH
00021288	NOVOPHENIRAM	TEV

^{cr} 12mg Comprimé à libération progressive

00738964	CHLOR-TRIPOLON	SCH
----------	----------------	-----

DESLORATADINE**^{cr} 5mg Comprimé**

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

^{cr} 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)**^{cr} 60mg Comprimé**

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

^{cr} 120mg Comprimé

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

KÉTOTIFÈNE (FUMARATE DE)**^{cr} 1mg Comprimé**

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

^{cr} 0.2mg/mL Sirop

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

LORATADINE**^{cr} 10mg Comprimé**

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

^{cr} 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-CEFACLOR 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-CEFACLOR 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	RBV
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	RBV
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 orale		
01934171	NOVAMOXIN SUGAR REDUCED	TEV
50mg/mL Solution orale		
01934163	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
25mg/mL Suspension		
00717630	NU-CLOXI	NXP
00337757	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**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

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**SULFAMÉTHOAZOLE, 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 TÉTACYCLINES**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 TÉTACYCLINES**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

TÉTACYCLINE (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
02249308	TARO-FLUCONAZOLE	TAR

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

FOSAMPRENAVIR 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

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

02312301 KALETRA ABB

200mg & 50mg Comprimé

02285533 KALETRA ABB

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX**LOPINAVER, 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 (MÉSULATE 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 (MÉSULATE DE)**200mg Capsule**

02216965 INVIRASE HLR

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX**SAQUINAVIR (MÉSULATE 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

TIPRANA VIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

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

a. - qui n'ont 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 INTERFÉRON**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 INTERFÉRON S**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 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

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**DIIDOXYHYDROXYQUINE****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

CYPROTÉRON (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

MERCAPTOPYRINE**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 métastatiques/récurentes 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 récurrence 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 cholinestérase:

- 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 cholinestérase:

- 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 cholinestérase:

- 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 cholinestérase:

- 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 monodose)**

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 monodose)**

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 prédicte, 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 prédicte, 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 beta-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-ORCIPRENALINE	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 beta-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')****^{cr} 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)**^{cr} 0.4mg Capsule à action prolongée**

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

^{cr} 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 baclofen 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	MYL
02221780	INFUFER	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	EUR
00482064	NEO FER	NEO
01923420	PALAFER	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	APX
00031097	GLUCONATE FERREUX	JMP
00041157	GLUCONATE FERREUX	ADA

^{CT} 324mg Comprimé

00582727	GLUCONATE FERREUX	VTH	*
----------	-------------------	-----	---

SULFATE FERREUX

^{CT} 300mg Comprimé

01912518	APO-FERROUS SULFATE FC	APX	
02246733	EURO-FERROUS SULFATE	EUR	
00586323	PMS-SULFATE FERREUX	PMS	
00031100	SULFATE FERREUX	JMP	
00346918	SULFATE FERREUX	PMT	
00782114	SULFATE FERREUX	VTH	*

^{CT} 15mg/mL Gouttes

02237385	FERODAN	ODN
02232202	PEDIAFER	EUR
02222574	PMS-SULFATE FERREUX	PMS

^{CT} 75mg/mL Gouttes

00762954	FER-IN-SOL	MJO
80008309	JAMP SULFATE FERREUX	JMP

^{CT} 6mg/mL Sirop

00017884	FER-IN-SOL	MJO
02242863	PEDIAFER	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
----------	---------	-----

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')****^{cr} 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.

^{cr} 75mg Comprimé

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

TICLOPIDINE (CHLORHYDRATE DE)**^{cr} 250mg Comprimé**

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

20:16.00 HÉMATOPOÏÉTIQUES**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****^{cr} 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 ANTIARYTHMIQUES

AMIODARONE (CHLORHYDRATE D')

^{CT} 100mg Comprimé

02292173 PMS-AMIODARONE PMS

^{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

02224801 RYTHMODAN SAC

^{CT} 150mg Capsule

02224828 RYTHMODAN SAC

FLÉCAÏNIDE (ACÉTATE DE)

^{CT} 50mg Comprimé

02275538 APO-FLECAINIDE APX
01966197 TAMBOCOR MMH

^{CT} 100mg Comprimé

02275546 APO-FLECAINIDE APX
01966200 TAMBOCOR MMH

MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE)

^{CT} 100mg Capsule

02230359 NOVO-MEXILETINE TEV

^{CT} 200mg Capsule

02230360 NOVO-MEXILETINE TEV

PROCAÏNAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

^{CT} 250mg Capsule

00713325 APO-PROCAINAMIDE APX

^{CT} 375mg Capsule

00713333 APO-PROCAINAMIDE APX

^{CT} 500mg Capsule

00713341 APO-PROCAINAMIDE APX

^{CT} 250mg Comprimé à libération progressive

00638692 PROCAN SR PFI

^{CT} 500mg Comprimé à libération progressive

00638676 PROCAN SR PFI

^{CT} 750mg Comprimé à libération progressive

00638684 PROCAN SR PFI

24:04.04 ANTIARYTHMIQUES

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 LEGER MTH
02210320 OLESTYR REGULIER MTH

COLESTIOL (CHLORHYDRATE DE)

^{CT} 1g Comprimé

02132680 COLESTID PFI

^{CT} 5g Granules

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	RBY
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	RBY
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	RBY
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	RBY
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	RBY
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	RBY
02246931	RATIO-PRAVASTATIN	RPH
02270242	RIVA-PRAVASTATIN	RIV
02247857	SANDOZ-PRAVASTATIN	SDZ

**24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA
RÉDUCTASE****PRAVASTATINE SODIQUE****cr 40mg Comprimé**

02243508	APO-PRAVASTATIN	APX
02248184	CO PRAVASTATIN	COB
02249758	DOM-PRAVASTATIN	DPC
02330970	JAMP-PRAVASTATIN	JMP
02317486	MINT-PRAVASTATIN	MIN
02257114	MYLAN-PRAVASTATIN	MYL
02247010	NOVO-PRAVASTATIN	TEV
02244352	NU-PRAVASTATIN	NXP
02247657	PMS-PRAVASTATIN	PMS
02222051	PRAVACHOL	BMS
02249782	PRAVASTATIN	MEL
02301814	PRAVASTATIN	SOR
02356562	PRAVASTATIN	SAN
02243826	PRAVASTATIN-40	PDL
02284456	RAN-PRAVASTATIN	RBY
02246932	RATIO-PRAVASTATIN	RPH
02270250	RIVA-PRAVASTATIN	RIV
02247858	SANDOZ-PRAVASTATIN	SDZ

ROSUVASTATINE CALCIQUE**cr 5mg Comprimé**

02265540	CRESTOR	AZC
----------	---------	-----

cr 10mg Comprimé

02247162	CRESTOR	AZC
----------	---------	-----

cr 20mg Comprimé

02247163	CRESTOR	AZC
----------	---------	-----

cr 40mg Comprimé

02247164	CRESTOR	AZC
----------	---------	-----

SIMVASTATINE**cr 5mg Comprimé**

02247011	APO-SIMVASTATIN	APX
02248103	CO SIMVASTATIN	COB
02253747	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02281619	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02331020	JAMP-SIMVASTATIN	JMP
02375036	MAR-SIMVASTATIN	MAR
02372932	MINT-SIMVASTATIN	MIN
02246582	MYLAN-SIMVASTATIN	MYL
02247072	NU-SIMVASTATIN	NXP
02281546	PHL-SIMVASTATIN	PHH
02252619	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02269252	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02329131	RAN-SIMVASTATIN	RBY
02247067	RATIO-SIMVASTATIN	RPH
02247297	RIVA-SIMVASTATIN	RIV
02247827	SANDOZ-SIMVASTATIN	SDZ
02284723	SIMVASTATIN	SAN
02250144	TEVA-SIMVASTATIN	TEV
00884324	ZOCOR	FRS
02300907	ZYM-SIMVASTATIN	ZYM

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

cr 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

^{cr} 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	RBY
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

^{cr} 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	RBY
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)

^{cr} 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)

^{cr} 0.1mg Comprimé

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

^{cr} 0.2mg Comprimé

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

MÉTHYLDOPA

^{cr} 125mg Comprimé

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

^{cr} 250mg Comprimé

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

^{cr} 500mg Comprimé

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

MÉTHYLDOPA, HYDROCHLOROTHIAZIDE

^{cr} 250mg & 15mg Comprimé

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

^{cr} 250mg & 25mg Comprimé

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

24:08.20 VASODILATEURS DIRECTS

DIAZOXIDE

^{cr} 100mg Capsule

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

HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D')

^{cr} 10mg Comprimé

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

^{cr} 25mg Comprimé

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

^{cr} 50mg Comprimé

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

MINOXIDIL

^{cr} 2.5mg Comprimé

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

^{cr} 10mg Comprimé

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

24:12.08 NITRATES ET NITRITES**ISOSORBIDE (DINITRATE D')**^{CT} **10mg Comprimé**

00441686	ISDN	AAP
00786667	PMS-ISOSORBIDE	PMS

^{CT} **30mg Comprimé**

00441694	ISDN	AAP
----------	------	-----

^{CT} **5mg Comprimé sublingual**

00670944	ISDN	AAP
----------	------	-----

ISOSORBIDE-5-MONONITRATE^{CT} **60mg Comprimé**

02272830	APO-ISMN	APX
02126559	IMDUR	AZC
02301288	PMS-ISMN	PMS
02311321	PRO-ISMN	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	MMH
01911910	NITRO-DUR	KEY
00584223	TRANSDERM-NITRO	NVR
02230732	TRINIPATCH	TRT

^{CT} **0.4mg Timbre cutané**

02163527	MINITRAN	MMH
01911902	NITRO-DUR	KEY
00852384	TRANSDERM-NITRO	NVR
02230733	TRINIPATCH	TRT

^{CT} **0.6mg Timbre cutané**

02163535	MINITRAN	MMH
01911929	NITRO-DUR	KEY
02046156	TRANSDERM-NITRO	NVR
02230734	TRINIPATCH	TRT

^{CT} **0.8mg Timbre cutané**

02011271	NITRO-DUR	KEY
----------	-----------	-----

0.4mg Vaporisateur

02243588	MYLAN-NITRO	MYL
02231441	NITROLINGUAL POMPE	SAC
02238998	RHO-NITRO PUMPSPRAY	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	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

^{CT} **20mg Comprimé**

02338327	ADCIRCA	LIL
----------	---------	-----

24:12.92 VASODILATEURS 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 VASODILATEURS 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-PRAZO	TEV
----------	------------	-----

01913794	NU-PRAZO	NXP
----------	----------	-----

CT 2mg Comprimé

00882828	APO-PRAZO	APX
----------	-----------	-----

00560960	MINIPRESS	ERF
----------	-----------	-----

01934201	NOVO-PRAZO	TEV
----------	------------	-----

01913808	NU-PRAZO	NXP
----------	----------	-----

CT 5mg Comprimé

00882836	APO-PRAZO	APX
----------	-----------	-----

00560979	MINIPRESS	ERF
----------	-----------	-----

01934228	NOVO-PRAZO	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)****^{cr} 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

^{cr} 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 BÉTA-
ADRÉNERGIQUES****ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')****^{cr} 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

^{cr} 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 BÉTA-
ADRÉNERGIQUES****ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')****^{cr} 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**^{cr} 25mg Comprimé**

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

ATÉNOLOL**^{cr} 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

^{cr} 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****cr 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	RBY
02171805	RATIO-ATENOLOL	RPH
02242093	RIVA-ATENOLOL	RIV
02039540	TENORMIN	AZC
01912054	TEVA-ATENOL	TEV

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

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

cr 100mg & 25mg Comprimé

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

BISOPROLOL (FUMARATE DE)**cr 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

cr 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**cr 3.125mg Comprimé**

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

cr 6.25mg Comprimé

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

cr 12.5mg Comprimé

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

cr 25mg Comprimé

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

**24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-
ADRÉNERGIQUES****CARVÉDILOL****cr 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

cr 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

cr 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

cr 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)**cr 100mg Comprimé**

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

cr 200mg Comprimé

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

MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)**cr 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)****cr 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

cr 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

cr 100mg Comprimé à libération progressive

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

cr 200mg Comprimé à libération progressive

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

NADOLOL**cr 40mg Comprimé**

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

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

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

cr 160mg Comprimé

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

PINDOLOL**cr 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

cr 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

cr 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**cr 10mg & 25mg Comprimé**

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

cr 10mg & 50mg Comprimé

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

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

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

cr 80mg Capsule à action prolongée

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

cr 120mg Capsule à action prolongée

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

cr 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	RBY
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	RBY
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
09857203	SANDOZ-FELODIPINE	SDZ *

CT 10mg Comprimé à effet prolongé

00851787	PLENDIL	AZC
02222000	RENEDIL	SAC
02280272	SANDOZ-FELODIPINE	SDZ
09857204	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-DILTIAZ TZ	APX
02271605	TEVA-DILTIAZEM ER	TEV
02231150	TIAZAC	BPC

CT 180mg Capsule à effet prolongé

02291045	APO-DILTIAZ TZ	APX
02271613	TEVA-DILTIAZEM 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	
CT 240mg Capsule à libération progressive			
02245920	SANDOZ-DILTIAZEM T	SDZ	
CT 300mg Capsule à libération progressive			
02245921	SANDOZ-DILTIAZEM T	SDZ	
CT 360mg Capsule à libération progressive			
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-VERAPAMIL 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')
^{cr} 2.5mg Comprimé

02020025	APO ENALAPRIL	APX
02291878	CO ENALAPRIL	COB
02300036	MYLAN-ENALAPRIL	MYL
02300680	NOVO-ENALAPRIL	TEV
02300079	PMS-ENALAPRIL	PMS
02311402	PRO-ENALAPRIL	PDL
02352230	RAN-ENALAPRIL	RBV
02299984	RATIO-ENALAPRIL	RPH
02300796	RIVA-ENALAPRIL	RIV
02299933	SANDOZ ENALAPRIL	SDZ
02323478	SIG-ENALAPRIL	SIG
02300117	TARO-ENALAPRIL	TAR
00851795	VASOTEC	FRS

^{cr} 5mg Comprimé

02019884	APO ENALAPRIL	APX
02291886	CO ENALAPRIL	COB
02300044	MYLAN-ENALAPRIL	MYL
02233005	NOVO-ENALAPRIL	TEV
02300087	PMS-ENALAPRIL	PMS
02311410	PRO-ENALAPRIL	PDL
02352249	RAN-ENALAPRIL	RBV
02299992	RATIO-ENALAPRIL	RPH
02300818	RIVA-ENALAPRIL	RIV
02299941	SANDOZ ENALAPRIL	SDZ
02323486	SIG-ENALAPRIL	SIG
02300125	TARO-ENALAPRIL	TAR
00708879	VASOTEC	FRS

^{cr} 10mg Comprimé

02019892	APO ENALAPRIL	APX
02291894	CO ENALAPRIL	COB
02300052	MYLAN-ENALAPRIL	MYL
02233006	NOVO-ENALAPRIL	TEV
02300095	PMS-ENALAPRIL	PMS
02311429	PRO-ENALAPRIL	PDL
02352257	RAN-ENALAPRIL	RBV
02300001	RATIO-ENALAPRIL	RPH
02300826	RIVA-ENALAPRIL	RIV
02299968	SANDOZ ENALAPRIL	SDZ
02323494	SIG-ENALAPRIL	SIG
02300133	TARO-ENALAPRIL	TAR
00670901	VASOTEC	FRS

**24:32.04 INHIBITEURS ENZYME
CONVERSION DE
L'ANGIOTENSINE (IECA)**
ÉNALAPRIL (MALÉATE D')
^{cr} 20mg Comprimé

02019906	APO ENALAPRIL	APX
02291908	CO ENALAPRIL	COB
02300060	MYLAN-ENALAPRIL	MYL
02233007	NOVO-ENALAPRIL	TEV
02300109	PMS-ENALAPRIL	PMS
02311437	PRO-ENALAPRIL	PDL
02352265	RAN-ENALAPRIL	RBV
02300028	RATIO-ENALAPRIL	RPH
02300834	RIVA-ENALAPRIL	RIV
02299976	SANDOZ ENALAPRIL	SDZ
02323508	SIG-ENALAPRIL	SIG
02300141	TARO-ENALAPRIL	TAR
00670928	VASOTEC	FRS

**ÉNALAPRIL (MALÉATE D'),
HYDROCHLOROTHIAZIDE**
^{cr} 5mg & 12.5mg Comprimé

02352923	APO-ENALAPRIL MALEATE/HCTZ	APX
02300222	NOVO-ENALAPRIL/HCTZ	TEV

^{cr} 10mg & 25mg Comprimé

02352931	APO-ENALAPRIL MALEATE/HCTZ	APX
02300230	NOVO-ENALAPRIL/HCTZ	TEV
00657298	VASERETIC	FRS

FOSINOPRIL 10MG COMP
^{cr} 10mg Comprimé

02332566	FOSINOPRIL	RBV
----------	------------	-----

FOSINOPRIL SODIQUE
^{cr} 10mg Comprimé

02266008	APO-FOSINOPRIL	APX
02303000	FOSINOPRIL	PDL
01907107	MONOPRIL	BMS
02262401	MYLAN-FOSINOPRIL	MYL
02247802	NOVO-FOSINOPRIL	TEV
02255944	PMS-FOSINOPRIL	PMS
02294524	RAN-FOSINOPRIL	RBV
02265923	RIVA-FOSINOPRIL	RIV

^{cr} 20mg Comprimé

02266016	APO-FOSINOPRIL	APX
02303019	FOSINOPRIL	PDL
01907115	MONOPRIL	BMS
02262428	MYLAN-FOSINOPRIL	MYL
02247803	NOVO-FOSINOPRIL	TEV
02255952	PMS-FOSINOPRIL	PMS
02294532	RAN-FOSINOPRIL	RBV
02265931	RIVA-FOSINOPRIL	RIV

FOSINOPRIL SODIUM
^{cr} 10mg Comprimé

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

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

FOSINOPRIL SODIUM

CT 20mg Comprimé

02332574	FOSINOPRIL	RBV
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	RBV	
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	RBV	
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	RBV	
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

CT 20mg & 25mg Comprimé

02261995	APO-LISINOPRIL/HCTZ	APX
02362961	LISINOPRIL/HCTZ (Z)	SAN
02297752	MYLAN-LISINOPRIL HCTZ	MYL
02302381	SANDOZ LISINOPRIL HCT	SDZ
02302152	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P)	TEV
02301784	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	TEV
02045729	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)

^{cr} 20mg Comprimé			
01947680	ACCUPRIL	PFI	
^{cr} 40mg Comprimé			
01947699	ACCUPRIL	PFI	

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE), HYDROCHLOROTHIAZIDE

^{cr} 10mg & 12.5mg Comprimé			
02237367	ACCURETIC	PFI	
^{cr} 20mg & 12.5mg Comprimé			
02237368	ACCURETIC	PFI	
^{cr} 20mg & 25mg Comprimé			
02237369	ACCURETIC	PFI	

RAMIPRIL

^{cr} 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	RBV	
02287692	RATIO-RAMIPRIL	RPH	

^{cr} 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	RBV	
02287706	RATIO-RAMIPRIL	RPH	

^{cr} 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	RBV	

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

RAMIPRIL

^{cr} 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	RBV	

^{cr} 15mg Capsule

02325381	APO-RAMIPRIL	APX	
02343932	PMS-RAMIPRIL	PMS	

^{cr} 1.25mg Comprimé

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

^{cr} 2.5mg Comprimé

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

^{cr} 5mg Comprimé

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

^{cr} 10mg Comprimé

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

RAMIPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

^{cr} 2.5mg & 12.5mg Comprimé

02283131	ALTACE HCT	SAC	
02342138	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS	

^{cr} 5mg & 12.5mg Comprimé

02283158	ALTACE HCT	SAC	
02342146	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS	

^{cr} 5mg & 25mg Comprimé

02283174	ALTACE HCT	SAC	
02342162	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS	

^{cr} 10mg & 12.5mg Comprimé

02283166	ALTACE HCT	SAC	
02342154	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS	

^{cr} 10mg & 25mg Comprimé

02283182	ALTACE HCT	SAC	
02342170	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS	

TRANDOLAPRIL

^{cr} 0.5mg Capsule

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

^{cr} 1mg Capsule

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

^{cr} 2mg Capsule

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

^{cr} 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
----------	---------	-----

^{CT} 300mg & 25mg Comprimé

02280213	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	RBV
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	RBV
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, HYDROCHLOROTHIAZIDE

^{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
02337487	CO VALSARTAN	COB
02270528	DIOVAN	NVR
02363062	RAN-VALSARTAN	RBY
02356740	SANDOZ VALSARTAN	SDZ
02356643	TEVA-VALSARTAN	TEV
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	NVR
02373742	MYLAN-VALSARTAN HCTZ	MYL
02356708	SANDOZ VALSARTAN HCT	SDZ
02357003	TEVA-VALSARTAN/HCTZ	TEV
02367777	VALSARTAN-HCTZ	PDL

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 STÉROÏDIENS

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 ACÉTYLSALICYLIQUE	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****cr 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 :

- n'ont pas eu de bons résultats après essai d'au moins deux AINS de la liste, ou
- ont subi un effet secondaire attribuable à deux AINS de la liste, ou
- ont présenté des antécédents de complications gastro-intestinales sérieuses, comme des saignements ou une perforation.

Pour les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde qui :

- n'ont pas eu de bons résultats après essai d'au moins deux AINS de la liste, ou
- ont subi un effet secondaire attribuable à deux AINS de la liste, ou
- 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

50mg Suppositoire

02231799 SANDOZ INDOMETHACIN SDZ

100mg Suppositoire

01934139 RATIO-INDOMETHACIN RPH

02231800 SANDOZ INDOMETHACIN SDZ

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

375mg Comprimé entérosoluble

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

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

25mg/mL Suspension

02162431	NAPROSYN	HLR
----------	----------	-----

NAPROXEN SODIQUE**275mg Comprimé**

02162725	ANAPROX	HLR
00784354	APO-NAPRO NA	APX
00887056	NAPROXEN NA	PDL
02351013	NAPROXEN SODIQUE	SAN
00778389	NOVO-NAPROX SODIUM	TEV

550mg Comprimé

02162717	ANAPROX DS	HLR
01940309	APO-NAPRO 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
00865788	NU-PIROX	NXP
00836230	PMS-PIROXICAM	PMS

10mg Comprimé

00695718	NOVO-PIROCAM	TEV
----------	--------------	-----

20mg Comprimé

00695696	NOVO-PIROCAM	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-ACETAMINOPHENE AVEC CODÉINE PMS

02163942 TYLENOL AVEC CODÉINE JNO

ACÉTAMINOPHÈNE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')**325mg & 2.5mg Comprimé**

01916491 PERCOCET 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 PERCOCET BMS

02327171 PRO-OXYCODONE-ACET PDL

00608165 RATIO-OXYCOCET 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 rechange 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 rechange 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		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

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		RBV
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 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

Poudre09991180 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	ATL
00607770	RATIO-MORPHINE	RPH

10mg/mL Sirop

00632503	M.O.S. 10	VAE
00690783	RATIO-MORPHINE	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	MAY
02019930	M-ESLON	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	VAE
02014203	MS IR	PFR
00594652	STATEX	PMS

10mg Comprimé

02009765	M.O.S. SULFATE	VAE
02014211	MS IR	PFR
00594644	STATEX	PMS

20mg Comprimé

02014238	MS IR	PFR
----------	-------	-----

25mg Comprimé

02009749	M.O.S. SULFATE	VAE
00594636	STATEX	PMS

30mg Comprimé

02014254	MS IR	PFR
----------	-------	-----

50mg Comprimé

02009706	M.O.S. SULFATE	VAE
00675962	STATEX	PMS

15mg Comprimé à libération progressive

02350815	MORPHINE SR	SAN
02015439	MS CONTIN SR	PFR
02302764	NOVO-MORPHINE SR	TEV

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS**MORPHINE (SULFATE DE)****30mg Comprimé à libération progressive**

02350890	MORPHINE SR	SAN
02014297	MS CONTIN SR	PFR
02302772	NOVO-MORPHINE SR	TEV

60mg Comprimé à libération progressive

02350912	MORPHINE SR	SAN
02014300	MS CONTIN SR	PFR
02302780	NOVO-MORPHINE SR	TEV
02245286	PMS-MORPHINE SULFATE	PMS

100mg Comprimé à libération progressive

02350920	MORPHINE SR	SAN
02014319	MS CONTIN SR	PFR
02302799	NOVO-MORPHINE SR	TEV

200mg Comprimé à libération progressive

02350947	MORPHINE SR	SAN
02014327	MS CONTIN SR	PFR
02302802	NOVO-MORPHINE SR	TEV
02245288	PMS-MORPHINE SR	PMS

20mg/mL Gouttes

00621935	STATEX	PMS
----------	--------	-----

50mg/mL Gouttes

00705799	STATEX	PMS
----------	--------	-----

0.5mg/mL Injection

02021056	MORPHINE LP	SDZ
01949047	MORPHINE SULFATE	ABB

1mg/mL Injection

02021048	MORPHINE LP	SDZ *
01949055	MORPHINE SULFATE	ABB
01980696	MORPHINE SULFATE	SDZ

2mg/mL Injection

00850314	MORPHINE SULFATE	ABB
01964437	MORPHINE SULFATE	SDZ
02242484	MORPHINE SULFATE	SDZ

5mg/mL Injection

01964429	MORPHINE SULFATE	SDZ
----------	------------------	-----

10mg/mL Injection

00392588	MORPHINE SULFATE	SDZ
00850322	MORPHINE SULFATE	ABB

15mg/mL Injection

00392561	MORPHINE SULFATE	SDZ
----------	------------------	-----

25mg/mL Injection

00676411	MORPHINE HP 25	SDZ
----------	----------------	-----

50mg/mL Injection

00617288	MORPHINE HP 50	SDZ
02137267	MORPHINE SULFATE	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 ANALGÉSIIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES**ACÉTAMINOPHÈNE**

cr 80mg Comprimé			
02238295	TYLENOL POUR ENFANTS		JNO
cr 160mg Comprimé			
02142805	ACETAMINOPHENE		WTR
02241361	TYLENOL JUNIOR		JNO
cr 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
cr 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
cr 80mg Comprimé à croquer			
01905856	ACETAMINOPHEN		TRI
02015676	ACETAMINOPHEN		TAN
02017458	ACETAMINOPHEN		RIV
02129957	ACETAMINOPHEN		VTH
02263815	PEDIAPHEN CHEWABLE		EUR
cr 160mg Comprimé à croquer			
02017431	ACETAMINOPHEN		RIV
02230934	ACETAMINOPHEN		TAN
02231011	FEVERHALT		PED
02263823	PEDIAPHEN CHEWABLE		EUR

**28:08.92 DIVERS ANALGÉSIIQUES 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	APX
02240342	DIVALPROEX	PDL
00596426	EPIVAL	ABB
02239518	NU-DIVALPROEX	NXP
02244139	PMS-DIVALPROEX	PMS
02239702	TEVA-DIVALPROEX	TEV

500mg Comprimé entérosoluble

02239700	APO-DIVALPROEX	APX
02240343	DIVALPROEX	PDL
00596434	EPIVAL	ABB
02239519	NU-DIVALPROEX	NXP
02244140	PMS-DIVALPROEX	PMS
02239703	TEVA-DIVALPROEX	TEV

GABAPENTINE**100mg Capsule**

02244304	APO-GABAPENTINE	APX
02256142	CO GABAPENTIN	COB
02243743	DOM-GABAPENTIN	DPC
02246314	GABAPENTIN	MEL
02304775	GABAPENTIN	SOR
02353245	GABAPENTIN	SAN
02248259	MYLAN-GABAPENTIN	MYL
02084260	NEURONTIN	PFI
02244513	NOVO-GABAPENTIN	TEV
02243446	PMS-GABAPENTINE	PMS
02310449	PRO-GABAPENTIN	PDL
02319055	RAN-GABAPENTIN	RBY
02251167	RIVA-GABAPENTIN	RIV

300mg Capsule

02244305	APO-GABAPENTINE	APX
02256150	CO GABAPENTIN	COB
02243744	DOM-GABAPENTIN	DPC
02246315	GABAPENTIN	MEL
02304783	GABAPENTIN	SOR
02353253	GABAPENTIN	SAN
02248260	MYLAN-GABAPENTIN	MYL
02084279	NEURONTIN	PFI
02244514	NOVO-GABAPENTIN	TEV
02243447	PMS-GABAPENTINE	PMS
02310457	PRO-GABAPENTIN	PDL
02319063	RAN-GABAPENTIN	RBY
02251175	RIVA-GABAPENTIN	RIV

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS**GABAPENTINE****400mg Capsule**

02244306	APO-GABAPENTINE	APX
02256169	CO GABAPENTIN	COB
02243745	DOM-GABAPENTIN	DPC
02246316	GABAPENTIN	MEL
02304791	GABAPENTIN	SOR
02353261	GABAPENTIN	SAN
02248261	MYLAN-GABAPENTIN	MYL
02084287	NEURONTIN	PFI
02244515	NOVO-GABAPENTIN	TEV
02243448	PMS-GABAPENTINE	PMS
02310465	PRO-GABAPENTIN	PDL
02319071	RAN-GABAPENTIN	RBY
02260905	RATIO-GABAPENTIN	RPH
02251183	RIVA-GABAPENTIN	RIV

600mg Comprimé

02293358	APO-GABAPENTIN	APX
02285843	GD-GABAPENTIN	PFI
02239717	NEURONTIN	PFI
02248457	NOVO-GABAPENTIN	TEV
02255898	PMS-GABAPENTINE	PMS
02310473	PRO-GABAPENTIN	PDL
02259796	RIVA-GABAPENTIN	RIV

800mg Comprimé

02293366	APO-GABAPENTIN	APX
02239718	NEURONTIN	PFI
02247346	NOVO-GABAPENTIN	TEV
02255901	PMS-GABAPENTINE	PMS
02310481	PRO-GABAPENTIN	PDL
02259818	RIVA-GABAPENTIN	RIV

LAMOTRIGINE**25mg Comprimé**

02245208	APO-LAMOTRIGINE	APX
02142082	LAMICTAL	GSK
02302969	LAMOTRIGINE	PDL
02343010	LAMOTRIGINE	SAN
02265494	MYLAN-LAMOTRIGINE	MYL
02248232	NOVO-LAMOTRIGINE	TEV
02246897	PMS-LAMOTRIGINE	PMS
02243352	RATIO-LAMOTRIGINE	RPH

100mg Comprimé

02245209	APO-LAMOTRIGINE	APX
02142104	LAMICTAL	GSK
02302985	LAMOTRIGINE	PDL
02343029	LAMOTRIGINE	SAN
02265508	MYLAN-LAMOTRIGINE	MYL
02248233	NOVO-LAMOTRIGINE	TEV
02246898	PMS-LAMOTRIGINE	PMS
02243353	RATIO-LAMOTRIGINE	RPH

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.

^{cr} 250mg Comprimé

02285924	APO-LEVETIRACETAM	APX
02274183	CO LEVETIRACETAM	COB
02247027	KEPPRA	UCB
02353342	LEVETIRACETAM	SAN
02296101	PMS-LEVETIRACETAM	PMS

^{cr} 500mg Comprimé

02285932	APO-LEVETIRACETAM	APX
02274191	CO LEVETIRACETAM	COB
02247028	KEPPRA	UCB
02353350	LEVETIRACETAM	SAN
02296128	PMS-LEVETIRACETAM	PMS
02311380	PRO-LEVETIRACETAM	PDL

^{cr} 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	RBY
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-DOXEPIN	APX
00024325	SINEQUAN	ERF

25mg Capsule

02050005	APO-DOXEPIN	APX
01913425	NOVO-DOXEPIN	TEV
00024333	SINEQUAN	ERF

50mg Capsule

02050013	APO-DOXEPIN	APX
01913433	NOVO-DOXEPIN	TEV
00024341	SINEQUAN	ERF

75mg Capsule

02050021	APO-DOXEPIN	APX
01913441	NOVO-DOXEPIN	TEV
00400750	SINEQUAN	ERF

100mg Capsule

02050048	APO-DOXEPIN	APX
01913468	NOVO-DOXEPIN	TEV
00326925	SINEQUAN	ERF

150mg Capsule

01913476	NOVO-DOXEPIN	TEV
----------	--------------	-----

DULOXÉTINE (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
----------	----------	-----

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**DULOXÉTINE (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-FLUOXÉTINE APX
02242177 CO-FLUOXÉTINE SCN
02177617 DOM-FLUOXÉTINE DPC
02286068 FLUOXÉTINE SAN
02237813 MYLAN-FLUOXÉTINE MYL
02216582 NOVO-FLUOXÉTINE TEV
02192756 NU-FLUOXÉTINE NXP
02223481 PHL-FLUOXÉTINE PHH
02177579 PMS-FLUOXÉTINE PMS
02314991 PRO-FLUOXÉTINE PDL
02018985 PROZAC LIL
02241371 RATIO-FLUOXÉTINE RPH
02242123 RIVA-FLUOXÉTINE RIV
02243486 SANDOZ-FLUOXÉTINE SDZ
02302659 ZYM-FLUOXÉTINE ZYM

20mg Capsule

02216361 APO-FLUOXÉTINE APX
02242178 CO-FLUOXÉTINE SCN
02177625 DOM-FLUOXÉTINE DPC
02286076 FLUOXÉTINE SAN
02237814 MYLAN-FLUOXÉTINE MYL
02216590 NOVO-FLUOXÉTINE TEV
02192764 NU-FLUOXÉTINE NXP
02223503 PHL-FLUOXÉTINE PHH
02177587 PMS-FLUOXÉTINE PMS
02315009 PRO-FLUOXÉTINE PDL
00636622 PROZAC LIL
02241374 RATIO-FLUOXÉTINE RPH
02242124 RIVA-FLUOXÉTINE RIV
02243487 SANDOZ-FLUOXÉTINE SDZ
02302667 ZYM-FLUOXÉTINE ZYM

4mg/mL Liquide

02231328 APO-FLUOXÉTINE 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-FLUVOX 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-FLUVOX 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-PAROXÉTINE	APX
02262762	CO PAROXÉTINE	COB
02248449	DOM-PAROXÉTINE	DPC
02248014	MYLAN-PAROXÉTINE	MYL
02248558	NOVO-PAROXÉTINE	TEV
02248721	NU-PAROXÉTINE	NXP
02248452	PAROXÉTINE	MEL
02248915	PAROXÉTINE	PDL
02282860	PAROXÉTINE	SAN
02302039	PAROXÉTINE	SOR
01940473	PAXIL	GSK
02247752	PMS-PAROXÉTINE	PMS
02247812	RATIO-PAROXÉTINE	RPH
02248561	RIVA-PAROXÉTINE	RIV
02254778	SANDOZ-PAROXÉTINE	SDZ
02269449	SANDOZ-PAROXÉTINE	SDZ

40mg Comprimé

02293749	PMS-PAROXÉTINE	PMS
----------	----------------	-----

PHÉNELZINE (SULFATE DE)**15mg Comprimé**

00476552	NARDIL	PFI
----------	--------	-----

SERTRALINE**25mg Capsule**

02238280	APO-SERTRALINE	APX
02287390	CO SERTRALINE	COB
02245748	DOM-SERTRALINE	DPC
02242519	MYLAN-SERTRALINE	MYL
02240485	NOVO-SERTRALINE	TEV
02247047	NU-SERTRALINE	NXP
02245824	PHL-SERTRALINE	PHH
02244838	PMS-SERTRALINE	PMS
02248496	RIVA-SERTRALINE	RIV
02245159	SANDOZ-SERTRALINE	SDZ
02303779	SERTRALINE	MEL
02353520	SERTRALINE	SAN
02241302	SERTRALINE-25	PDL
02132702	ZOLOFT	PFI

50mg Capsule

02238281	APO-SERTRALINE	APX
02287404	CO SERTRALINE	COB
02245749	DOM-SERTRALINE	DPC
02242520	MYLAN-SERTRALINE	MYL
02240484	NOVO-SERTRALINE	TEV
02247048	NU-SERTRALINE	NXP
02245825	PHL-SERTRALINE	PHH
02244839	PMS-SERTRALINE	PMS
02248497	RIVA-SERTRALINE	RIV
02245160	SANDOZ-SERTRALINE	SDZ
02303809	SERTRALINE	MEL
02353539	SERTRALINE	SAN
02241303	SERTRALINE-50	PDL
01962817	ZOLOFT	PFI

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS**SERTRALINE****100mg Capsule**

02238282	APO-SERTRALINE	APX
02287412	CO SERTRALINE	COB
02245750	DOM-SERTRALINE	DPC
02242521	MYLAN-SERTRALINE	MYL
02240481	NOVO-SERTRALINE	TEV
02247050	NU-SERTRALINE	NXP
02245826	PHL-SERTRALINE	PHH
02244840	PMS-SERTRALINE	PMS
02248498	RIVA-SERTRALINE	RIV
02245161	SANDOZ-SERTRALINE	SDZ
02303817	SERTRALINE	MEL
02353547	SERTRALINE	SAN
02241304	SERTRALINE-100	PDL
01962779	ZOLOFT	PFI

TRANLYCYPROMINE (SULFATE DE)**10mg Comprimé**

01919598	PARNATE	GSK
----------	---------	-----

TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE)**50mg Comprimé**

02147637	APO-TRAZODONE	APX
02128950	DOM-TRAZODONE	DPC
02231683	MYLAN-TRAZODONE	MYL
02144263	NOVO-TRAZODONE	TEV
02165384	NU-TRAZODONE	NXP
02236941	PHL-TRAZODONE	PHH
01937227	PMS-TRAZODONE	PMS
02164353	TRAZODONE	PDL
02348772	TRAZODONE	SAN
02230284	TRAZOREL	VAE

75mg Comprimé

02237339	PMS-TRAZODONE	PMS
----------	---------------	-----

100mg Comprimé

02147645	APO-TRAZODONE	APX
02128969	DOM-TRAZODONE	DPC
02231684	MYLAN-TRAZODONE	MYL
02144271	NOVO-TRAZODONE	TEV
02165392	NU-TRAZODONE	NXP
02236942	PHL-TRAZODONE	PHH
01937235	PMS-TRAZODONE	PMS
02164361	TRAZODONE	PDL
02348780	TRAZODONE	SAN
02230285	TRAZOREL	VAE

150mg Comprimé

02147653	APO-TRAZODONE D	APX
02144298	NOVO-TRAZODONE	TEV
02165406	NU-TRAZODONE D	NXP
02164388	TRAZODONE	PDL
02348799	TRAZODONE	SAN

TRIMIPRAMINE (MALÉATE DE)**75mg Capsule**

02070987	TRIMIPRAMINE	AAP
----------	--------------	-----

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**ARIPIRAZOLE**

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
----------	---------	-----

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
----------	--------------	-----

00313815	ORAP	PHH
----------	------	-----

4mg Comprimé

02245433	APO-PIMOZIDE	APX
----------	--------------	-----

00313823	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

150mg Comprimé

02284251	NOVO-QUETIAPINE	TEV
----------	-----------------	-----

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	RBV
02264757	RATIO-RISPERIDONE	RPH
02328305	RBX-RISPERIDONE	RBV
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	APX
02282593	CO RISPERIDONE	COB
02278448	DOM-RISPERIDONE	DPC
02371774	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359804	MINT-RISPERIDONE	MIN
02282259	MYLAN-RISPERIDONE	MYL
02264188	NOVO-RISPERIDONE	TEV
02258447	PHL-RISPERIDONE	PHH
02252015	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312719	PRO-RISPERIDONE	PDL
02280914	RAN-RISPERIDONE	RBV
02264765	RATIO-RISPERIDONE	RPH
02328313	RBX-RISPERIDONE	RBV
02240552	RISPERDAL	JNO
02303493	RISPERIDONE	MEL
02356899	RISPERIDONE	SAN
02283573	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02303663	SANDOZ RISPERIDONE	SDZ

1mg Comprimé

02282135	APO-RISPERIDONE	APX
02282607	CO RISPERIDONE	COB
02278456	DOM-RISPERIDONE	DPC
02371782	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359812	MINT-RISPERIDONE	MIN
02282267	MYLAN-RISPERIDONE	MYL
02264196	NOVO-RISPERIDONE	TEV
02258455	PHL-RISPERIDONE	PHH
02252023	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312727	PRO-RISPERIDONE	PDL
02280922	RAN-RISPERIDONE	RBV
02264773	RATIO-RISPERIDONE	RPH
02328321	RBX-RISPERIDONE	RBV
02025280	RISPERDAL	JNO
02303507	RISPERIDONE	MEL
02356902	RISPERIDONE	SAN
02283581	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02279800	SANDOZ-RISPERIDONE	SDZ

28:16.08 TRANQUILLISANTS**RISPÉRIDONE****2mg Comprimé**

02282143	APO-RISPERIDONE	APX
02282615	CO RISPERIDONE	COB
02278464	DOM-RISPERIDONE	DPC
02371790	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359820	MINT-RISPERIDONE	MIN
02282275	MYLAN-RISPERIDONE	MYL
02264218	NOVO-RISPERIDONE	TEV
02258463	PHL-RISPERIDONE	PHH
02252031	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312735	PRO-RISPERIDONE	PDL
02280930	RAN-RISPERIDONE	RBV
02264781	RATIO-RISPERIDONE	RPH
02328348	RBX-RISPERIDONE	RBV
02025299	RISPERDAL	JNO
02303515	RISPERIDONE	MEL
02356910	RISPERIDONE	SAN
02283603	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02279819	SANDOZ-RISPERIDONE	SDZ

3mg Comprimé

02282151	APO-RISPERIDONE	APX
02282623	CO RISPERIDONE	COB
02278472	DOM-RISPERIDONE	DPC
02371804	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359839	MINT-RISPERIDONE	MIN
02282283	MYLAN-RISPERIDONE	MYL
02264226	NOVO-RISPERIDONE	TEV
02258471	PHL-RISPERIDONE	PHH
02252058	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312743	PRO-RISPERIDONE	PDL
02280949	RAN-RISPERIDONE	RBV
02264803	RATIO-RISPERIDONE	RPH
02328364	RBX-RISPERIDONE	RBV
02025302	RISPERDAL	JNO
02303523	RISPERIDONE	MEL
02356929	RISPERIDONE	SAN
02283611	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02279827	SANDOZ-RISPERIDONE	SDZ

28:16.08 TRANQUILLISANTS**RISPÉRIDONE****4mg Comprimé**

02282178	APO-RISPERIDONE	APX
02282631	CO RISPERIDONE	COB
02371812	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359847	MINT-RISPERIDONE	MIN
02282291	MYLAN-RISPERIDONE	MYL
02264234	NOVO-RISPERIDONE	TEV
02258498	PHL-RISPERIDONE	PHH
02252066	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312751	PRO-RISPERIDONE	PDL
02280957	RAN-RISPERIDONE	RBV
02264811	RATIO-RISPERIDONE	RPH
02328372	RBX-RISPERIDONE	RBV
02025310	RISPERDAL	JNO
02303531	RISPERIDONE	MEL
02356937	RISPERIDONE	SAN
02283638	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02279835	SANDOZ-RISPERIDONE	SDZ

0.5mg Comprimé à dissolution orale

02247704	RISPERDAL-M	JNO
----------	-------------	-----

1mg Comprimé à dissolution orale

02291789	PMS-RISPERIDONE ODT	PMS
02247705	RISPERDAL-M	JNO

2mg Comprimé à dissolution orale

02291797	PMS-RISPERIDONE ODT	PMS
02247706	RISPERDAL-M	JNO

3mg Comprimé à dissolution orale

02268086	RISPERDAL-M	JNO
----------	-------------	-----

4mg Comprimé à dissolution orale

02268094	RISPERDAL-M	JNO
----------	-------------	-----

1mg/mL Solution

02280396	APO-RISPERIDONE	APX
02279266	PMS-RISPERIDONE	PMS
02236950	RISPERDAL	JNO

THIOPROPÉRAZINE (MÉSULATE DE)**10mg Comprimé**

01927639	MAJEPTIL	ERF
----------	----------	-----

THIOTHIXÈNE**2mg Capsule**

00024430	NAVANE	ERF
----------	--------	-----

5mg Capsule

00024449	NAVANE	ERF
----------	--------	-----

10mg Capsule

00024457	NAVANE	ERF
----------	--------	-----

TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE)**1mg Comprimé**

00345539	TRIFLUOPERAZINE	AAP
----------	-----------------	-----

2mg Comprimé

00312754	TRIFLUOPERAZINE	AAP
----------	-----------------	-----

5mg Comprimé

00312746	TRIFLUOPERAZINE	AAP
----------	-----------------	-----

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 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
----------	--------	-----

28:20.04 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
----------	------------	-----

10mg Cachet Ultra-Fondant

02240519	MAXALT RPD	FRS
----------	------------	-----

5mg Comprimé

02240520	MAXALT	FRS
----------	--------	-----

10mg Comprimé

02240521	MAXALT	FRS
----------	--------	-----

SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE)**5mg Vaporisateur nasal**

02230418	IMITREX	GSK
----------	---------	-----

20mg Vaporisateur nasal

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	GSK
02268914	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02286823	NOVO-SUMATRIPTAN DF	TEV
02256436	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02263025	SANDOZ-SUMATRIPTAN	SDZ
02286521	SUMATRIPTAN	SAN
02324652	SUMATRIPTAN	PDL

100mg Comprimé

02268396	APO-SUMATRIPTAN	APX
02257904	CO SUMATRIPTAN	COB
02270765	DOM-SUMATRIPTAN	DPC
02212161	IMITREX DF	GSK
02268922	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02239367	NOVO-SUMATRIPTAN	TEV
02286831	NOVO-SUMATRIPTAN DF	TEV
02256444	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02263033	SANDOZ-SUMATRIPTAN	SDZ
02286548	SUMATRIPTAN	SAN
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	GSK	
99000598	IMITREX	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	
----------	-------------	-----	--

PIZOTYLIN (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	PARSITAN	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**TRIHÉXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE)****2mg Comprimé**

00545058	TRIHÉXYPHÉNIDYL	AAP	
----------	-----------------	-----	--

5mg Comprimé

00545074	TRIHÉXYPHÉNIDYL	AAP	
----------	-----------------	-----	--

0.4mg/mL Liquide

00885398	PMS-TRIHÉXYPHÉNIDYL	PMS	
----------	---------------------	-----	--

28:36.12 ANTIPARKINSONIENS - INHIBITEURS DE LA CATECHOL-O-METHYLTRANSFERASE (COMT)**ENTACAPONE****^{cr} 200mg Comprimé**

02243763	COMTAN	NVR	
----------	--------	-----	--

28:36.16 ANTIPARKINSONIENS - PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE**LÉVODOPA, BENSÉRAZIDE****^{cr} 50mg & 12.5mg Capsule**

00522597	PROLOPA	HLR	
----------	---------	-----	--

^{cr} 100mg & 25mg Capsule

00386464	PROLOPA	HLR	
----------	---------	-----	--

^{cr} 200mg & 50mg Capsule

00386472	PROLOPA	HLR	
----------	---------	-----	--

LÉVODOPA, CARBIDOPA**^{cr} 100mg & 10mg Comprimé**

02195933	APO-LEVOCARB	APX	
02244494	NOVO-LEVOCARBIDOPA	TEV	
02182831	NU-LEVOCARB	NXP	
00355658	SINEMET	BMS	

^{cr} 100mg & 25mg Comprimé

02195941	APO-LEVOCARB	APX	
02244495	NOVO-LEVOCARBIDOPA	TEV	
02182823	NU-LEVOCARB	NXP	
02311178	PRO-LEVOCARB	PDL	
00513997	SINEMET	BMS	

^{cr} 250mg & 25mg Comprimé

02195968	APO-LEVOCARB	APX	
02244496	NOVO-LEVOCARBIDOPA	TEV	
02182858	NU-LEVOCARB	NXP	
00328219	SINEMET	BMS	

^{cr} 100mg & 25mg Comprimé à libération contrôlée

02272873	LEVOCARB CR	AAP	
02028786	SINEMET CR	BMS	

^{cr} 200mg & 50mg Comprimé à libération contrôlée

00870935	SINEMET CR	BMS	
----------	------------	-----	--

LÉVODOPA, CARBIDOPA, ENTACAPONE**^{cr} 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 (MÉSULATE 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		PF1

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
^{CT} 0.5mg Comprimé			
02297310	CO PRAMIPEXOLE		COB
^{CT} 1mg Comprimé			
02297329	CO PRAMIPEXOLE		COB
^{CT} 1.5mg Comprimé			
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		RBV
02232565	REQUIP		GSK
02353040	ROPINIROLE		SAN
^{CT} 1mg Comprimé			
02337762	APO-ROPINIROLE		APX
02316854	CO-ROPINIROLE		COB
02326612	PMS-ROPINIROLE		PMS
02314053	RAN-ROPINIROLE		RBV
02232567	REQUIP		GSK
02353059	ROPINIROLE		SAN
^{CT} 2mg Comprimé			
02337770	APO-ROPINIROLE		APX
02316862	CO-ROPINIROLE		COB
02326620	PMS-ROPINIROLE		PMS
02314061	RAN-ROPINIROLE		RBV
02232568	REQUIP		GSK
02353067	ROPINIROLE		SAN

28:36.20 ANTIPARKINSONIENS - AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE

ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE)

^{cr} 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)

^{cr} 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, LUBRIFIE

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 ODN
COMP

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**FUROSEMIDE**^{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-TRIAMZIDE	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

CT 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

CT 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

CT 100mg Comprimé

00644552	APO-HYDRO	APX
00532088	HYDROCHLOROTHIAZIDE	PDL

40:28.24 DIURÉTIQUES APPARENTÉS AU THIAZIDE**CHLORTHALIDONE****CT 50mg Comprimé**

00360279	CHLORTHALIDONE	AAP
----------	----------------	-----

CT 100mg Comprimé

00360287	APO-CHLORTHALIDONE	APX
----------	--------------------	-----

INDAPAMIDE**CT 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****CT 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**CT 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 TOBEX ALC
0.3% Solution ophtalmique
02239577 PMS-TOBRAMYCIN PMS
02241755 SANDOZ-TOBRAMYCIN SDZ
00513962 TOBEX 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
----------	--------------	-----

TRIAMCINOLONE (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 ophtalmique**

01968300	ACULAR	ALL
02245821	APO-KETOROLAC	APX
02247461	RATIO-KETOROLAC	RPH

52:20.00 O.R.L.O.- MYOTIQUES**CARBACHOL****1.5% Solution ophtalmique**

00000655	ISOPTO CARBACHOL	ALC
----------	------------------	-----

52:24.00 O.R.L.O. - MYDRIATIQUES**ATROPINE (SULFATE D')****1% Solution ophtalmique**

02023695	ATROPINE	DKT
02148358	ATROPINE SULPHATE MINIMS	NVR
00035017	ISOPTO ATROPINE	ALC

CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE)**0.5% Solution ophtalmique**

02148331	CYCLOPENTOLATE	NVR
----------	----------------	-----

1% Solution ophtalmique

00252506	CYCLOGYL	ALC
02148382	CYCLOPENTOLATE MINIMS	NVR
02023644	DIOPENTOLATE	DKT

DIPIVÉFRINE (CHLORHYDRATE DE)**0.1% Solution ophtalmique**

02242232	APO-DIPIVEFRIN	APX
02237868	PMS-DIPIVEFRIN	PMS

HOMATROPINE (BROMHYDRATE D')**2% Solution ophtalmique**

00000779	ISOPTO HOMATROPINE	ALC
----------	--------------------	-----

5% Solution ophtalmique

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 ulcérations oropharyngiennes causées par des traitements de chimiothérapie.
b. - usage chez les patients immunodéprimés dont les muqueuses risquent de se détériorer.

0.15% Rinçage

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 ulcérations oropharyngiennes causées par des traitements de chimiothérapie.
b. - usage chez les patients immunodéprimés dont les muqueuses risquent de se détériorer.

0.15% Rinçage

02310422	TEVA-BENZYDAMINE	TEV
----------	------------------	-----

CHLORHEXIDINE (GLUCONATE DE)**0.12% Rinçage**

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 ophtalmique**

00433519	ALBALON A	ALL
----------	-----------	-----

NAPHAZOLINE (CHLORHYDRATE DE)**0.1% Solution ophtalmique**

00001147	ALBALON	ALL
00390283	NAPHCON FORTE	ALC

PHÉNYLÉPHRINE (CHLORHYDRATE DE)**0.12% Solution ophtalmique**

00395161	PREFRIN LIQUIFILM	ALL
----------	-------------------	-----

2.5% Solution ophtalmique

02027100	DIONEPHRINE	DKT
00465763	MYDFRIN	ALC
02148447	PHENYLEPHRINE MINIMS	NVR

10% Solution ophtalmique

02148455	PHENYLEPHRINE	NVR
----------	---------------	-----

**52:40.04 ORLO - AGONISTES ALPHA-
ADRÉNERGUIQUE****BRIMONIDINE (TARTRATE DE)****0.2% Solution ophtalmique**

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	DIOPARPINE	DKT
00000884	ISOPTO CARPINE	ALC

52:40.20 ORLO - MYOTIQUES**PILOCARPINE (NITRATE DE)**

2% Solution ophtalmique

02148463 PILOCARPINE NITRATE NVR
MINIMS**52:40.28 ORLO - ANALOGUES DE LA
PROSTAGLANDINE****BIMATOPROST**

0.01% Solution ophtalmique

02324997 LUMIGAN ALL

0.03% Solution ophtalmique

02245860 LUMIGAN ALL

LATANOPROST

0.005% Solution ophtalmique

02296527 APO-LATANOPROST APX

02231493 XALATAN PFI

TIMOLOL (MALÉATE DE), TRAVOPROST

0.5% & 0.004% Solution ophtalmique

02278251 DUO TRAV ALC

TRAVOPROST

0.004% Solution ophtalmique

02318008 TRAVATAN Z ALC

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.**ALCOOL POLYVINYLIQUE**

1% Solution ophtalmique

02133253 HYPOTEARNS NVR

1.4% Solution ophtalmique

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 ophtalmique

02076306 IOPIDINE ALC

**DEXTRAN 70,
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE**

0.1% & 0.3% Solution ophtalmique

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 ophtalmique

02209071 PROBETA ALL

HUILE MINÉRALE, VASELINE

80% & 20% Onguent ophtalmique

02125706 DUOLUBE BSH

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.**HYDROXYPROPYL CELLULOSE**

5mg Solution ophtalmique

02250624 LACRISERT FRS

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE

0.5% Solution ophtalmique

00000809 ISOPTO TEARS ALC

00889806 SANDOZ EYELUBE SDZ

1% Solution ophtalmique

00000817 ISOPTO TEARS ALC

00874965 SANDOZ EYELUBE SDZ

LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE)

0.1% Solution ophtalmique

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 ophtalmique

00210889 LACRI LUBE ALL

POLYVINYL ALCOHOL, POVIDONE

1.4% & 0.6% Solution ophtalmique

02229632 ARTIFICIAL TEARS EXTRA PMS

SODIUM (CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE DE)

0.5% Solution ophtalmique

02049260 REFRESH PLUS ALL

1% Solution ophtalmique

00870153 CELLUVISC ALL

10mg/mL Solution ophtalmique

02244650 REFRESH LIQUIGEL ALL

0.5% Solution ophtalmique (multi-doses)

02231008 REFRESH TEARS ALL

SODIUM (CHLORURE DE)

5% Onguent ophtalmique

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 ophtalmique

00750824 MURO-128 BSH

0.7% Vaporisateur nasal

00810436 OTRIVIN SALINE NVC

VASELINE, LANOLINE, HUILE MINÉRALE

94% & 3% & 3% Onguent ophtalmique

02082519 TEARS NATURALE P.M. ALC

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.**VASELINE, VASELINE LIQUIDE**

85% & 15% Onguent ophtalmique

02133288 HYPOTEARNS 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)**^{cr} 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

^{cr} 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^{cr} 5mg Comprimé à libération retardée

02273411 BISACODYL-ODAN ODN

^{cr} 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 DPC
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

MAGNÉSIIUM (HYDROXIDE 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**cr 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

cr 12MG Comprimé

80009183	JAMP-SENNOSIDES	JMP
00896403	PMS-SENNOSIDES	PMS

cr 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
(LAURYSULFOACÉTATE DE), SORBITOL****90mg & 9mg & 625mg Lavement**

02063905	MICROLAX	PMS
----------	----------	-----

56:14.00 CHOLÉLITHOLYTIQUES**URSODIOL****cr 250mg Comprimé**

02281317	PHL-URSODIOL C	PHH
02273497	PMS-URSODIOL	PMS
02238984	URSO	AXC

cr 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**cr 5,000U & 16,600U & 18,750U Capsule**

02239007	CREON 5 MINIMICROSPHERES	SPH
----------	-----------------------------	-----

cr 8,000U & 30,000U & 30,000U Capsule

00263818	COTAZYM	ORG
----------	---------	-----

cr 20,000U & 66,400U & 75,000U Capsule

02239008	CREON 20 MINIMICROSPHERES	SPH
----------	------------------------------	-----

**cr 4,000U & 11,000U & 11,000U Capsule (particules
entérosolubles)**

02181215	COTAZYM ECS 4	ORG
----------	---------------	-----

**cr 4,000U & 12,000U & 12,000U Capsule (particules
entérosolubles)**

00789445	PANCREASE MT 4	JNO
----------	----------------	-----

**cr 4,500U & 20,000U & 25,000U Capsule (particules
entérosolubles)**

02203324	ULTRASE MS 4	AXC
----------	--------------	-----

**cr 8,000U & 30,000U & 30,000U Capsule (particules
entérosolubles)**

00502790	COTAZYM ECS 8	ORG
----------	---------------	-----

56:16.00 DIGESTIFS**LIPASE, AMYLASE, PROTÉASE**

^{CT}	10,000U & 30,000U & 30,000U Capsule (particules entérosolubles)		
	00789437 PANCREASE MT 10	JNO	
^{CT}	10,000U & 33,200U & 37,500U Capsule (particules entérosolubles)		
	02200104 CREON 10 MINIMICROSPHERES	SPH	
^{CT}	12,000U & 39,000U & 39,000U Capsule (particules entérosolubles)		
	02045834 ULTRASE MT 12	AXC	
^{CT}	16,000U & 48,000U & 48,000U Capsule (particules entérosolubles)		
	00789429 PANCREASE MT 16	JNO	
^{CT}	20,000U & 55,000U & 55,000U Capsule (particules entérosolubles)		
	00821373 COTAZYM ECS 20	ORG	
^{CT}	20,000U & 65,000U & 65,000U Capsule (particules entérosolubles)		
	02045869 ULTRASE MT 20	AXC	
^{CT}	25,000U & 74,000U & 62,500U Capsule (particules entérosolubles)		
	01985205 CREON 25 MINIMICROSPHERES	SPH	
^{CT}	8,000U & 30,000U & 30,000U Comprimé		
	02230019 VIOKASE	AXC	
^{CT}	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**

^{CT}	15mg Comprimé		
	00511196 GRAVOL	HOR	
^{CT}	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	
^{CT}	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 ANTAGONISTES DU RÉCEPTEUR 5-HT3**DOLASÉTRON (MÉSYLATE DE)****100mg Comprimé**

02231379	ANZEMET	SAC
----------	---------	-----

GRANISETRON**1mg Comprimé**

02308894	GRANISETRON	AAP
02185881	KYTRIL	HLR

ONDANSETRON (CHLOROXYDRATE 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	RBV
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	RBV
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 ANTAGONISTES DU RÉCEPTEUR 5-HT3**ONDANSÉTRON (CHLOROHYDRATE 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 aiguës et retardées et des vomissements en association avec un antagoniste 5-HT3 et la dexaméthasone 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 dexaméthasone 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	RBV
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 DU RÉCEPTEUR H2 DE L'HISTAMINE**CIMÉTIDINE****cr 200mg Comprimé**

00584215	APO-CIMETIDINE	APX
00865796	NU-CIMET	NXP
02229717	PMS-CIMETIDINE	PMS
00582409	TEVA-CIMETINE	TEV

56:28.12 ANTAGONISTES DU RÉCEPTEUR H2 DE L'HISTAMINE**CIMÉTIDINE****cr 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

cr 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

cr 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

cr 800mg Comprimé

00749494	APO-CIMETIDINE	APX
02227479	MYLAN-CIMETIDINE	MYL
02229721	PMS-CIMETIDINE	PMS
00663727	TEVA-CIMETINE	TEV

FAMOTIDINE**cr 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

cr 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**cr 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

^{cr} 300mg Capsule

02220164	APO-NIZATIDINE	APX
00778346	AXID	PHH
02238195	NIZATIDINE	PHH
02240458	NOVO-NIZATIDINE	TEV
02177722	PMS-NIZATIDINE	PMS

RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)

^{cr} 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	RBV
00828823	RATIO-RANITIDINE	RPH
02247814	RIVA-RANTIDINE	RIV
02243229	SANDOZ-RANITIDINE	SDZ
02212331	ZANTAC	GSK

^{cr} 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	RBV
00828688	RATIO-RANITIDINE	RPH
02247815	RIVA-RANITIDINE	RIV
02243230	SANDOZ-RANITIDINE	SDZ
02212358	ZANTAC	GSK

^{cr} 15mg/mL Solution orale

02280833	APO-RANITIDINE	APX
02242940	NOVO-RANITIDINE	TEV

56:28.28 PROSTAGLANDINES

MISOPROSTOL

^{cr} 100mcg Comprimé

02244022	MISOPROSTOL	AAP
----------	-------------	-----

^{cr} 200mcg Comprimé

02244023	MISOPROSTOL	AAP
02244125	PMS-MISOPROSTOL	PMS

56:28.32 PROTECTEURS

SUCRALFATE

^{cr} 1g Comprimé

02125250	APO-SUCRALFATE	APX
02045702	NOVO-SUCRALATE	TEV
02134829	NU-SUCRALFATE	NXP
02130939	SUCRALFATE-1	PDL
02100622	SULCRATE	AXC

^{cr} 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.

^{cr} 15mg Capsule à libération progressive

02293811	APO-LANSOPRAZOLE	APX
02357682	LANSOPRAZOLE	SAN
02353830	MYLAN-LANSOPRAZOLE	MYL
02280515	NOVO-LANSOPRAZOLE	TEV
02165503	PREVACID	TAK

^{cr} 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

^{cr} 15mg

02249464	PREVACID FASTAB	TAK
----------	-----------------	-----

^{cr} 30mg

02249472	PREVACID FASTAB	TAK
----------	-----------------	-----

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

OMÉPRAZOLE MAGNÉSIIEN (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 comorbides 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.

^{CT} 10mg Comprimé à libération retardée

02230737	LOSEC	AZC
02260859	RATIO-OMEPRAZOLE	RPH

OMÉPRAZOLE, OMÉPRAZOLE MAGNÉSIIEN (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.

^{CT} 10mg Capsule

02329425	GEN-OMEPRAZOLE	MYL
02119579	LOSEC	AZC
02296438	SANDOZ OMEPRAZOLE	SDZ

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

OMÉPRAZOLE, OMÉPRAZOLE MAGNÉSIIEN (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.

^{CT} 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

^{CT} 20mg Comprimé à action prolongée

02260867	RATIO-OMEPRAZOLE	RPH
----------	------------------	-----

^{CT} 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.

^{CT} 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.

^{CT} 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.

^{cr} 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	RBV	
02330083	RIVA-RABEPRAZOLE EC	RIV	
02314177	SANDOZ-RABEPRAZOLE	SDZ	

^{cr} 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	RBV	
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**

^{cr} 500mg Comprimé à libération retardée			
02099683	PENTASA	FEI	

^{cr} 400mg Comprimé entérosoluble			
01997580	ASACOL	PGP	

^{cr} 500mg Comprimé entérosoluble			
02112787	SALOFALK	AXC	

^{cr} 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

^{cr} 400mg Comprimé entérosoluble			
02351463	5-ASA	SAN	
02171929	NOVO 5-ASA	TEV	

^{cr} 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

^{cr} 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	MYOCHRYSSINE	SAC	
02245456	SODIUM AUROTHIOMALATE	SDZ	

25mg/mL Injection			
01927612	MYOCHRYSSINE	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 METHYLPREDNISOLONE SDZ

02245407 METHYLPREDNISOLONE SDZ

80mg/mL Suspension injectable

00030767 DEPO-MEDROL PMJ

02245406 METHYLPREDNISOLONE SDZ

02245408 METHYLPREDNISOLONE 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

TESTOSTÉRONNE (CYPIONATE DE)

100mg/mL Injection

00030783 DEPO-TESTOSTERONE PFI

02246063 TESTOSTERONE CYPIONATE SDZ

TESTOSTÉRONNE (ÉNANTHATE DE)

200mg/mL Injection

00029246 DELATESTRYL BMS

00739944 PMS-TESTOSTERONE PMS

68:08.00 ANDROGÈNES**TESTOSTÉRONNE (UNDÉCANOATE DE)**

40mg Capsule

00782327 ANDRIOL ORG

02322498 PMS-TESTOSTERONE PMS

68:12.00 ANOVULANTS**ETHINYL ESTRADIOL, DROSPIRENONE**

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, DROSPIRENONE

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 WAY

02298538 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 WAY

02295946 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,
MÉDROXYPROGESTÉRONNE (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****^{cr} 50mg Comprimé**

02190885	GLUCOBAY	BAY
----------	----------	-----

^{cr} 100mg Comprimé

02190893	GLUCOBAY	BAY
----------	----------	-----

68:20.04 BIGUANIDES**METHFORMINE (CHLORHYDRATE DE)****^{cr} 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	RYB
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****^{cr} 60mg Comprimé**

02245438	STARLIX	NVR	
----------	---------	-----	--

^{cr} 120mg Comprimé

02245439	STARLIX	NVR	
----------	---------	-----	--

REPAGLINIDE**^{cr} 0.5mg Comprimé**

02321475	CO-REPAGLINIDE	COB	
02239924	GLUCONORM	NOO	
02354926	PMS-REPAGLINIDE	PMS	
02357453	SANDOZ REPAGLINIDE	SDZ	

^{cr} 1mg Comprimé

02321483	CO-REPAGLINIDE	COB	
02239925	GLUCONORM	NOO	
02354934	PMS-REPAGLINIDE	PMS	
02357461	SANDOZ REPAGLINIDE	SDZ	

^{cr} 2mg Comprimé

02321491	CO-REPAGLINIDE	COB	
02239926	GLUCONORM	NOO	
02354942	PMS-REPAGLINIDE	PMS	
02357488	SANDOZ REPAGLINIDE	PFI	

68:20.20 ANTIDIABÉTIQUES - SULFONYLURÉES**GLICLAZIDE****^{cr} 30mg Comprimé**

02242987	DIAMICRON MR	SEV	
02297795	GLICLAZIDE MR	AAP	

^{cr} 60mg Comprimé

02356422	DIAMICRON MR	SEV	
----------	--------------	-----	--

68:20.20 ANTIDIABÉTIQUES - SULFONYLURÉES**GLICLAZIDE****^{cr} 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**^{cr} 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	

^{cr} 5mg Comprimé

01913662	APO-GLYBURIDE	APX	
02224569	DIABETA	SAC	
02234514	DOM-GLYBURIDE	DPC	
00720941	EUGLUCON	PMS	
02350467	GLYBURIDE	SAN	
00808741	MYLAN-GLYBE	MYL	
01913689	NOVO-GLYBURIDE	TEV	
02020742	NU-GLYBURIDE	NXP	
02236734	PMS-GLYBURIDE	PMS	
02316544	PRO-GLYBURIDE	PDL	
01900935	RATIO-GLYBURIDE	RPH	
02236548	RIVA-GLYBURIDE	PHH	
02248009	SANDOZ-GLYBURIDE	SDZ	

TOLBUTAMIDE**^{cr} 500mg Comprimé**

00312762	TOLBUTAMIDE	AAP	
----------	-------------	-----	--

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 sulfonyles, 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 sulfonyles, 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 sulfonyles, 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**MÉDROXYPROGESTÉRONNE (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**MÉDROXYPROGESTÉRONNE (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****cr 0.025mg Comprimé**

02264323	EUTHYROX	MYL
02172062	SYNTHROID	ABB

cr 0.05mg Comprimé

02213192	ELTROXIN	GSK
02264331	EUTHYROX	MYL
02172070	SYNTHROID	ABB

cr 0.075mg Comprimé

02264358	EUTHYROX	MYL
02172089	SYNTHROID	ABB

cr 0.088mg Comprimé

02172097	SYNTHROID	ABB
----------	-----------	-----

cr 0.1mg Comprimé

02213206	ELTROXIN	GSK
02264374	EUTHYROX	MYL
02172100	SYNTHROID	ABB

cr 0.112mg Comprimé

02264390	EUTHYROX	MYL
02171228	SYNTHROID	ABB

cr 0.125mg Comprimé

02264404	EUTHYROX	MYL
02172119	SYNTHROID	ABB

cr 0.137mg Comprimé

02264412	EUTHYROX	MYL
02233852	SYNTHROID	ABB

68:36.04 THYROÏDIENS**LÉVOTHYROXINE SODIQUE****^{CT} 0.15mg Comprimé**

02213214	ELTROXIN	GSK
02264420	EUTHYROX	MYL
02172127	SYNTHROID	ABB

^{CT} 0.175mg Comprimé

02264439	EUTHYROX	MYL
02172135	SYNTHROID	ABB

^{CT} 0.2mg Comprimé

02213222	ELTROXIN	GSK
02264447	EUTHYROX	MYL
02172143	SYNTHROID	ABB

^{CT} 0.3mg Comprimé

02264455	EUTHYROX	MYL
02172151	SYNTHROID	ABB

THYROÏDE**^{CT} 30mg Comprimé**

00023949	THYROID	ERF
----------	---------	-----

^{CT} 60mg Comprimé

00023957	THYROID	ERF
----------	---------	-----

^{CT} 125mg Comprimé

00023965	THYROID	ERF
----------	---------	-----

68:36.08 ANTITHYROÏDIENS**PROPYLTHIOURACILE****^{CT} 50mg Comprimé**

00010200	PROPYL THYRACIL	SQU
----------	-----------------	-----

^{CT} 100mg Comprimé

00010219	PROPYL THYRACIL	SQU
----------	-----------------	-----

THIABENDAZOLE**^{CT} 10mg Comprimé**

02296039	TAPAZOLE	PAL
----------	----------	-----

THIAMAZOLE**^{CT} 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 BCD
COMBI PAK**1% & 500mg Crème et suppositoire vaginal**02264102 CANESTEN 1 COMFORT BCD
COMBI PAK**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% Shampoing

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% Poudre01919245 PIED D'ATHLETE SCH
VAPORISATEUR

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% Shampoing

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% Shampoing**

02125447 R & C GSK

**84:04.92 PEAU & MUQUEUSES - AUTRES
ANTI-INFECTIEUX****ARGENT (SULFADIAZINE D')****1% Crème**

02010917 DERMAZIN PMS

00323098 FLAMAZINE SNE

09854037 FLAMAZINE 50G SNE *

BENZOYLE (PEROXIDE DE)**5% Gel (base d'alcool)**

02162113 BENZAGEL NVC

00263702 PANOXYL-5 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 GAC

01925180 BENZAC W5 GAC *

02214849 PANOXYL AQUAGEL 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% Lotion

02166607 BENZAGEL 5 NVC

00374326 OXYDERM VAE

10% Lotion

00370568 BENOXYL STI

5% Nettoyeur

00896276 BENZAC W GAC

02162121 BENZAGEL NVC

02214857 PANOXYL 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 PROPYLENE 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
02232191	PMS-CLOBETASOL	PMS
01910272	RATIO-CLOBETASOL	RPH
02245523	TARO-CLOBETASOL	TAR
02093162	TEVA-CLOBETASOL	TEV

0.05% Lotion capillaire

02213281	DERMOVATE	TAR
02216213	MYLAN-CLOBETASOL	MYL
02232195	PMS-CLOBETASOL	PMS
01910299	RATIO-CLOBETASOL	RPH

0.05% Onguent

02213273	DERMOVATE	TAR
02026767	MYLAN-CLOBETASOL	MYL
02309548	PMS-CLOBETASOL	PMS
01910280	RATIO-CLOBETASOL	RPH
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 HUILEUESE STI

FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE)**0.01% Lotion capillaire**

00873292 DERMA-SMOOTHIE HIL

0.025% Onguent

02162512 SYNALAR MDC

0.01% Shampoing

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 CORTENEMA 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 - ANTIPRURIGINEUX ET ANESTHÉSIIQUES LOCAUX**LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)****2% Liquide**

01968823	LIDODAN VISQUEUSE	ODN
00811874	PMS-LIDOCAÏNE VISQUEUSE	PMS
00001686	XYLOCAÏNE 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% Shampoing

00666106 SEBCUR DER

ADAPALÈNE
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% Shampoing

00632295 TERSA-TAR DOUX STI

3% Shampoing

00632309 TERSA-TAR STI

4.3% Shampoing

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**MÉTHOXSALÉN****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)**cr 200mg Comprimé**

00728179 URISPAS PAL

OXYBUTYNE (CHLORURE D')**cr 2.5mg Comprimé**

02240549 PMS-OXYBUTYNIN PMS

cr 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

cr 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.

cr 5mg Comprimé

02277263 VESICARE AST

cr 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'oxybutine s'est avérée inefficace ou mal tolérée.

cr 2mg Capsule à effet prolongé

02244612 DETROL LA PFI

cr 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

TROSPIUM 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	CYX
02052717	CYANOCOBALAMIN	TAR
00521515	VIT B12	SDZ
00038830	VITAMINE B12	ABB

PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)**CT 25mg Comprimé**

00122645	VITAMINE B6	JAM
00232475	VITAMINE B6	PMS
01943200	VITAMINE B6	ODN
80002890	VITAMINE B6	JMP

CT 50mg Comprimé

00252689	VITAMINE B6	VAE
00305227	VITAMINE B6	JAM
00608599	VITAMINE B6	PMS *

CT 100mg Comprimé

00263958	VITAMINE B6	ICN
00329185	VITAMINE B6	JAM
00450677	VITAMINE B6	VTH *
02239348	VITAMINE B6	PMT

THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)**CT 50mg Comprimé**

02245506	EURO B1	EUR
80009633	JAMP-VITAMINE B1	JMP
00268631	VITAMINE B1	VAE

CT 100mg Comprimé

00232467	VITAMINE B1	PMS *
00294853	VITAMINE B1	ICN
00407011	VITAMINE B1	JAM

100mg/mL Injection

02241983	BETAXIN	ABB
02243525	THIAMINE	CYX
00816078	VITAMINE B1	SDZ

88:12.00 VITAMINE C**ACIDE ASCORBIQUE****CT 250mg Comprimé**

00557811	VIT C	VTH *
00162515	VITAMINE C	PMT
00221244	VITAMINE C	ADA

CT 500mg Comprimé

00266086	ACIDE ASCORBIQUE	PMT
00036188	VITAMINE C	PED
00041114	VITAMINE C	ADA
00322997	VITAMINE C	LAL *
00557838	VITAMINE C	VTH *
01922378	VITAMINE C	SWS
02244469	VITAMINE C	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

CT 1000mg Comprimé à libération progressive

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
----------	-----------	-----

CT 1mcg/mL Solution

00824291	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.

^{CT} **Comprimé**
80011134 CENTRUM JUNIOR COMPLETE PFI
80020794 CENTRUM JUNIOR COMPLETE PFI
02247975 FLINTSTONES EXTRA C BCD

^{CT} **Gouttes**
00762946 POLY-VI-SOL MJO

^{CT} **Liquide**
00558079 INFANTOL HOR

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} **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.

^{CT} **2,500IU & 666.67IU & 50mg/mL Gouttes**
02229790 PEDIAVIT EUR
00762903 TRI-VI-SOL MJO

^{CT} **Liquide orale**
80008471 JAMP-MULTIVITAMINE A/D/C
DROPS JMP

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^{cr} **8288IU/mL Liquide orale**

80003615 ERDOL ODN

LANREOTIDE**120mg/0.5mL Injection**

02283417 SOMATULINE AUTOGEL IPS

NÉDOCROMIL DE SODIUM**2% Solution ophtalmique**

02241407 ALOCRIAL 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 OMEGA OMG

00839191 SANDOSTATIN NVR

100mcg/mL Injection

02248640 OCTREOTIDE ACETATE OMEGA OMG

00839205 SANDOSTATIN NVR

200mcg/mL Injection

02248642 OCTREOTIDE ACETATE OMEGA OMG

02049392 SANDOSTATIN NVR

500mcg/mL Injection

02248641 OCTREOTIDE ACETATE OMEGA OMG

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) *

PRÉPARATIONS 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.

^{cr} **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.

^{cr} **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**^{cr} **100mg Comprimé**

00449687	ALLOPRIN	VAE
00555681	ALLOPURINOL	PDL
00402818	ZYLOPRIM	AAP

^{cr} **200mg Comprimé**

00514209	ALLOPRIN	VAE
02130157	ALLOPURINOL	PDL
00479799	ZYLOPRIM	AAP

^{cr} **300mg Comprimé**

00454354	ALLOPRIN	VAE
00294322	ALLOPURINOL	APX
00555703	ALLOPURINOL	PDL
00402796	ZYLOPRIM	AAP

COLCHICINE^{cr} **0.6mg Comprimé**

00572349	COLCHICINE	ODN
----------	------------	-----

^{cr} **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

^{cr} **5mg Comprimé**

02248727	APO-ALENDRONATE	APX
02288079	SANDOZ ALENDRONATE	SDZ
02248251	TEVA-ALENDRONATE	TEV

^{cr} **10mg Comprimé**

02248728	APO-ALENDRONATE	APX
02201011	FOSAMAX	FRS
02270129	MYLAN-ALENDRONATE	MYL
02288087	SANDOZ ALENDRONATE	SDZ
02247373	TEVA-ALENDRONATE	TEV

^{cr} **40mg Comprimé**

02258102	CO ALENDRONATE	COB
02201038	FOSAMAX	FRS

^{cr} **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 oesophagiale 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	ARELIA IV	NVR
02244550	PAMIDRONATE DISODIUM	MAY
02264951	SANDOZ-PAMIDRONATE	SDZ

60mg Injection

02244551	PAMIDRONATE DISODIUM	HOS
02264978	SANDOZ-PAMIDRONATE	SDZ

90mg Injection

02059789	ARELIA 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 subi 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 risque 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) \leq 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

INFLIXIMAB

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 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
----------	---------	-----

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 (torticolis spasmodique)

100U/vial Injection

02324032 XEOMIN MEZ

CYPROTÉRON (ACÉTATE DE), ÉTHINYLESTRADIOL**2mg & 35mcg Comprimé**

02290308 CYESTRA-35 PMS

02233542 DIANE-35 BAY

02309556 TEVA-
CYPROTERONE/ETHINYL
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 (torticolis spasmodique).

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)**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

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)**AIGUILLE****32GX6MM Aiguilles**

97799571	INSUPEN 32GX6MM	DPI
97799821	NOVOFINE 32G 6MM	NOO

32GX8MM Aiguilles

97799570	INSUPEN 32GX8MM	DPI
----------	-----------------	-----

AIGUILLE (NON-INSULINE)**Aiguilles**

99400528	AIGUILLE (NON-INSULINE) JETABLES	
----------	----------------------------------	--

ALCOOL ISOPROPYLIQUE**70% Tampon**

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**Dispositif**

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**Dispositif**

99401026	B-D CONTENTS-OBJETS ACÉRÉS 1.4L	BTD
99401027	B-D CONTENTS-OBJETS ACÉRÉS 3.1L	BTD

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	
----------	------------------	--

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)**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 INCH	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****cr 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 :

- a. - Une résistance à l'éfavirenz;
- b. - 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 :

- a. - qui ayant déjà fait l'objet d'un traitement antirétroviral qui a échoué; et
- b. - 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 :

- a. - des virus à tropisme CCR5; et
- b. - 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 :

- a. - qui n'ont 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

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 écrite 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 un 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 methotrexate. 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 métastatique/récurentes 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 récurrence 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 cholinestérase:

- 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 cholinestérase:

- 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 cholinestérase:

- 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 franchi environ 100m (ou après quelques minutes) au niveau (CRM 3 - 4);
50% ≤VEMS <80% de la valeur prédicte, 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 prédicte, 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 beta-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 (XINAFATE 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 (XINAFATE 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 beta-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 HÉMATOPOÏÉTIQUES**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 rechange 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 rechange 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

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

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

DULOXÉTINE (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**ARIPIPIRAZOLE**

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
----------	------------------	-----

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

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-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

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 la prévention des nausées aiguës et retardées et des vomissements en association avec un antagoniste 5-HT3 et la dexaméthasone 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 dexaméthasone 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'oesophagite de Barrett, d'oesophagite 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'oesophagite de Barrett, d'oesophagite 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'oesophagite de Barrett, d'oesophagite 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 MAGNÉSIIEN (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'oesophagite de Barrett, d'oesophagite 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 MAGNÉSIE (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'oesophagite de Barrett, d'oesophagite 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'oesophagite de Barrett, d'oesophagite 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'oesophagite de Barrett, d'oesophagite 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	RBY
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	RBY
02330091	RIVA-RABEPRAZOLE	RIV
02314185	SANDOZ-RABEPRAZOLE	SDZ

68:00 HORMONES ET SUBSTITUTS**68:12.00 ANOVULANTS****ETHINYL ESTRADIOL, ETNOGESTREL**

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

TROSPIMUM 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.

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 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 \leq -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 subi 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 risque 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'oesophage (sténose ou achalasia) 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) \leq 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 antirhumatismeurs 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 méthotrexate 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 méthotrexate or 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, SPONDYLARTHRITE 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 antirhumatismeux 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 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 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'appréciation globale du médecin PLUS/des 2 critères suivants

amélioration > 20 % dans l'échelle d'appréciation 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 (torticolis spasmodique)

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 (torticolis spasmodique).

100IU Injection

01981501 BOTOX

ALL

	Page		Page		Page
ABATACEPT	25	BRIMONIDINE (TARTRATE DE)	16	DONEPEZIL (CHLORHYDRATE DE)	7
ABLIFY	18	(ALPHAGAN P)		DOSTINEX	19
ACAMPROSATE CALCIQUE	19	BUPRENORPHINE	17	DULOXETINE (CHLORHYDRATE DE)	14
ACCEL PIOGLITAZONE	22	HCL/NALOXONE HCL		DURAGESIC MAT	12
ACCOLATE	15	BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (WELLBUTRIN)	14	DUTASTÉRIDE	28
ACLASTA	33	BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (ZYBAN)	14	ÉFAVIRENZ, EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	2
ACTEMRA	39	BUPROPION SR	17	ELIDEL	23
ACTONEL	32	CABERGOLINE	19	EMEND	17
ACTOS	22	CALCITONINE SAUMON (MIACALCIN)	23	EMEND TRI PACK	17
ADALIMUMAB	26	CAMPRAL	19	EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	3
ADCIRCA	13	CARNITOR	15	ENABLEX	23
ADEFOVIR DIPIVOXIL	5	CARNITOR IV	15	ENBREL	29
ADVAGRAF	33	CELEBREX	11	ENBREL SURECLICK	29
ADVAIR	9	CÉLÉCOXIB	11	ENBREL SURECLICK (QC)	36
ADVAIR DISKUS 100	9	CELLCEPT	32	ENTÉCAVIR	5
ADVAIR DISKUS 250	9	CELENTRI	3	ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D')	5
ADVAIR DISKUS 500	10	CENTRUM JUNIOR COMPLETE	24	ÉTANERCEPT	29
AGGRENOL	11	CENTRUM MATERNA	25	ETHINYL ESTRADIOL, ETONOGESTREL	21
ALENDRONATE	32	CHAMPIX	10	ETRAVIRINE	3
ALENDRONATE SODIQUE	27	CHAMPIX STARTER PACK	10	EVISTA	21
ALENDRONATE SODIQUE, VITAMINE D3	27	CIPRO HC	16	EXELON	8
ALENDRONATE SODIQUE, VITAMINE D3	28	CIPRODEX	16	ÉZÉTIMIBE	11
ALENDRONATE-70	27	CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE), DEXAMÉTHASONE	16	EZETROL	11
ALPHAGAN P	16	CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE), HYDROCORTISONE	16	FEBUXOSTAT	31
AMBRISENTAN	14	CLOPIDROGREL (BISULFATE DE)	11	FENTANYL	12
APO-ALENDRONATE	27	CLOSTRIDIUM BOTULINUM NEUROTOXIN	28	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
ARIPIRAZOLE	18	DOM-LEVOFLOXACIN	1	HUMIRA PEN	27
ATRIPLA	2	DOM-MINOCYCLINE	1	HUMIRA PRE-FILL	27
AVANDIA	23	DOM-PIOGLITAZONE	22	HYDROMORPH CONTIN	13
AVODART	28	DOM-RISEDRONATE	33	HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D')	13
BARACLUDE	5			IMATINIB (MÉSULATE D')	5
BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)	16			INFANTOL	24
BENZYDAMINE CHL	16				
BISACODYL (BASE DE POLYÉTHYLÈNE GLYCOL)	17				
BOSENTAN	14				
BOTOX	33				

	Page		Page		Page
INFLIXIMAB	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-BENZYLAMINE	16
LANSOPRAZOLE	22	NICOTINE (PASTILLE)	11	PMS-BUPROPION SR	14
LANSOPRAZOLE ODT	18	NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)	11	PMS-CYCLOBENZAPRINE	10
LEFLUNOMIDE	39	NICOTINE TRANSDERMAL	12	PMS-FENTANYL MTX	12
LÉFLUNOMIDE	32	NICOTROL TRANSDERMAL	11	PMS-FINASTERIDE	30
LEVAQUIN	1	NOVO-ALENDRONATE	27	PMS-LEFLUNOMIDE	32
LEVETIRACETAM	17	NOVO-BENZYLAMINE	16	PMS-LEVETIRACETAM	14
LÉVÉTIRACÉTAM	14	NOVO-CYCLOPRINE	10	PMS-LEVOFLOXACIN	1
LÉVOCARNITINE	15	NOVO-FENTANYL	12	PMS-MINOCYCLINE	1
LEVOFLOXACIN	1	NOVO-FINASTERIDE	30	PMS-MONOCYCLINE	2
LÉVOFLOXACINE	1	NOVO-LANSOPRAZOLE	17	PMS-MONTELUKAST	20
LINÉZOLIDE	2	NOVO-LEFLUNOMIDE	32	PMS-OMEPRAZOLE	19
LOSEC	18	NOVO-LEVOFLOXACIN	1	PMS-PANTOPRAZOLE	20
MAGIC BULLET	17	NOVO-METHYLPHENIDATE ER	19	PMS-PIOGLITAZONE	22
MARAVIROC	3	NOVO-MINOCYCLINE	1	PMS-RABEPRAZOLE	21
MED-MINOCYCLINE	1	NOVO-PANTOPRAZOLE	20	PMS-RALOXIFENE	27
MÉPÉRIDINE (CHLORHYDRATE DE)	13	NOVO-PIOGLITAZONE	22	PMS-RISEDRONATE	33
METADOL	16	NOVO-RABEPRAZOLE	21	PMS-RIVASTIGMINE	8
MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)	16	NOVO-RALOXIFENE	21	POLY-VI-SOL	24
METHADONE	16	NOVO-RISEDRONATE	32	PRENATAL & POSTPARTUM	25
POUDRE(DOULEUR)		NOVO-RIVASTIGMINE	8	PRENATAL AND POSTPARTUM	25
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	19	NU-CYCLOBENZAPRINE	10	PRENATAL VITAMINS ET MINERALS	25
MIACALCIN	23	NUVARING	21	PREVACID	17
MINOCIN	1	OMEPRAZOLE	24	PREVACID FASTAB	18
MINOCYCLINE	2	OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEEN (AP)	18	PROGRAF	33
MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)	1	OMÉPRAZOLE, OMÉPRAZOLE MAGNÉSIEEN (SANS AP)	19	PRO-LEVETIRACETAM	17
MINT-PIOGLITAZONE	22	ORENCIA	25	PROLIA PRE-FILLED SYR	33
MINT-PIOGLITAZONE 45MG COMP	22	OXEZE TURBUHALER	9	PROLIA VIAL	33
MOFÉTILMYCOPHÉNOLATE	32	OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')	13	PRO-PIOGLITAZONE	22
MONTELUKAST	20	OXYCONTIN	13	PRO-RABEPRAZOLE	21
MONTÉLUKAST	15	PANTOLOC	20	PROSCAR	30
MULTI-PRE AND POST NATAL	25	PANTOPRAZOLE	20	PROTOPIC	23
MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES	24	PANTOPRAZOLE MAGNESIUM	20	RABEPRAZOLE EC	26
MULTIVITAMINES PRÉNATALES	25	PANTOPRAZOLE SODIQUE	20	RABÉPRAZOLE SODIQUE	21
MULTI-VITAMINS ENFANT	24	PARIET EC	21	RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)	21
MYCOPHÉNOLATE SODIQUE	32	PAT-GALANTAMINE ER	7	RALTEGRAVIR	3
MYFORTIC	32	PDL-MINOCYCLINE	1	RAN-FENTANYL	12
MYLAN-ALENDRONATE	32	PEGASYS	4	RAN-FENTANYL MATRIX	12
MYLAN-CYCLOPRINE	10	PEGASYS RBV	4	RAN-FENTANYL MATRIX PATCH 12	12
MYLAN-FINASTERIDE	31	PEGETRON	4	RAN-PANTOPRAZOLE	20
MYLAN-GALANTAMINE ER	7	PEGETRON REDIPEN	4	RAN-RABEPRAZOLE	21
MYLAN-LANSOPRAZOLE	22	PEGFILGRASTIM	11	RAPAMUNE	33
MYLAN-LEFLUNOMIDE	39	PEGINTERFÉRON ALFA-2A	4	RATIO-ALENDRONATE	27
MYLAN-MINOCYCLINE	2	PEGINTERFÉRON ALFA-2A, RIBAVIRINE	4	RATIO-BENZYLAMINE	16
MYLAN-MONTELUKAST	20	PEGINTERFÉRON ALFA-2B	4	RATIO-BUPROPION	14
MYLAN-OMEPRAZOLE	19	PEGINTERFÉRON ALFA-2B, RIBAVIRINE	4	RATIO-CYCLOBENZAPRINE	10
MYLAN-PANTOPRAZOLE	25	PHL-ALENDRONATE	27	RATIO-FENTANYL	12
MYLAN-PIOGLITAZONE	27	PHL-CYCLOBENZAPRINE	10	RATIO-FINASTERIDE	30
MYLAN-RISEDRONATE	33	PHL-LEVOFLOXACIN	1	RATIO-MINOCYCLINE	1
MYLAN-RIVASTIGMINE	8	PHL-PANTOPRAZOLE	20	RATIO-OMEPRAZOLE	18
MYLAN-TIZANIDINE	10	PHL-PIOGLITAZONE 15MG COMP	22	RATIO-PANTOPRAZOLE	20
NEORAL	28	PHL-PIOGLITAZONE 30MG COMP	22	RATIO-PIOGLITAZONE	22
		PHL-PIOGLITAZONE 45MG COMP	22	RATIO-RIVASTIGMINE	8
				RATIO-SILDENAFIL R	13

	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 (XINAFATE DE)	9	ULORIC	31
SALMÉTÉROL (XINAFATE DE), FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	9	UNITRON PEG	4
SANDOZ ALENDRONATE	27	USTEKINUMAB	31
SANDOZ FENTANYL	12	VARENICLINE	10
SANDOZ FENTANYL SYSTEME TRANSDERMIQUE	13	VERTÉPORFINE	16
SANDOZ FINASTERIDE	30	VESICARE	24
SANDOZ LEFLUNOMIDE	32	VFEND	2
SANDOZ LEVOFLOXACIN	1	VIREAD	3
SANDOZ MONTELUKAST	20	VISUDYNE	16
SANDOZ OMEPRAZOLE	19	VITAMINE A, CHOLÉCALCIFÉROL, ACIDE ASCORBIQUE	25
SANDOZ PIOGLITAZONE	22	VOLIBRIS	14
SANDOZ RISEDRONATE	33	VORICONAZOLE	2
SANDOZ RIVASTIGMINE	8	WELLBUTRIN SR	14
SANDOZ-BUPROPION SR	14	WELLBUTRIN XL	14
SANDOZ-CALCITONIN	23	XARELTO	12
SANDOZ-CYCLOSPORINE	28	XEOMIN	28
SANDOZ-MINOCYCLINE	1	ZAFIRLUKAST	15
SANDOZ-MONTELUKAST	20	ZANAFLEX	10
SANDOZ-PANTOPRAZOLE	20	ZELDOX	18
SANDOZ-RABEPRAZOLE	21	ZIPRASIDONE MONOHYDRATÉ (CHLORHYDRATE DE)	18
SEREVENT DISKHALER	9	ZOLEDRONIC ACID	33
SEREVENT DISKUS	9	ZYBAN	18
SILDENAFIL CITRATE	13	ZYBAN SR	14
SIMPONI AUTO INJECTOR	30	ZYM-ALENDRONATE	27
SIMPONI PRE-FILLED SYRINGE	30	ZYM-PIOGLITAZONE	22
SINGULAIR	15	ZYVOXAM	2
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 HÉMATOPOÏÉTIQUES

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

Liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique

	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
DARBEPOETIN 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 généreront 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.

Veillez 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	RBY

25mcg Timbre cutané

02330113	RAN-FENTANYL MATRIX PATCH 25	RBY
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	PMS

50mcg Timbre cutané

02330121	RAN-FENTANYL MATRIX PATCH 50	RBY
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 généreront 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.

Veillez 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	RBV
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	RBV

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 généreront 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 DERMIK 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 CHENICALS 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® C¼, Fiorinal® C½ et produits génériques (Analgésiques 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	116
ABATACEPT	117	ACIDE NICOTINIQUE	111	ALENDRONATE-70	115
ABENOL	54	ACIDE SALICYLIQUE	108	ALERTEC	69
ABILIFY	63	ACIDE TIAPROFÉNIQUE	46	ALESSE 21	94
ACAMPROSATE CALCIQUE	74	ACIDE TRANEXAMIQUE	25	ALESSE 28	94
ACARBOSE	96	ACIDE VALPROÏQUE	55	ALFACALCIDOL	112
ACCEL PIOGLITAZONE	99	ACITRÉTINE	109	ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D')	20
ACCEL-AMLODIPINE	36	ACLASTA	117	ALKERAN	14
ACCEL-CITALOPRAM	58	ACTEMRA	118	ALLEGRA	1
ACCEL-TOPIRAMATE	57	ACTONEL	116	ALLEGRA 24H	1
ACCOLATE	79	ACTOS	99	ALLER-AIDE	1
ACCU-CHEK ADVANTAGE	75	ACULAR	82	ALLERGY	1
ACCU-CHEK ADVANTAGE (ON)	75	ACYCLOVIR	11	ALLERGY FORMULA	1
ACCU-CHEK AVIVA	75	ACYCLOVIR	11	ALLERGY RELIEF ES	1
ACCU-CHEK AVIVA STRIP (ON)	75	ADALAT XL	37	ALLERNIX	1
ACCU-CHEK COMPACT	75	ADALIMUMAB	117	ALLERNIX PLUS	1
ACCU-CHEK COMPACT (ON)	75	ADAPALÈNE	108	ALLOPRIN	115
ACCU-CHEK MULTICLIX	121	ADAPTEUR	121	ALLOPURINOL	115
ACCUPRIL	41	ADCIRCA	31	ALLOPURINOL	115
ACCURETIC	42	ADEFOVIR DIPIVOXIL	11	ALMOTRIPTAN (MALATE DE)	71
ACCCUTANE	109	ADRENALIN	20	ALOCRIAL	114
ACCCUTREND	75	ADVAGRAF	119	ALOMIDE	84
ACCCUTREND (ON)	75	ADVAIR	19	ALPHA TOCOPHERYL	113
ACEBUTOLOL	33	ADVAIR DISKUS 100	19	ALPHAGAN	82
ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')	33	ADVAIR DISKUS 250	19	ALPHAGAN P	83
ACET	54	ADVAIR DISKUS 500	19	ALPRAZOLAM	69
ACET 120	54	ADVIL	47	ALPRAZOLAM	69
ACET 325	54	ADVIL JUNIOR	47	ALTACE	42
ACET 650	54	ADVIL LIQUI-GEL	47	ALTACE HCT	42
ACET CODEINE 30	49	ADVIL PEDIATRIQUE	47	ALTRÉTAMINE	13
ACETAMINOPHEN	53	ADVIL POUR ENFANTS	47	ALUMINIUM (ACÉTATE D'), BENZÉTHONIUM (CHLORURE DE)	84
ACETAMINOPHÈNE	53	AERIUS	1	ALVESCO	93
ACÉTAMINOPHÈNE	53	AERIUS ENFANTS	1	AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')	8
ACÉTAMINOPHÈNE, CAFÉINE (CITRATE DE), CODÉINE (PHOSPHATE DE)	49	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU LG	119	AMBRISENTAN	31
ACÉTAMINOPHÈNE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)	49	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU MED	119	AMCINONIDE	105
ACÉTAMINOPHÈNE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')	49	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU MOUTH	119	AMERGE	71
ACETAZOLAMIDE	83	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SM	119	AMI-HYDRO	77
ACÉTAZOLAMIDE	83	AEROCHAMBRE AC BOYZ	119	AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')	77
ACIDE 5-AMINOSALICYLIQUE	92	AEROCHAMBRE AC GIRLZ	119	AMILORIDE (CHLORHYDRATE D'), HYDROCHLOROTHIAZIDE	77
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE	45	AGGRENOX	32	AMIODARONE	26
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE	45	AGRYLIN	25	AMIODARONE (CHLORHYDRATE D')	26
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE, CAFÉINE (CITRATE DE), CODÉINE (PHOSPHATE DE)	49	AIGUILLE	119	AMITRIPTYLINE	58
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')	49	AIGUILLE (NON-INSULINE)	120	AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D')	58
ACIDE ASCORBIQUE	112	AIGUILLE (NON-INSULINE) JETABLES	120	AMLODIPINE	36
ACIDE ASCORBIQUE	112	AIROMIR	19	AMLODIPINE	36
ACIDE AZELAIC	109	ALBALON	82	AMLODIPINE/ATORVASTATIN	37
		ALBALON A	82	AMOXICILLINE	3
		ALCOHOL SWAB	120	AMOXICILLINE	3
		ALCOHOL SWABS BD	120	AMOXICILLINE SUGAR REDUCED	4
		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-GABAPENTINE	56
ANAPROX	48	APO-CEPHALEX	2	APO-GABAPENTINE	56
ANAPROX DS	48	APO-CETIRIZINE	1	APO-GEMFIBROZIL	27
ANASTROZOLE	13	APO-CHLOROTHALIDONE	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-HALOPIRIDOL	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-ACETAMINOPHENE	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-DILTIAZ TZ	37	APO-LEVOBUNOLOL	83
APO-AMOXI CLAV	4	APO-DIMENHYDRINATE	88	APO-LEVOCARB	72
APO-AMPICILLIN	4	APO-DIPIVEFRIN	82	APO-LEVOFLOXACIN	5
APO-ASA	45	APO-DIPYRIDAMOLE	32	APO-LISINOPRIL	41
APO-ASEN ECT	45	APO-DIVALPROEX	55	APO-LISINOPRIL (TYPE Z)	41
APO-ATENIDONE	34	APO-DOCUSATE CALCIUM	86	APO-LISINOPRIL/HCTZ	41
APO-ATENOL	33	APO-DOCUSATE SODIUM	86	APO-LITHIUM CARB	71
APO-ATORVASTATIN	27	APO-DOMPERIDONE	89	APO-LITHIUM CARBONATE	71
APO-AZATHIOPRINE	118	APO-DORZO-TIMOP	83	APO-LOPERAMIDE	85
APO-AZITHROMYCIN	3	APO-DOXAZOSIN	32	APO-LORATADINE	1
APO-BACLOFEN	21	APO-DOXEPIN	59	APO-LORAZEPAM	70
APO-BECLOMETHASONE	81	APO-DOXY	6	APO-LOVASTATIN	28
APO-BENZTROPINE	72	APO-ENALAPRIL MALEATE/HCTZ	40	APO-MEDROXY	100
APO-BENZYDAMINE	82	APO-ERTHYRO BASE	3	APO-MELOXICAM	48
APO-BICALUTAMIDE	13	APO-ERYTHRO	3	APO-METFORMIN	96
APO-BISACODYL	85	APO-ERYTHRO S	3	APO-METHAZIDE-15	30
APO-BISOPROLOL	34	APO-ERYTHRO-S	3	APO-METHAZIDE-25	30
APO-BRIMONIDINE	82	APO-FAMCICLOVIR	12	APO-METHOPRAZINE	64
APO-BRIMONIDINE P	83	APO-FAMOTIDINE	89	APO-METHOTREXATE	14
APO-BROMAZEPAM	69	APO-FENOFIBRATE	27	APO-METHYLPHENIDATE	68
APO-BROMOCRIPTINE	73	APO-FENO-MICRO	27	APO-METHYLPHENIDATE ER	69
APO-CAL 500	76	APO-FENO-SUPER	27	APO-METHYLPHENIDATE SR	69
APO-CALCITONIN	100	APO-FERROUS SULFATE FC	23	APO-METOCLOP	92
APO-CANDESARTAN	43	APO-FINASTERIDE	115	APO-METOPROLOL	34
		APO-FLECAINIDE	26	APO-METOPROLOL SR	35
		APO-FLUCONAZOLE	7	APO-METOPROLOL-L	35
		APO-FLUNISOLIDE	81	APO-MINOCYCLINE	6
		APO-FLUOXETINE	60	APO-MIRTAZAPINE	60
		APO-FLUPHENAZINE	64	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, CHLOROTHALIDONE	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-ORCIPRENALINE	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	AREZIA IV	116	AZATHIOPRINE-50	118
APO-PRAZO	32	ARGENT (SULFADIAZINE D')	104	AZITHROMYCIN	3
APO-PREDNISONE	94	ARICEPT	16	AZITHROMYCINE	3
APO-PROCAINAMIDE	26	ARIMIDEX	13	AZOPT	83
APO-PROCHLORAZINE	66	ARIPIRAZOLE	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),	80
APO-RALOXIFENE	96	AROMASIN	13	POLYMYXINE B (SULFATE DE)	
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	ASCENSIA BREEZE 2	75	B-D CONTENTS-OBJETS	120
APO-SUCRALFATE	90	ASCENSIA BREEZE 2 (ON)	75	ACÉRÉS 3.1L	
APO-SULFAMETHOXAZOLE	5	ASCENSIA CONTOUR	75	B-D INJECT-EASE AVEC MICRO-FINE	122
APO-SULFATRIM	6	ASCENSIA 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	122	BICALUTAMIDE	13	CALCIUM CARBONATE AVEC VIT D	76
B-D MICRO-FINE INSULINE 28G #32041	122	BIMATOPROST	84	CALCIUM CARBONATE WITH D	76
B-D MICRO-FINE INSULINE 50U	122	BIOCAL-D FORTE	76	CALCIUM D	76
B-D PEN	120	BIODERM	102	CALCIUM, VITAMINE D	76
B-D TAMPON ALCOOLISÉ	120	BIO-FUROSEMIDE	77	CALCIUM/VITAMIN D	76
B-D ULTRA-FINE	121	BIO-HYDROCHLOROTHIAZIDE	78	CAL-D 400	76
B-D ULTRA-FINE / ULTRA-FINE II	121	BISACODYL	85	CALODAN D	76
B-D ULTRA-FINE II	121	BISACODYL (BASE DE POLYÉTHYLÈNE GLYCOL)	86	CAMPRAL	74
BD ULTRA-FINE NANO PEN	120	BISACODYL-ODAN	85	CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE)	43
BD ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29G	120	BISACOLAX	85	CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE), HYDROCHLOROTHIAZIDE	43
B-D ULTRA-FINE STYLO	120	BISMUTH (SUBSALICYLATE DE)	85	CANESORAL	7
B-D ULTRA-FINE STYLO III	120	BISOPROLOL	34	CANESTEN	103
BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)	81	BISOPROLOL (FUMARATE DE)	34	CANESTEN 1 COMFORT COMBI PAK	103
BENADRYL	1	BLEPHAMIDE	81	CANESTEN 3 COMFORT COMBI PAK	103
BENADRYL ENFANT	1	BOSENTAN	32	CANTHACUR PS	108
BENZAEPRIIL	39	BOTOX	119	CANTHARIDINE, PODOPHYLLINE, ACIDE SALICYLIQUE	108
BENAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE)	39	BREVICON 0.5/35 21	95	CANTHARONE PLUS	108
BENOXYL	104	BREVICON 0.5/35 28	95	CAPÉCITABINE	13
BENURYL	78	BREVICON 1/35 21	95	CAPEX	106
BENZAC AC	104	BREVICON 1/35 28	95	CAPSAICIN	109
BENZAC W	104	BRICANYL TURBUHALER	19	CAPSAICIN HP	109
BENZAC W5	104	BRIMONIDINE (TARTRATE DE)	82	CAPSAÏCINE	109
BENZAGEL	104	BRIMONIDINE (TARTRATE DE) (ALPHAGAN P)	83	CAPTOPRIL	39
BENZAGEL 5	104	BRIMONIDINE (TARTRATE DE), TIMOLOL (MALÉATE DE)	83	CAPTOPRIL	39
BENZOYLE (PEROXIDE DE)	104	BRINZOLAMIDE	83	CARBACHOL	82
BENZTROPINE (MÉSULATE DE)	72	BRINZOLAMIDE, TIMOLOL (MALÉATE DE)	83	CARBAMAZÉPINE	55
BENZTROPINE OMEGA	72	BROMAZEPAM	69	CARBAMAZÉPINE	55
BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)	82	BROMOCRIPTINE (MÉSULATE DE)	73	CARBOCAL D	76
BENZYDAMINE CHL	82	BUDÉSONIDE	81	CARBOLITH	71
BETADERM	105	BUPRENORPHINE	53	CARDIZEM CD	38
BETADINE	104	HCL/NALOXONE HCL		CARDURA 1	32
BETAGAN	83	BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (WELLBUTRIN)	58	CARDURA 2	32
BÉTAHISTINE (CHLORHYDRATE DE)	114	BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (ZYBAN)	58	CARDURA 4	32
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)	105	BUPROPION SR	58	CARNITOR	77
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) DANS PROPYLÈNE GLYCOL	105	BURO-SOL	84	CARNITOR IV	77
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE), ACIDE SALICYLIQUE	105	BUSCOPAN	18	CARTOUCHES POUR POMPE À INSULINE	121
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE), CLOTRIMAZOLE	105	BUSÉRELIN (ACÉTATE DE)	13	CARVEDILOL	34
BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE DISODIQUE DE)	105	BUSULFAN	13	CARVEDILOL	34
BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE), GENTAMICINE (SULFATE DE)	81	C.E.S.	96	CASODEX	13
BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE)	105	CABERGOLINE	73	CATAPRES	30
BETAXIN	112	CADUET	37	CECLOR	2
BÉTAXOLOL (CHLORHYDRATE DE)	83	CAFERGOT	20	CECLOR BID	2
BÉTHANÉCOL (CHLORURE DE)	16	CALCIMAR	99	CEENU	14
BETNESOL	105	CALCIPOTRIOL	109	CÉFACTOR	2
BETOPTIC S	83	CALCIQUE (CARBONATE DE)	76	CÉFADROXIL	2
		CALCITE 500 + D 400	76	CÉFIXIME	2
		CALCITE D	76	CEFPROZIL	2
		CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE)	99	CEFTIN	2
		CALCITONINE SAUMON (MIACALCIN)	100	CÉFUROXIME AXÉTIL	2
		CALCITRIOL	112	CEFZIL	2
		CALCIUM	76	CELEBREX	46
		CALCIUM (CARBONATE DE)	76	CÉLÉCOXIB	46

	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	6	CO QUETIAPINE	66
CELSENTRI	9	(CHLORHYDRATE DE)		CO RAMIPRIL	42
CENTER-AL	101	CLINDAMYCINE	7	CO RANITIDINE	90
CENTRUM JUNIOR COMPLETE	113	(HYDROCHLORATE DE		CO RISPERIDONE	66
CENTRUM MATERNA	113	PALMITATE DE)		CO SERTRALINE	62
CEPHALEXIN	2	CLINDAMYCINE (PHOSPHATE	102	CO SIMVASTATIN	29
CÉPHALEXINE	2	DE)		CO SOTALOL	36
CESAMET	89	CLINDA-T	102	CO SUMATRIPTAN	71
CÉTIRIZINE (CHLORHYDRATE	1	CLOBAZAM	69	CO TEMAZEPAM	70
DE)		CLOBAZAM	69	CO TERBINAFINE	7
CHAMPIX	22	CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE)	105	CO TOPIRAMATE	57
CHAMPIX STARTER PACK	22	CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)	106	CO VALACYCLOVIR	12
CHLORAMBUCIL	13	CLOMIPRAMINE	59	CO VALSARTAN	44
CHLORAMPHÉNICOL	80	(CHLORHYDRATE DE)		CO VENLAFAXINE XR	63
CHLORHEXIDINE (ACÉTATE DE)	104	CLONAPAM	54	CODEINE	49
CHLORHEXIDINE (GLUCONATE	82	CLONAZEPAM	54	CODÉINE (PHOSPHATE DE)	49
DE)		CLONAZÉPAM	54	CODEINE CONTIN CR	50
CHLOROQUINE (PHOSPHATE DE)	12	CLONIDINE	30	CODÉINE MONOHYDRATE,	50
CHLORPHÉNIRAMINE (MALÉATE	1	CLONIDINE (CHLORHYDRATE	30	CODÉINE SULFATE TRIHYDRATE	
DE)		DE)		CODEINE PHOSPHATE	49
CHLORPROMAZINE	63	CLOPIDROGREL (BISULFATE DE)	25	CO-ETIDROCAL	116
CHLORPROMAZINE HCL	63	CLOSTRIDIUM BOTULINUM	119	CO-FLUOXETINE	60
CHLORTHALIDONE	78	NEUROTOXIN		COLACE	86
CHLORTHALIDONE	78	CLOTTRIMADERM	103	COLCHICINE	115
CHLOR-TRIPOLON	1	CLOTTRIMAZOLE	103	COLCHICINE	115
CHLORURE DE SODIUM	77	CLOXACILLINE	4	COLESTID	26
CHOLÉCALCIFÉROL	112	CLOXACILLINE SODIQUE	4	COLESTID ORANGE	26
CHOLEDYL	111	CLOZAPINE	63	COLESTIPOP (CHLORHYDRATE	26
CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE)	26	CLOZARIL	63	DE)	
CICLESONIDE	93	CO ALENDRONATE	115	CO-LEVOFLOXACIN	5
CILAZAPRIL	39	CO AMLODIPINE	36	COLLAGÉNASE	109
CILAZAPRIL	39	CO ATENOLOL	33	COLYTE	86
CILAZAPRIL,	39	CO ATORVASTATIN	27	COMBANTRIN	2
HYDROCHLOROTHIAZIDE		CO AZITHROMYCIN	3	COMBIGAN	83
CILOXAN	80	CO BETAHISTINE	114	COMBIVENT	18
CIMETIDINE	89	CO BICALUTAMIDE	13	COMBIVIR	9
CIMÉTIDINE	89	CO CABERGOLINE	73	COMPOUND W	108
CIPRO	5	CO CILAZAPRIL	39	COMTAN	72
CIPRODEX	80	CO CIPROFLOXACIN	5	CONCERTA	69
CIPROFLOXACIN	5	CO CITALOPRAM	58	CONDOM, LATEX, LUBRIFIES	74
CIPROFLOXACIN	80	CO CLOMIPRAMINE	59	CONDOM, LATEX, LUBRIFIES,	74
CIPROFLOXACINE	5	CO CLONAZEPAM	54	NONOXYNOL	
(CHLORHYDRATE DE)		CO ENALAPRIL	40	CONDOM, LATEX, NON-	74
CIPROFLOXACINE	80	CO ETIDRONATE	116	LUBRIFIES	
(CHLORHYDRATE DE),		CO FAMCICLOVIR	12	CONDOM, MASCULIN	74
DEXAMÉTHASONE		CO FINASTERIDE	115	CONDOM, NON-LATEX, LUBRIFIE	74
CITALOPRAM	58	CO FLUCONAZOLE	7	CONDYLINE	108
CITALOPRAM	58	CO FLUVOXAMINE	60	CONTENANTS POUR OBJETS	120
CITRO-MAG	76	CO GABAPENTIN	56	ACÉRÉS	
CLARITHROMYCINE	3	CO IRBESARTAN	43	CO-ONDANSETRON	88
CLARITIN	1	CO IRBESARTAN/HCT	43	CORDARONE	26
CLARITIN ENFANTS	1	CO LEVETIRACETAM	57	CO-REPAGLINIDE	98
CLARUS	109	CO LISINOPRIL	41	CO-ROPINIROLE	73
CLAVULIN	4	CO LOVASTATIN	28	CORTATE	106
CLAVULIN 200	4	CO MELOXICAM	48	CORTEF	93
CLAVULIN 400	4	CO METFORMIN	96	CORTENEMA	106
CLAVULIN-F	4	CO MIRTAZAPINE	61	CORTIFOAM	106
CLAVULIN-F 125	4	CO NORFLOXACIN	5	CORTISONE	93
CLAVULIN-F 250	4	CO OLANZAPINE	64	CORTISONE (ACÉTATE DE)	93
CLEAR AWAY	108	CO OLANZAPINE ODT	65	CORTISPORIN	81
CLIMARA 100	95	CO PANTOPRAZOLE	91	CORTODERM	106
CLIMARA 25	95	CO PAROXETINE	61	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-SMOOTHÉ	106	DIODOHYDROXYQUINE	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	DES Loratadine	1	DILANTIN INFATABS	55
CREON 25 MINIMICROSPHERES	88	DES Loratadine	1	DILAUDID	50
CREON 5 MINIMICROSPHERES	87	DES Loratadine CONTROLE D'ALLERGIE	1	DILAUDID HP	50
CRESTOR	29	DESMOPRESSIN	100	DILTIAZEM	38
CRIVAN	9	DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE)	100	DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)	37
CROMOGLYCATE SODIQUE	79	DÉSONIDE	106	DILTIAZEM CD	38
CROMOLYN	79	DÉSOXIMÉTASONE	106	DIMENHYDRINATE	88
CROTAMITON	103	DETROL	111	DIMENHYDRINATE	88
CTP 30	58	DETROL LA	110	DIMÉTHICONE	108
CUPRIMINE	92	DEXAMETHASONE	93	DIOCARPINE	83
CUTIVATE	106	DEXAMÉTHASONE	81	DIOCHLORAM	80
CYANOCOBALAMIN	112	DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE DE)	93	DIODEX	81
CYANOCOBALAMINE	111	DEXAMÉTHASONE, TOBRAMYCINE	81	DIODOQUIN	12
CYCLÉN 21	95	DEXAMETHASONE-OMEGA	93	DIOGENT	80
CYCLÉN 28	95	DEXASONE	93	DIONEPRINE	82
CYCLOBENZAPRINE	20	DEXEDRINE	68	DIOPENTOLATE	82
CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE)	20	DEXEDRINE SPANSULE	68	DIOPRED	81
CYCLOCORT	105	DEXIRON	23	DIOPTIMYD	81
CYCLOGYL	82	DEXTRAN 70, HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE	84	DIOSULF	80
CYCLOMEN	94	DEXTROAMPHÉTAMINE (SULFATE DE)	68	DIOVAN	44
CYCLOPENTOLATE	82	D-FORTE	113	DIOVAN-HCT	44
CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE)	82	DGOUTTES BÉBÉ	112	DIPENTUM	92
CYCLOPENTOLATE MINIMS	82	DGOUTTES VITAMINE D	112	DIPHENHYDRAMINE	1
CYCLOPHOSPHAMIDE	13	DIABETA	98	DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)	1
CYCLOSPORINE	118	DIAMICRON	98	DIPIVÉFRINE (CHLORHYDRATE DE)	82
CYESTRA-35	119	DIAMICRON MR	98	DIPIVÉFRINE (CHLORHYDRATE DE), LÉVOBUNOLOL (CHLORHYDRATE DE)	84
CYKLOKAPRON	25	DIANE-35	119	DIPROLENE	105
CYMBALTA	59	DIARR-EZE	85	DIPROSALIC	105
CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE)	13	DIARRHEA RELIEF	85	DIPROSONE	105
CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE), ÉTHINYLESTRADIOL	119	DIASTIX	75	DIPYRIDAMOLE	32
CYTOVENE	12	DIAZEPAM	70	DIPYRIDAMOLE, ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE	32
D VI SOL	112	DIAZÉPAM	70	DISOPYRAMIDE	26
DAIRY DIGESTIF	87	DIAZOXIDE	30	DISPOSITIF INTRAUTÉRIN	74
DAIRY DIGESTIF EXTRA FORT	87	DICITRATE	76	DITHRANOL	108
DAIRY AID	87	DICLECTIN	88	DIVALPROEX	56
DALACIN	102	DICLOFENAC EC	46	DIVALPROEX SODIQUE	55
DALACIN C	6	DICLOFENAC SODIQUE	46	DIXARIT	30
DALACIN T	102	DICLOFÉNAC SODIQUE, MISOPROSTOL	46	DOCUSATE CALCIQUE	86
D'ALCOOL MONOJECT	120	DICLOFENAC SODIUM	46	DOCUSATE CALCIUM	86
DALTÉPARINE SODIQUE	23	DICLOFENAC SR	46	DOCUSATE SODIQUE	86
DANAZOL	94	DICLOFENAC-50	46	DOCUSATE SODIQUE, SENNOSIDES	86
DANTRIUM	20	DICLOFENAC-SR	46	DOCUSATE SODIUM	86
DANTROLÈNE SODIQUE	20	DIDANOSINE	8	DOCUSATE SODIUM	86
DARAPRIM	12	DIDROCAL	116	DOLASÉTRON (MÉSILATE DE)	88
DARIFENACIN HYDROBROMIDE	110	DIFFERIN	108		
DARUNAVIR	8				
DDAVP	100				
DDAVP MELT	100				
DELATESTRYL	94				
DEMEROL	51				
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	9
DOM-BROMOCRIPTINE	73	DOM-TIMOLOL	83	DISOPROXIL (FUMARATE DE)	
DOM-CAPTOPRIL	39	DOM-TOPIRAMATE	57	ENABLEX	110
DOM-CARBAMAZEPINE CR	55	DOM-TRAZODONE	62	ÉNALAPRIL (MALÉATE D')	40
DOM-CARVEDILOL	34	DOM-VALACYCLOVIR	12	ÉNALAPRIL (MALÉATE D'),	40
DOM-CEPHALEXIN	2	DOM-VALPROIC ACID	55	HYDROCHLOROTHIAZIDE	
DOM-CIMETIDINE	89	DOM-VERAPAMIL SR	39	ENBREL	117
DOM-CIPROFLOXACIN	5	DONEPEZIL (CHLORHYDRATE	16	ENBREL SURECLICK (QC)	117
DOM-CITALOPRAM	58	DE)		ENDOCET	49
DOM-CLARITHROMYCIN	3	DORZOLAMIDE	83	ENEMOL	87
DOM-CLOBAZAM	69	(CHLORHYDRATE DE)		ÉNOXAPARINE SODIQUE	23
DOM-CLONAZEPAM	54	DORZOLAMIDE	83	ENTACAPONE	72
DOM-CLONAZEPAM-R	54	(CHLORHYDRATE DE), TIMOLOL		ENTÉCAVIR	11
DOM-CYCLOBENZAPRINE	20	(MALÉATE DE)		ENTOCORT	105
DOM-DESIPRAMINE	59	DOSTINEX	73	ENTROPHEN	45
DOM-DICLOFENAC	46	DOVONEX	109	ENTROPHEN EC	45
DOM-DICLOFENAC SR	46	DOXAZOSIN	32	ENTROPHEN-10	46
DOM-DOCUSATE SODIUM	86	DOXAZOSINE (MÉSILATE DE)	32	ENTROPHEN-5	45
DOM-DOMPERIDONE	89	DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE)	59	EPINEPHRINE	20
DOM-FLUOXETINE	60	DOXYCIN	6	ÉPINÉPHRINE	19
DOM-FLUVOXAMINE	60	DOXYCYCLINE	6	EPIPEN	20
DOM-FUROSEMIDE	77	DOXYCYCLINE	6	EPIPEN JR	19
DOM-GABAPENTIN	56	DOXYLAMINE (SUCCINATE DE),	88	EPIVAL	55
DOM-GEMFIBROZIL	27	PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE		ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D')	43
DOM-GLYBURIDE	98	DE)		ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D'),	43
DOM-HYDROCHLOROTHIAZIDE	78	DOXYTAB	6	HYDROCHLOROTHIAZIDE	
DOM-INDAPAMIDE	78	DRISDOL	113	EQUATE DAILY LOW-DOSE	45
DOM-IPRATROPIUM	18	D-TABS	112	ERDOL	114
DOM-LOPERAMIDE	85	DULCOLAX	85	ERGOCALCIFEROL	114
DOM-LORAZEPAM	70	DULOXETINE (CHLORHYDRATE	59	ERGOCALCIFÉROL	113
DOM-LOXAPINE	64	DE)		ERGOTAMINE (TARTRATE D'),	20
DOM-MEDROXYPROGESTERONE	100	DUO TRAV	84	CAFÉINE	
DOM-MEFENAMIC ACID	46	DUOFILM	108	ERLOTINIB (CHLOROHYDRATE	13
DOM-MELOXICAM	48	DUOFORTE 27	108	D')	
DOM-METFORMIN	96	DUOLUBE	84	ERYC	3
DOM-METOPROLOL-B	35	DUOPLANT	108	ERYTHRO	3
DOM-METOPROLOL-L	34	DURAGESIC MAT	50	ERYTHRO-ES	3
DOM-MINOCYCLINE	6	DUTASTÉRIE	114	ERYTHROMYCIN	80
DOM-MIRTAZAPINE	61	DUVOID	16	ERYTHROMYCINE	3
DOM-NIZATIDINE	89	EAU	78	ÉRYTHROMYCINE	3
DOM-NORTRIPTYLINE	61	EAU POUR INJECTION (QC)	78	ÉRYTHROMYCINE (ESTOLATE D')	3
DOM-NYSTATIN	7	EAU STERILE	78	ÉRYTHROMYCINE	3
DOM-OXYBUTYNYN	110	EAU STERILE (QC)	78	(ÉTHYLSUCCINATE D')	
DOM-PAROXETINE	61	EAU STERILE POUR INJECTION	78	ÉRYTHROMYCINE (STÉARATE D')	3
DOMPERIDONE	89	EDECIN	77	ÉRYTHROMYCINE, TRÉTINOÏNE	102
DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE)	89	EES-600	3	ESTALIS 140/50	96
DOM-PINDOLOL	35	ÉFAVIRENZ	8	ESTALIS 250/50	96
DOM-PIOGLITAZONE	99	ÉFAVIRENZ, EMTRICITABINE,	8	ESTRACE	95
DOM-PIROXICAM	48	TÉNOFOVIR DISOPROXIL		ESTRADERM 100	95
DOM-PRAVASTATIN	28	(FUMARATE DE)		ESTRADERM 25	95
DOM-PROPRANOLOL	36	EFFEXOR XR	63	ESTRADIOL	95
DOM-PROPRANOLOL	36	EFUDEX	109	ESTRADIOL (ESTRADIOL	95
DOM-QUETIAPINE	66	EGOZINC HC	107	HEMIHYDRATE)	
DOM-RAMIPRIL	42	EGOZINC-HC	107	ESTRADIOL, NORÉTHINDRONE	96
DOM-RISEDRONATE	116	ELAVIL	58	(ACÉTATE DE)	
		ELECTROLYTES & DEXTROSE	76		

	Page		Page		Page
ESTRADOT 100	95	EXDOL-30	49	FINGERSTIX	121
ESTRADOT 25	95	EXELON	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 POLLENIQUE	101	FLEET LAVEMENT	87
ESTROGÈNES CONJUGUÉS, MÉDROXYPROGESTÉRONNE (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, DROSPIRENONE	94	EXTRAITS ALLERGENIQUES	102	FLOMAX CR	20
ETHINYL ESTRADIOL, ETNOGESTREL	94	EZ HEALTH ORACLE	75	FLONASE	81
ÉTHINYLESTRADIOL, DÉSOGESTREL	94	EZ HEALTH ORACLE (ON)	75	FLORINEF	93
ÉTHINYLESTRADIOL, DROSPIRENONE	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 PETIT	119	FLOVENT HFA 50	93
ÉTHINYLESTRADIOL, NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)	95	ÉZÉTIMIBE	26	FLUANXOL	64
ÉTHINYLESTRADIOL, NORGESTIMATE	95	EZETROL	26	FLUANXOL DEPOT	63
ÉTHOPROPAZINE (CHLORHYDRATE D')	72	FAMCICLOVIR	12	FLUCONAZOLE	7
ÉTHOSUXIMIDE	55	FAMCICLOVIR	12	FLUDARA	13
ETIBI	8	FAMOTIDINE	89	FLUDARABINE (PHOSPAHTE DE)	13
ETIDROCAL	116	FAMOTIDINE	89	FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE)	93
ÉTIDRONATE DISODIQUE	116	FAMVIR	12	FLUMÉTHASONE (PIVALATE DE), CLIOQUINOL	81
ÉTIDRONATE DISODIQUE, CALCIUM (CARBONATE DE)	116	FEBUXOSTAT	115	FLUNARIZINE	72
ÉTOPOSIDE	13	FÉLODIPINE	37	FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE)	72
ETRAVIRINE	9	FEMARA	14	FLUNISOLIDE	81
EUFLEX	13	FEMHRT	96	FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE)	106
EUGLUCON	98	FÉNOFIBRATE	27	FLUOCINONIDE	106
EUMOVATE	106	FENOFIBRATE MICRO	27	FLUOROMÉTHOLONE	81
EURAX	103	FENOFIBRATE-S	27	FLUOROMÉTHOLONE (ACÉTATE DE)	81
EURO B1	112	FENOMAX	27	FLUOROURACIL	109
EURO D	112	FENO-MICRO	27	FLUOXETINE	60
EURO-ASA	45	FENTANYL	50	FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)	60
EURO-CAL	76	FER DEXTRAN	23	FLUPENTHIXOL (DÉCANOATE DE)	63
EURO-CAL D	76	FER-IN-SOL	23	FLUPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE)	64
EURO-DOCUSATE	86	FERODAN	23	FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE)	64
EURO-FER	23	FERRATE	23	FLUPHÉNAZINE (DÉCANOATE DE)	64
EURO-FERROUS SULFATE	23	FERROUS GLUCONATE	23	FLUPHENAZINE OMEGA	64
EURO-FOLIC	111	FERROUS SULFATE	23	FLURBIPROFÈNE	47
EURO-K 20	77	FEVERHALT	53	FLUTAMIDE	13
EURO-K 600	76	FEXOFÉNADINE (CHLORHYDRATE DE)	1	FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	81
EURO-LAC	86	FILGRASTIM	25	FLUVASTATINE SODIQUE	28
EURO-SENNA	87	FINACEA	109	FLUVOXAMINE	60
EURO-SENNA S	86	FINASTERIDE	115	FLUVOXAMINE (MALÉATE DE)	60
EUTHYROX	100	FINASTÉRIDE	115	FML	81
EVISTA	96			FML FORTE	81
EXDOL-15	49			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
FOSAMPRENAVIR CALCIQUE	9	GLYBURIDE	98	HUMULIN N	98
FOSAVANCE	116	GLYCERIN ENFANT	86	CARTOUCHES/KWIKPEN	98
FOSINOPRIL	40	GLYCERIN ENFANT ET PEDIATRIQUE	86	HUMULIN N	98
FOSINOPRIL 10MG COMP	40	GLYCERINE	86	CARTOUCHES/KWIKPEN (ON)	98
FOSINOPRIL SODIQUE	40	GLYCÉRINE	86	HUMULIN N VIAL	98
FOSINOPRIL SODIUM	40	GLYCON	96	HUMULIN R CARTOUCHES	97
FOURNITURES-POMPE À INSULINE	121	GOLIMUMAB	117	HUMULIN R CARTOUCHES (ON)	97
FRAGMIN	23	GOLYTELY	86	HUMULIN R VIAL	97
FRAMYCÉTINE (SULFATE DE)	80	GOMME À MÂCHER NICOTINE	21	HYCORT	106
FRAMYCÉTINE (SULFATE DE), GRAMICIDINE, DEXAMÉTHASONE	81	GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE)	13	HYDERM	106
FRAXIPARINE	24	GOUDRON DE HOUILLE	108	HYDRALAZINE	30
FRAXIPARINE FORTE	24	GOUDRON DE HOUILLE, ACIDE SALICYLIQUE	109	HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D')	30
FREESTYLE	75	GOUDRON DE HOUILLE, ACIDE SALICYLIQUE, SOUFRE	109	HYDREA	13
FREESTYLE (ON)	75	GOUDRON DE HOUILLE, GOUDRON DE GÉNÉVRIER, GOUDRON DE PIN	109	HYDROCHLOROTHIAZIDE	78
FREESTYLE LITE	75	GOUDRON DE HOUILLE, GOUDRON DE GÉNÉVRIER, GOUDRON DE PIN	109	HYDROCHLOROTHIAZIDE	78
FREESTYLE LITE (ON)	75	GOUDRON DE HOUILLE, GOUDRON DE GÉNÉVRIER, GOUDRON DE PIN, ZINC (PYRITHIONE DE)	109	HYDROCORTISONE	93
FRISIUM	69	GRAINES DE PLANTAIN	86	HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')	106
FUCIDIN	102	GRAMICIDINE, NÉOMYCINE (SULFATE DE), POLYMYXINE B (SULFATE DE)	80	HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC (SULFATE DE)	107
FUMARATE FERREUX	23	GRAMICIDINE, POLYMYXINE B (SULFATE DE)	80	HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC (SULFATE DE), PRAMOXINE (CHLORHYDRATE DE)	107
FUMARATE FERREUX	23	GRANISETRON	88	HYDROCORTISONE (VALÉRATE D')	107
FUROSEMIDE	77	GRANISETRON	88	HYDROCORTISONE, DIBUCAÏNE (CHLORHYDRATE DE), ESCULINE, FRAMYCÉTINE (SULFATE DE)	107
FUROSÉMIDE	77	GRAVOL	88	HYDROCORTISONE, NÉOMYCINE (SULFATE DE), POLYMYXINE B (SULFATE DE)	81
FUSIDATE DE SODIUM	102	HABITROL	21	HYDROCORTISONE, URÉE	107
GABAPENTIN	56	HALOBÉTASOL (PROPIONATE D')	106	HYDROMORPH CONTIN	51
GABAPENTINE	56	HALOPERIDOL	64	HYDROMORPHONE	50
GALANTAMINE	16	HALOPÉRIDOL	64	HYDROMORPHONE	50
GANCICLOVIR SODIQUE	12	HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D')	64	HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D')	51
GARAMYCIN	80	HALOPERIDOL LA	64	HYDROMORPHONE HP 10	50
GARAMYCIN OTIC	80	HEPALEAN	23	HYDROMORPHONE HP 20	50
GARASONE	81	HEPARIN LEO	24	HYDROMORPHONE HP 50	50
GARASONE OPH./OT.	81	HEPARIN LOCK FLUSH	24	HYDROVAL	107
GASTROLYTE REG	76	HEPARIN SODIQUE 10000U/ML	24	HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D')	12
GD-AMLODIPINE	36	HEPARIN SODIQUE 1000U/ML	23	HYDROXYPROPYL CELLULOSE	84
GD-AMLODIPINE/ATORVASTATIN	37	HEPARINE LEO INJ 10000UNIT/ML	24	HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE	84
GD-ATORVASTATIN	27	HEPARINE LEO INJ 1000U/ML	23	HYDROXYUREA	13
GD-GABAPENTIN	56	HEPARINE LEO INJ 25000UNIT/ML	24	HYDROXYURÉE	13
GEMFIBROZIL	27	HÉPARINE SODIQUE	23	HYDROXYZINE	71
GEMFIBROZIL	27	HEPSERA	11	HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D')	71
GEN-CLONAZEPAM	55	HEPTOVIR	9	HYPOTEARIS	84
GEN-CLOZAPINE	63	HEXALEN	13	HYTRIN	32
GEN-OMEPRAZOLE	91	HEXIT	103	HYZAAR	44
GENTAMICIN	80	HOMATROPINE (BROMHYDRATE D')	82	HYZAAR DS	44
GENTAMICINE (SULFATE DE)	80	HP-PAC	90	IBUPROFEN	47
GLEEVEC	13	HUILE MINÉRALE	86	IBUPROFEN	47
GLICLAZIDE	98	HUILE MINÉRALE, VASELINE	84	IBUPROFÈNE	47
GLICLAZIDE	98	HUMALOG	98	IDOXURIDINE	103
GLICLAZIDE MR	98	CARTOUCHES/KWIKPEN	98		
GLUCAGEN HYPOKIT	99	HUMALOG	98		
GLUCAGEN VIAL	99	CARTOUCHES/KWIKPEN (ON)	98		
GLUCAGON	99	HUMALOG VIAL	98		
GLUCAGON, SOURCE ADNR	99	HUMATIN	12		
GLUCOBAY	96				
GLUCOLET	120				
GLUCOLET 2	120				
GLUCONATE FERREUX	23				
GLUCONATE FERREUX	23				

	Page		Page		Page
IMATINIB (MÉSULATE 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	ISOTRÉTIÑOÏNE	109	LACTEEZE DROPS	87
INFLIXIMAB	117	ITEST	75	LACTOMAX	87
INFUFER	23	ITEST (ON)	75	LACTOMAX EXTRA	87
INHIBACE	39	ITEST LANCETS 28G (100)	121	LACTOMAX EXTRA	87
INHIBACE PLUS	39	ITEST LANCETS 33G (100)	121	LACTOSE	122
INNOHEP	24	ITRACONAZOLE	7	LACTULOSE	76
INSULIN GLULISINE	97	JAMP IBUPROFEN	47	LACTULOSE	86
INSULINE (30% NEUTRE & ISOPHANE 70%)	97	JAMP ONDANSETRON	88	LAIT DE MAGNESIE	86
BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE		JAMP SULFATE FERREUX	23	LAMICTAL	56
INSULINE (40% NEUTRE & ISOPHANE 60%)	97	JAMP-AAS	45	LAMISIL	7
BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE		JAMP-ACIDE FOLIQUE	111	LAMIVUDINE	9
INSULINE (50% NEUTRE & ISOPHANE 50%)	97	JAMP-AMLODIPINE	36	LAMIVUDINE, ZIDOVUDINE	9
BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE		JAMP-BISACODYL	85	LAMOTRIGINE	56
INSULINE ASPART	97	JAMP-CALCIUM+VITAMINE D	76	LAMOTRIGINE	56
INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE	97	JAMP-CITALOPRAM	58	LANCETTE	121
INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE 30% & ISOPHANE 70%	97	JAMP-DIPHENHYDRAMINE	1	LANREOTIDE	114
INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE CRYSTALLINE ZINC	97	JAMP-DOCUSATE	86	LANSOPRAZOLE	90
INSULINE GLARNINE	97	JAMP-DOCUSATE CALCIUM	86	LANSOPRAZOLE	90
INSULINE GLULISINE	97	JAMP-DOCUSATE SODIUM	86	LANSOPRAZOLE ODT	90
INSULINE HUMAINE	98	JAMP-FOSINOPRIL	40	LANSOYL GEL	86
BIOSYNTHÉTIQUE ISOPHANE		JAMP-MAGNESIUM	76	LANSOYL GEL SANS SUCRE	86
INSULINE LISPRO	98	JAMP-MULTIVITAMINE A/D/C DROPS	113	LANTUS CARTRIDGE	97
INSULINE LO DOSE MICRO 28G #320	122	JAMP-PRAVASTATIN	28	LANTUS SOLOSTAR	97
INSUPEN 29GX12MM	120	JAMP-QUETIAPINE	66	LANTUS VIAL	97
INSUPEN 30GX8MM	120	JAMP-RAMIPRIL	42	LANVIS	15
INSUPEN 31GX6MM	120	JAMP-SENOSIDES	87	LASIX	77
INSUPEN 31GX8MM	120	JAMP-SIMVASTATIN	29	LASIX SPECIAL	77
INSUPEN 32GX6MM	120	JAMP-VITAMIN D	112	LATANOPROST	84
INSUPEN 32GX8MM	120	JAMP-VITAMINE B1	112	LAX-A-DAY	87
INTELENCE	9	JAMP-VITAMINE D	112	LECTOPAM	69
INTERFÉRON ALPHA-2B	14	JANUMET	97	LEFLUNOMIDE	118
INTRON A	14	JANUVIA	97	LÉFLUNOMIDE	118
INVIRASE	9	K 10	77	LENOLTEC NO.4	49
IOPIDINE	84	KADIAN	52	LESCOL	28
IPECA	88	KALETRA	9	LESCOL XL	28
IPÉCA	88	KAYEXALATE	77	LETROZOLE	14
IPRATROPIUM (BROMURE D')	17	K-DUR	77	LÉTROZOLE	14
IPRATROPIUM (BROMURE D'), SALBUTAMOL	18	KENALOG-10	94	LEUCOVORIN CALCIUM	115
IRBESARTAN	43	KENALOG-40	94	LEUCOVORINE CALCIQUE	115
IRBESARTAN	43	KEPPRA	57	LEUKERAN	13
IRBESARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE	43	KÉTOCONAZOLE	7	LEUPROLIDE (ACÉTATE DE)	14
IRBESARTAN/HCTZ	43	KETODERM	103	LEVAQUIN	5
IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE	43	KETOPROFEN	47	LEVATE	58
		KETOPROFEN SR	47	LEVETIRACETAM	57
		KETOPROFEN-E	47	LÉVÉTIRACÉTAM	57
		KÉTOPROFÈNE	47	LÉVOBUNOLOL (CHLORHYDRATE DE)	83
		KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)	82	LEVOCARB CR	72
		KETOSTIX	75	LÉVOCARBASTINE (CHLORHYDRATE DE)	80
		KETOSTIX REG. (50)	75	LÉVOCARNITINE	77

	Page		Page		Page
LÉVODOPA, BENSÉRAZIDE	72	LOXAPINE (SUCCINATE DE)	64	MÉDROXYPROGESTÉRONNE (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	LUER LOCK (JETABLES) 60CC	119	MELOXICAM	48
LÉVOthyroxine sodique	100	LUMIGAN	84	MÉLOXICAM	48
LIDEMOL	106	LUPRON DEPOT	14	MELPHALAN	14
LIDEX	106	LUVOX	60	MEPERIDINE	51
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	107	LYDERM	106	MÉPÉRIDINE	51
LIDOCAÏNE, PRILOCAÏNE	107	LYSODREN	14	MÉPÉRIDINE (CHLORHYDRATE DE)	51
LIDODAN VISQUEUSE	107	M.O.S. 10	51	MEPRON	12
LIFESCAN RÉGULIER	121	M.O.S. 20	51	MERCAPTOPYRINE	14
LINCTUS CODEINE	49	M.O.S. 40	51	MESALAZINE	92
LINDANE	103	M.O.S. 50	52	MESASAL	92
LINNESSA 21	94	M.O.S. 60	51	M-ESLON	52
LINNESSA 28	94	M.O.S. SR	51	MESTINON	16
LINÉZOLIDE	7	M.O.S. SULFATE	52	MESTINON-SR	16
LIORESAL	21	MACROBID	12	MÉSUXIMIDE	55
LIORESAL DS	21	MACROGOL, POTASSIUM CHLORIDE, SODIUM BICARBONATE, SODIUM CHLORIDE, SODIUM SULFATE	86	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 S/F	87
LIPIDIL MICRO	27	MAGIC BULLET	86	METAMUCIL TEXT/LIS SANS SAVEUR	87
LIPIDIL SUPRA	27	MAGNESIUM	76	METAMUCIL TEXTURE ORIGINALE	87
LIPITOR	27	MAGNÉSIIUM	76	METFORMIN	96
LISINOPRIL	41	MAGNÉSIIUM (HYDROXIDE DE)	86	MÉTHADONE	51
LISINOPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE	41	MAGNESIUM CITRATE	76	MÉTHADONE	51
LISINOPRIL/HCTZ (Z)	41	MAGNESIUM GLUCONATE	76	MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)	51
LITHANE	71	MAGNESIUM OXIDE	85	METHADONE	51
LITHIUM (CARBONATE DE)	71	MAGNIFIER	121	POUDRE(DOULEUR)	83
LITHIUM (CITRATE DE)	71	MAJEPTIL	68	METHAZOLAMIDE	83
LIVOSTIN	80	MALÉATE DE TIMOLOL-EX	83	MÉTHAZOLAMIDE	83
LOCACORTEN-VIOFORM	81	MANERIX	61	METHFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	96
LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE)	84	MAPROTILINE (CHLORHYDRATE DE)	60	METHOTREXATE	14
LOESTRIN 1.5/30 21	95	MAR-AMLODIPINE	36	MÉTHOTREXATE SODIQUE	14
LOESTRIN 1.5/30 28	95	MAR-ATENOLOL	33	MÉTHOTRIMÉPRAZINE	64
LOMUSTINE	14	MARAVIROC	9	MÉTHOXSALÉN	109
LONITEN	30	MAR-CITALOPRAM	58	METHYLDOPA	30
LOPERAMIDE	85	MAR-LETROZOLE	14	MÉTHYLDOPA	30
LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	85	MAR-ONDANSETRON	88	MÉTHYLDOPA, HYDROCHLOROTHIAZIDE	30
LOPINAVIR, RITONAVIR	9	MAR-RISPERIDONE	66	METHYLPHÉNIDATE	68
LOPRESOR	35	MAR-SIMVASTATIN	29	MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	69
LOPRESOR SR	35	MARVELON 21	94	METHYLPREDNISOLONE	93
LORATADINE	1	MARVELON 28	94	MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)	93
LORATADINE	1	MATERNA	105	MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	92
LORAZEPAM	70	MAVIK	42	MÉTOLAZONE	78
LORAZÉPAM	70	MAXALT	71	METOPROLOL	34
LOSARTAN POTASSIQUE	44	MAXALT RPD	71	MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)	34
LOSARTAN POTASSIQUE, HYDROCHLOROTHIAZIDE	44	MAXIDEX	81	METOPROLOL SR	35
LOSEC	91	MAXIMUM STRENGTH ACID REDUCER	90	METOPROLOL-L	34
LOTENSIN	39	M-CAL D	76	METROCREAM	104
LOTRIDERM	105	MÉBENDAZOLE	2	MÉTROGEL	104
LOUPE A SERINGUE	121	MEDISENSE	121	METROLOTION	104
LOVASTATIN	28	MEDISENSE TLC	120		
LOVASTATINE	28	MED-LETROZOLE	14		
LOVENEX HP	23	MEDROL	93		
LOVENOX	23	MEDROXY	100		
LOXAPINE (CHLORHYDRATE DE)	64	MEDROXYPROGESTERONE	100		

	Page		Page		Page
METRONIDAZOLE	12	MONISTAT-DERM	103	MYLAN-CARBAMAZEPINE CR	55
MÉTRONIDAZOLE	12	MONOJECT	121	MYLAN-CARVEDILOL	34
MÉTRONIDAZOLE, AVOBENZONE, OCTINOXATE	104	MONOJECT (100)	121	MYLAN-CILAZAPRIL	39
MÉTRONIDAZOLE, NYSTATINE	104	MONOJECT (30)	121	MYLAN-CIMETIDINE	89
MEVACOR	28	MONOJECT JETABLES (100)	121	MYLAN-CIPROFLOXACIN	5
MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE)	26	MONOJECT JETABLES (30)	121	MYLAN-CITALOPRAM	58
MIACALCIN	100	MONOJECTOR	120	MYLAN-CLARITHROMYCIN	3
MICARDIS	44	MONOLET MINCE	121	MYLAN-CLINDAMYCIN	6
MICARDIS PLUS	44	MONOLET ORIGINAL	121	MYLAN-CLOBETASOL	105
MICATIN	103	MONOPRIL	40	MYLAN-CLONAZEPAM	54
MICONAZOLE	103	MONTELUKAST	79	MYLAN-COMBO	18
MICONAZOLE (NITRATE DE)	103	MONTÉLUKAST	79	MYLAN-CYCLOPRINE	20
MICOZOLE	103	MORPHINE (CHLORHYDRATE DE)	51	MYLAN-DOMPERIDONE	89
MICRO-FINE	121	MORPHINE (SULFATE DE)	52	MYLAN-DOXAZOSIN	32
MICRO-K EXT	76	MORPHINE HP 25	52	MYLAN-ENALAPRIL	40
MICROLAX	87	MORPHINE HP 50	52	MYLAN-ETI-CAL CP	116
MICROLET	120	MORPHINE LP	52	MYLAN-ETIDRONATE	116
MICRONOR 28	95	MORPHINE SR	52	MYLAN-FAMOTIDINE	89
MIDAMOR	77	MORPHINE SULFATE	52	MYLAN-FENOFIBRATE	27
MIGRANAL	20	MOTRIN	47	MYLAN-FIBRO	27
MINERAL OIL (HEAVY)	86	MOTRIN JUNIOR	47	MYLAN-FINASTERIDE	115
MINERAL OIL, WHITE PETROLATUM	84	MOTRIN POUR ENFANTS	47	MYLAN-FLUCONAZOLE	7
MINESTRIN 1/20 21	95	MPD FINES (100)	121	MYLAN-FLUOXETINE	60
MINESTRIN 1/20 28	95	MPD FINES (200)	121	MYLAN-FOSINOPRIL	40
MINIPRESS	32	MPD ULTRA FINES (100)	121	MYLAN-GABAPENTIN	56
MINITRAN	31	MPD ULTRA FINES (200)	121	MYLAN-GALANTAMINE ER	16
MINOCIN	6	MS CONTIN SR	52	MYLAN-GEMFIBROZIL	27
MINOCYCLINE	6	MS IR	52	MYLAN-GLICLAZIDE	98
MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)	6	MUCILLIUM	86	MYLAN-GLYBE	98
MIN-OVRAL 21	94	MULTI-PRE AND POST NATAL	113	MYLAN-HYDROXYCHLOROQUINE	12
MIN-OVRAL 28	94	MULTITAR PLUS	109	MYLAN-HYDROXYUREA	13
MINOXIDIL	30	MULTI-TAR PLUS DOUX	109	MYLAN-INDAPAMIDE	78
MINT-AMLODIPINE	36	MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES	113	MYLAN-IPRATROPIUM	18
MINT-ATENOLOL	33	MULTIVITAMINES PRÉNATALES	113	MYLAN-IPRATROPIUM UDV	18
MINT-CIPROFLOXACIN	5	MUPIROCINE	102	MYLAN-IRBESARTAN	43
MINT-CITALOPRAM	58	MURO-128	84	MYLAN-LAMOTRIGINE	56
MINT-ONDANSETRON	88	MYCOBUTIN	8	MYLAN-LANSOPRAZOLE	90
MINT-PIOGLITAZONE	99	MYCOPHÉNOLATE SODIQUE	118	MYLAN-LEFLUNOMIDE	118
MINT-PRAVASTATIN	28	MYDFRIN	82	MYLAN-LEVOFLOXACIN	5
MINT-RISPERIDONE	66	MYFORTIC	118	MYLAN-LISINOPRIL	41
MINT-SIMVASTATIN	29	MYHEALTH SYRINGE CASE-7	122	MYLAN-LISINOPRIL HCTZ	41
MINT-TOPIRAMATE	57	MYHEALTH SYRINGE CASE-UNIQUE	122	MYLAN-LOVASTATIN	28
MIOSTAT	83	MYLAN ZOLMITRIPTAN	72	MYLAN-MELOXICAM	48
MIRAPEX	73	MYLAN-ACEBUTOLOL	33	MYLAN-METFORMIN	96
MIRAPEX (ONT)	73	MYLAN-ACEBUTOLOL (TYPE S)	33	MYLAN-METOPROLOL (TYPE L)	34
MIRENA	95	MYLAN-ACYCLOVIR	11	MYLAN-MINOCYCLINE	6
MIRTAZAPINE	60	MYLAN-ALENDRONATE	115	MYLAN-MIRTAZAPINE	60
MIRTAZAPINE	60	MYLAN-ALPRAZOLAM	69	MYLAN-MONTELUKAST	79
MISOPROSTOL	90	MYLAN-AMANTADINE	8	MYLAN-NAPROXEN	48
MISOPROSTOL	90	MYLAN-AMILAZIDE	77	MYLAN-NAPROXEN EC	48
MITOTANE	14	MYLAN-AMIODARONE	26	MYLAN-NIFEDIPINE ER	37
MOBICOX	48	MYLAN-AMLODIPINE	36	MYLAN-NITRO	31
MOCLOBÉMIDE	61	MYLAN-AMOXICILLINE	3	MYLAN-OLANZAPINE	64
MODAFINIL	69	MYLAN-ANAGRELIDE	25	MYLAN-OMEPRAZOLE	91
MODAFINIL	69	MYLAN-ATENOLOL	33	MYLAN-ONDANSETRON	88
MODECATE	64	MYLAN-ATORVASTATIN	27	MYLAN-OXYBUTYNIN	110
MOFÉTILMYCOPHÉNOLATE	118	MYLAN-AZATHIOPRINE	118	MYLAN-PANTOPRAZOLE	91
MOGADON	70	MYLAN-AZITHROMYCIN	3	MYLAN-PAROXETINE	61
MOMÉTASONE (FUROATE DE)	81	MYLAN-BACLOFEN	21	MYLAN-PIOGLITAZONE	99
MONISTAT 3	103	MYLAN-BECLO AQ	81	MYLAN-PRAMIPEXOLE	73
MONISTAT 7	103	MYLAN-BICALUTAMIDE	13	MYLAN-PRAVASTATIN	28
		MYLAN-BUDESONIDE AQ	81	MYLAN-PROPAFENONE	26
		MYLAN-CAPTOPRIL	39	MYLAN-QUETIAPINE	66
				MYLAN-RAMIPRIL	42

	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 IUUD	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
MYOCHRYSSINE	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
NAFARÉLINE (ACÉTATE DE)	96	NITROFURANTOÏNE	12	NOVO-GABAPENTIN	56
NALCROM	79	NITROGLYCÉRINE	31	NOVO-GEMFIBROZIL	27
NAPHAZOLINE (CHLORHYDRATE DE)	82	NITROL	31	NOVO-GESIC	53
NAPHCN 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	NON-INSULINE 10CC	119	NOVOLIN GE 30/70 PENFILL	97
NATULAN	15	NORÉTHINDRONE	95	NOVOLIN GE 30/70 PENFILL (ON)	97
NAUSEATOL	88	NORFLOXACIN	5	NOVOLIN GE 30/70 VIAL	97
NAVANE	68	NORFLOXACINE	5	NOVOLIN GE 40/60 PENFILL	97
NÉDOCROMIL DE SODIUM	114	NORITATE	104	NOVOLIN GE 50/50 PENFILL	97
NELFINAVIR (MÉSYLATE DE)	9	NORLEVO	95	NOVOLIN GE NPH PENFILL	98
NEO CAL-D-500	76	NORTRIPTYLIN (CHLORHYDRATE DE)	61	NOVOLIN GE NPH PENFILL (ON)	98
NEO FER	23	NORVASC	36	NOVOLIN GE NPH VIAL	98
NEO-HC	106	NORVIR	9	NOVOLIN GE TORONTO PENFILL	97
NEORAL	118	NORVIR SEC	9	NOVOLIN GE TORONTO PENFILL (ON)	97
		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-SPIROTON	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-MEDRONE	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-MINOCYCLINE	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-PAZIN	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-ERYTHROMYCIN S	3	NUVARING	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	120	PEGINTERFÉRON ALFA-2A,	10
NYSTATINE	7	PENTIPS 5/16 POUCE		RIBAVIRINE	
O-CALCIUM 500	76	OXAZEPAM	70	PEGINTERFÉRON ALFA-2B	10
OCCLUSAL HP	108	OXAZÉPAM	70	PEGINTERFÉRON ALFA-2B,	11
OCTRÉOTIDE	114	OXEZE TURBUHALER	18	RIBAVIRINE	
OCTREOTIDE ACETATE OMEGA	114	OXSORALEN	109	PEGLYTE	86
OCUFLOX	80	OXTRIPHYLLINE	111	PÉNICILLAMINE	92
ODAN K-20	77	OXY 5	104	PENICILLINE V	4
ODAN K-8 POT CHLORIDE COMP	76	OXYBUTYN	110	PÉNICILLINE V POTASSIQUE	4
ODANS LIQUOR CARBONIS	108	OXYBUTYNIN	110	PENLET PLUS	120
DETERGENT		OXYBUTYNINE	110	PENTAMYCETIN	80
OESCLIM	95	OXYBUTYNINE (CHLORURE D')	110	PENTASA	92
OFLOXACIN	5	OXYCODONE	53	PENTAZOCINE	53
OFLOXACINE	5	OXYCODONE (CHLORHYDRATE	53	(CHLORHYDRATE DE)	
OGEN	96	D')		PENTAZOCINE (LACTATE DE)	53
OLANZAPINE	64	OXYCODONE/ACET	49	PENTOSAN SODIQUE	114
OLANZAPINE	64	OXYDERM	104	(POLYSULFATE DE)	
OLANZAPINE ODT	65	OXY-IR	53	PENTOXIFYLLINE	25
OLESTYR LEGER	26	OYSTER SHELL CALCIUM	76	PENTRAX	108
OLESTYR REGULIER	26	P&S PLUS	109	PEPCID	89
OLMESARTAN MEDOXOMIL	44	PALAFER	23	PEPTO BISMOL	85
OLMESARTAN MEDOXOMIL,	44	PAMIDRONATE DISODIQUE	116	PERCOCET	49
HYDROCHLORTHIAZIDE		PAMIDRONATE DISODIUM	116	PERCOCET DEMI	49
OLMETEC	44	PANCREASE MT 10	88	PERICHLOR	82
OLMETEC PLUS	44	PANCREASE MT 16	88	PÉRICYAZINE	65
OLSALAZINE SODIQUE	92	PANCREASE MT 4	87	PERIDEX	82
OMEPRAZOLE	91	PANOXYL	104	PERINDOPRIL ERBUMINE	41
OMÉPRAZOLE MAGNÉSIE (AP)	91	PANOXYL AQUAGEL	104	PERINDOPRIL ERBUMINE,	41
OMÉPRAZOLE, OMÉPRAZOLE	91	PANOXYL-10	104	INDAPAMIDE	
MAGNÉSIE (SANS AP)		PANOXYL-20	104	PERINDOPRIL	41
ONDANSETRON	88	PANOXYL-5	104	ERBUMINE,INDAPAMIDE	
ONDANSÉTRON	88	PANSEMENT ADHÉSIF AVEC	121	PERIOGARD	82
(CHLORHYDRATE DIHYDRATÉ)		COTON		PERMÉTHRINE	103
ONDANSETRON-ODAN	88	PANSEMENT ADHÉSIF SANS	121	PEROXIDE D'HYDROGENE	104
ONE TOUCH DELICA	121	COTON		PEROXIDE D'HYDROGÈNE	104
ONE TOUCH ULTRA	75	PANTOLOC	91	PEROXIDE D'HYDROGENE 10V	104
ONE TOUCH ULTRA (ON)	75	PANTOPRAZOLE	91	PERPHÉNAZINE	65
ONE TOUCH ULTRA SOFT	121	PANTOPRAZOLE MAGNESIUM	91	PETHIDINE	51
ONE-ALPHA	112	PANTOPRAZOLE SODIQUE	91	PHÉNELZINE (SULFATE DE)	62
OPTICHAMBER	119	PARIET EC	92	PHENOBARB	54
OPTICHAMBER MASQUE GRAND	119	PARNATE	62	PHÉNOBARBITAL	54
OPTICHAMBER MASQUE MOYEN	119	PAROMOMYCINE (SULFATE DE)	12	PHENYLEPHRINE	82
OPTICHAMBER MASQUE PETIT	119	PAROXETINE	61	PHÉNYLÉPHRINE	82
OPTICROM	79	PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE	61	(CHLORHYDRATE DE)	
OPTIHALER	119	DE)		PHENYLEPHRINE MINIMS	82
OPTIMYXIN	80	PARSITAN	72	PHÉNYTOÏNE	55
OPTIMYXIN OPH./OT.	80	PATE D'IHLES	108	PHL-AMIODARONE	26
OPTIMYXIN PLUS OPH./OT.	80	PAT-GALANTAMINE ER	16	PHL-AMLODIPINE	36
ORACORT	107	PAXIL	61	PHL-ATENOLOL	33
ORAP	65	PEDIAFER	23	PHL-AZITHROMYCIN	3
ORCIPRÉNALINE (SULFATE D')	18	PEDIALYTE	76	PHL-BACLOFEN	21
ORENCIA	117	PEDIAPHEN	54	PHL-CARVEDILOL	34
ORTHO 0.5/35 28	95	PEDIAPHEN CHEWABLE	53	PHL-CIPROFLOXACIN	5
ORTHO 7/7/7 21	95	PEDIAPRED	94	PHL-CITALOPRAM	58
ORTHO 7/7/7 28	95	PEDIATRIC ELECTROLYTE	76	PHL-CLONAZEPAM	54
ORTHO 0.5/35 21	95	PEDIATRIX	54	PHL-CLONAZEPAM-R 0.5MG	54
ORTHO 1/35 28	95	PEDIAVIT	113	PHL-CYCLOBENZAPRINE	20
ORTHO 1/35 21	95	PEDIAVIT D	112	PHL-DEXAMETHASONE	93
ORTHO CEPT 28	94	PEG 3350	87	PHL-FLUOXETINE	60
OSTOFORTE	112	PEGASYS	10	PHL-INDAPAMIDE	78
OTRIVIN SALINE	84	PEGASYS RBV	10	PHL-LOXAPINE	64
OWEN MUMFORD UNIFINE	120	PEGETRON	11	PHL-MELOXICAM	48
PENTIP		PEGETRON REDIPEN	11	PHL-ONDANSETRON	88
OWEN MUMFORD UNIFINE	120	PEGFILGRASTIM	25	PHL-PIOGLITAZONE 15MG COMP	99
PENTIPS 1/4 POUCE		PEGINTERFÉRON ALFA-2A	10	PHL-PIOGLITAZONE 30MG COMP	99

	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-CAPTAPRIL	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
PILOPINE 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-LISINAPRIL	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
PIZOTYLIN (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-MINOCYCLINE	6
PLENDIL	37	PMS-DIMENHYDRINATE	88	PMS-MIRTAZAPINE	60
PMS- SOD POLYSTYRENE SULFONA	77	PMS-DIPHENHYDRAMINE	1	PMS-MISOPROSTOL	90
PMS-ACET 2	49	PMS-DIPIVEFRIN	82	PMS-MOCLOBEMIDE	61
PMS-ACETAMINOPHENE	53	PMS-DIVALPROEX	55	PMS-MOMETASONE	107
PMS-ACETAMINOPHENE AVEC CODÉINE	49	PMS-DOCUSATE SODIUM	86	PMS-MONOCYCLINE	6
PMS-ALENDRONATE	115	PMS-DOMPERIDONE	89	PMS-MONTELUKAST	79
PMS-ALENDRONATE FC	115	PMS-DOXAZOSIN	32	PMS-MORPHINE SR	52
PMS-AMANTADINE	8	PMS-DUCOSATE CALCIUM	86	PMS-MORPHINE SULFATE	52
PMS-AMIODARONE	26	PMS-ENALAPRIL	40	PMS-NAPROXEN EC	48
PMS-AMITRIPTYLINE	58	PMS-ERYTHROMYCIN	80	PMS-NIFEDIPINE	37
PMS-AMLODIPINE	36	PMS-FAMCICLOVIR	12	PMS-NIZATIDINE	89
PMS-AMOXICILLIN	3	PMS-FENOFIBRATE MICRO	27	PMS-NORFLOXACIN	5
PMS-ANAGRELIDE	25	PMS-FENTANYL MTX	50	PMS-NORTRIPTYLINE	61
PMS-ASA	46	PMS-FINASTERIDE	115	PMS-NYSTATIN	7
PMS-ASA EC	45	PMS-FLUCONAZOLE	7	PMS-OFLOXACIN	80
		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-OXYBUTYNYN	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	119	PREPLUS	96
PMS-PERPHENAZINE	65	MASQUE PETIT		PRENATAL & POSTPARTUM	113
PMS-PHOSPHATES SOLUTION	86	PODOFILM	108	PRENATAL AND POSTPARTUM	113
PMS-PINDOLOL	35	PODOFILOX	108	PRÉPARATION EXTEMPORANÉE	114
PMS-PIOGLITAZONE	99	PODOPHYLLINE	108	PRÉPARATIONS MAGISTRALES	114
PMS-PIROXICAM	48	POLLEN	101	PREVACID	90
PMS-POLYTRIMETHOPRIM	80	POLLEN AND NON POLLEN	101	PREVACID FASTAB	90
PMS-POTASSIUM	77	POLLINEX R	101	PREVEX	108
PMS-PRAMIPREXOLE	73	POLYETHYLENE GLYCOL	87	PREVEX B	105
PMS-PRAVASTATIN	28	POLYETHYLENE GLYCOL	87	PREVEX HC	106
PMS-PREDNISOLONE	94	POLYETHYLENE GLYCOL 3350	87	PREZISTA	8
PMS-PROCHLORPERAZINE	66	POLYETHYLENE 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),		PRIMIDONE	54
PMS-PYRAZINAMIDE	8	SODIUM (BICARBONATE DE),		PRINIVIL	41
PMS-QUETIAPINE	66	SODIUM (CHLORURE DE),		PRINZIDE	41
PMS-RABEPRAZOLE	92	SODIUM (SULFATE DE)		PRIVA CAL D FORTE COMP	76
PMS-RALOXIFENE	96	POLYMYXINE B (SULFATE DE),	102	PRO-600K	76
PMS-RAMIPRIL	42	BACITRACINE		PRO-AAS	45
PMS-RAMIPRIL-HCTZ	42	POLYMYXINE B (SULFATE DE),	80	PRO-AMIODARONE	26
PMS-RANITIDINE	90	TRIMÉTHOPRIME (SULFATE DE)		PRO-AMOX	3
PMS-REPAGLINIDE	98	POLYSPORIN	80	PRO-AZITHROMYCIN	3
PMS-RISEDRONATE	116	POLYSPORIN ANTIBIOTIQUE	102	PROBÉNÉCIDE	78
PMS-RISPERIDONE	66	POLYSPORIN OPH./OT.	80	PROBETA	84
PMS-RISPERIDONE ODT	68	POLYSTYRÈNE CALCIQUE	77	PRO-BICALUTAMIDE	13
PMS-RIVASTIGMINE	17	(SULFONATE DE)		PRO-BISOPROLOL	34
PMS-ROPINIROLE	73	POLYSTYRÈNE SODIQUE	77	PROCAÏNAMIDE	26
PMS-SALBUTAMOL	19	(SULFONATE DE)		(CHLORHYDRATE DE)	
PMS-SENNOSIDES	87	POLYTAR	109	PROCAN SR	
PMS-SERTRALINE	62	POLYTOPIC	102	PROCARBAZINE	15
PMS-SIMVASTATIN	29	POLYTRIM	80	(CHLORHYDRATE DE)	
PMS-SOD CROMOGLYCATÉ	79	POLYVINYL ALCOHOL,	84	PRO-CARVEDILOL	34
PMS-SOD POLYSTYRENE SULF	77	POVIDONE		PRO-CEFADROXIL	2
PMS-SODIUM DOCUSATE	86	POLY-VI-SOL	113	PRO-CEFUROXIME	2
PMS-SOTALOL	36	PORTIA 21	94	PROCET-30	49
PMS-SULFASALAZINE	6	PORTIA 28	94	PROCHLORPERAZINE	66
PMS-SULFATE FERREUX	23	POTASSIUM (CHLORURE DE)	76	PROCHLORPÉRAZINE	66
PMS-SUMATRIPTAN	71	POVIDONE-IODINE	104	PRO-CIPROFLOXACIN	5
PMS-TAMOXIFEN	15	PRAMIPEXOLE	73	PRO-CLARITHROMYCIN	3
PMS-TERAZOSIN	32	PRAMIPEXOLE	73	PRO-CLONAZEPAM	54
PMS-TERBINAFINE	7	(DICHLORHYDRATE DE)		PROCTODAN HC	107
PMS-TESTOSTERONE	94	PRAMIPEXOLE	73	PROCTOL	107
PMS-THEOPHYLLINE	111	DIHYDROCHLORIDE		PROCTOSEDYL	107
PMS-TIAPROFENIC	46	PRAVACHOL	28	PROCYCLIDINE	72
PMS-TIMOLOL	83	PRAVASTATIN	28	(CHLORHYDRATE DE)	
PMS-TOBRAMYCIN	80	PRAVASTATIN-10	28	PROCYTOX	13
PMS-TOPIRAMATE	57	PRAVASTATIN-20	28	PRO-DEXAMETHASONE	93
PMS-TRAZODONE	62	PRAVASTATIN-40	29	PRO-ENALAPRIL	40
PMS-TRIFLUOPERAZINE	68	PRAVASTATINE SODIQUE	28	PRO-FENO-SUPER	27
PMS-TRIHEXYPHENIDYL	72	PRAXIS ASA EC	45	PRO-FLUCONAZOLE	7
PMS-URSODIOL	87	PRAZOCINE (CHLORHYDRATE	32	PRO-FLUOXETINE	60
PMS-VALACYCLOVIR	12	DE)		PRO-GABAPENTIN	56
PMS-VALPROIC ACID	55	PRECISION XTRA	75	PRO-GLYBURIDE	98
PMS-VENLAFAXINE XR	63	PRECISION XTRA (ON)	75	PROGLYCEM	30
PMS-VERAPAMIL SR	39	PRED FORTE	81	PROGRAF	118
PMS-ZOLMITRIPTAN	72	PRED MILD	81	PRO-HYDROXYQUINE	12
PMS-ZOLMITRIPTAN ODT	72	PREDNISOLONE	81	PRO-INDAPAMIDE	78
POCKET CHAMBRE	119	PREDNISOLONE (ACÉTATE DE)	81	PRO-INDO	47
POCKET CHAMBRE AVEC	119	PREDNISOLONE (ACÉTATE DE),	81	PRO-ISMN	31
MASQUE ADULTE		SULFACÉTAMIDE SODIQUE		PRO-LEVETIRACETAM	57
POCKET CHAMBRE AVEC	119	PREDNISOLONE (PHOSPHATE	81	PRO-LEVOCARB	72
MASQUE MOYEN		SODIQUE DE)		PROLIA PRE-FILLED SYR	116
POCKET CHAMBRE AVEC	119	PREDNISONE	94	PROLIA VIAL	116
MASQUE NOUVEAU-NÉ		PREDNISONE	94	PRO-LISINOPRIL	41
		PREFRIN LIQUIFILM	82		
		PREMARIN	96		

	Page		Page		Page
PROLOPA	72	QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE), HYDROCHLOROTHIAZIDE	42	RATIO-CLOBETASOL	105
PRO-LORAZEPAM	70	QVAR	93	RATIO-CODEINE	49
PRO-LOVASTATIN	28	R & C	104	RATIO-CYCLOBENZAPRINE	20
PRO-METFORMIN	96	RABEPRAZOLE EC	92	RATIO-DEXAMETHASONE	93
PRO-MIRTAZAPINE	60	RABÉPRAZOLE SODIQUE	92	RATIO-DILTIAZEM CD	38
PRO-NAPROXEN EC	48	RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)	96	RATIO-DOCUSATE CALCIUM	86
PRO-OXYCODONE-ACET	49	RALTEGRAVIR	9	RATIO-DOCUSATE SODIUM	86
PROPADERM	105	RAMIPRIL	42	RATIO-DOMPERIDONE	89
PROPAFENONE	26	RAMIPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE	42	RATIO-ECTOSONE	105
PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE)	26	RAN RAMIPRIL	42	RATIO-EMTEC-30	49
PRO-PIOGLITAZONE	99	RAN-AMLODIPINE	37	RATIO-ENALAPRIL	40
PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)	35	RAN-ATENOLOL	33	RATIO-FENOFIBRATE	27
PROPYL THYRACIL	101	RAN-ATORVASTATIN	27	RATIO-FENTANYL	50
PROPYLTHIOURACILE	101	RAN-CARVEDILOL	34	RATIO-FINASTERIDE	115
PRO-QUETIAPINE	66	RAN-CEFPROZIL	2	RATIO-FLUOXETINE	60
PRO-RABEPRAZOLE	92	RAN-CIPROFLOX	5	RATIO-FLUTICASONE	81
PRO-RISPERIDONE	66	RAN-CITALO	58	RATIO-FLUVOXAMINE	60
PROSCAR	115	RAN-CLARITHROMYCIN	3	RATIO-GABAPENTIN	56
PRO-SOTALOL	36	RAN-DOMPERIDONE	89	RATIO-GLYBURIDE	98
PROSTIGMIN	16	RAN-ENALAPRIL	40	RATIO-HEMCORT HC	107
PROTEINE DE VENIN DE GUEPE	101	RAN-FENTANYL MATRIX	50	RATIO-INDOMETHACIN	47
PROTEINE DE VENIN DE GUEPE JAUNE	101	RAN-FOSINOPRIL	40	RATIO-IPRA SAL	18
PROTEINE DE VENIN DE VESPIDES MIXTES	102	RAN-GABAPENTIN	56	RATIO-IPRATROPIUM UDV	17
PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE BLANCHE	101	RAN-IRBESARTAN HCTZ	43	RATIO-IRBESART/HCT	43
PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE BLANCHE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE	102	RAN-IRBESARTAN	43	RATIO-IRBESARTAN	43
PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE	102	RANITIDINE	90	RATIO-KETOROLAC	82
PROTÉINES DE VENIN DE GUEPE JAUNE	101	RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)	90	RATIO-LACTULOSE	86
PROTÉINES DE VENIN DE GUEPE JAUNE	102	RAN-LETROZOLE	14	RATIO-LAMOTRIGINE	56
PROTÉINES DE VENIN DE GUEPE JAUNE	101	RAN-LISINOPRIL	41	RATIO-LAMOTRIGINE	56
PROTÉINES DE VENIN DE GUEPE JAUNE	102	RAN-LOVASTATIN	28	RATIO-LENOLTEC NO.2	49
PROTOPIC	109	RAN-METFORMIN	96	RATIO-LENOLTEC NO.3	49
PRO-TOPIRAMATE	57	RAN-ONDANSETRON	88	RATIO-LEVOBUNOLOL	83
PRO-TRIAZIDE	77	RAN-PANTOPRAZOLE	91	RATIO-LISINOPRIL P	41
PROTRIN DF	6	RAN-PRAVASTATIN	28	RATIO-LISINOPRIL Z	41
PRO-VALACYCLOVIR	12	RAN-RABEPRAZOLE	92	RATIO-LOVASTATIN	28
PROVERA	100	RAN-RANITIDINE	90	RATIO-MAGNESIUM	76
PROVERA PAK	100	RAN-RISPERIDONE	66	RATIO-MELOXICAM	48
PRO-VERAPAMIL SR	39	RAN-ROPINIROLE	73	RATIO-METFORMIN	96
PROZAC	60	RAN-SIMVASTATIN	29	RATIO-METHOTREXATE	14
PSYLLIUM (MUCILOÏDE HYDROPHILE DE)	87	RAN-TAMSULOSIN	20	RATIO-MIRTAZAPINE	61
PULMICORT NEBUAMP	93	RAN-VALSARTAN	44	RATIO-MOMETASONE	107
PULMICORT TURBUHALER	93	RAPAMUNE	118	RATIO-MORPHINE	51
PULMOPHYLLINE	111	RATIO-ACLAVULANATE	4	RATIO-NYSTATIN	7
PURG-ODAN	85	RATIO-ACYCLOVIR	11	RATIO-OMEPRAZOLE	91
PURINETHOL	14	RATIO-ALENDRONATE	115	RATIO-ONDANSETRON	88
PYRANTEL (PAMOATE DE)	2	RATIO-AMCINONIDE	105	RATIO-OXYCOCT	49
PYRAZINAMIDE	8	RATIO-AMIODARONE	26	RATIO-OXYCODAN	49
PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE)	16	RATIO-AMLODIPINE	36	RATIO-PAROXETINE	61
PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)	112	RATIO-ATENOLOL	33	RATIO-PIOGLITAZONE	99
PYRIMÉTHAMINE	12	RATIO-ATORVASTATIN	27	RATIO-PRAVASTATIN	28
QUETIAPINE	66	RATIO-AZITHROMYCIN	3	RATIO-PREDNISOLONE	81
QUÉTIAPINE (FUMARATE DE)	66	RATIO-BACLOFEN	21	RATIO-PROCTOSONE	107
QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE)	41	RATIO-BICALUTAMIDE	13	RATIO-QUETIAPINE	66
		RATIO-BISACODYL	85	RATIO-RAMIPRIL	42
		RATIO-BRIMONIDINE	82	RATIO-RANITIDINE	90
		RATIO-BUPROPION	58	RATIO-RISPERIDONE	66
		RATIO-CARVEDILOL	34	RATIO-RIVASTIGMINE	17
		RATIO-CEFUROXIME	2	RATIO-SALBUTAMOL	19
		RATIO-CIPROFLOXACIN	5	RATIO-SILDENAFIL R	31
		RATIO-CITALOPRAM	58	RATIO-SIMVASTATIN	29
		RATIO-CLARITHROMYCIN	3	RATIO-SOTALOL	36
				RATIO-TAMSULOSIN	20
				RATIO-TEMAZEPAM	70
				RATIO-TERAZOSIN	32
				RATIO-TOPILENE GLYCOL	105

	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), FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	19
REFRESH LIQUIGEL	84	RIVA-GLYBURIDE	98	SALOFALK	92
REFRESH PLUS	84	RIVA-HYDROXYZIN	71	SANDOMIGRAN	72
REFRESH TEARS	84	RIVA-INDAPAMIDE	78	SANDOMIGRAN DS	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-OXYBUTYNYN	110	SANDOZ	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-RABEPRAZOLE EC	92	SANDOZ FINASTERIDE	115
RHO-NITRO PUMPSPRAY	31	RIVA-RANITIDINE	90	SANDOZ INDOMETHACIN	47
RIDAURA	92	RIVA-RANTIDINE	90	SANDOZ IRBESART/HCT	43
RIFABUTINE	8	RIVA-RISEDRONATE	116	SANDOZ IRBESARTAN	43
RIFADIN	8	RIVA-RISPERIDONE	66	SANDOZ LEFLUNOMIDE	118
RIFAMPINE	8	RIVAROXABAN	24	SANDOZ LETROZOLE	14
RISEDRONATE	116	RIVASA	45	SANDOZ LEVOFLOXACIN	5
RISÉDRONATE SODIQUE	116	RIVA-SENNA	87	SANDOZ LISINOPRIL	41
RISPERDAL	66	RIVA-SERTRALINE	62	SANDOZ LISINOPRIL HCT	41
RISPERDAL-M	68	RIVA-SIMVASTATIN	29	SANDOZ METOPROLOL (L)	35
RISPERIDONE	66	RIVASOL HC	107	SANDOZ MONTELUKAST	79
RISPÉRIDONE	66	RIVASOL-HC	107	SANDOZ NARATRIPTAN	71
RITALIN	68	RIVASONE	105	SANDOZ OLANZAPINE ODT	65
RITALIN SR	69	RIVA-SOTALOL	36	SANDOZ OMEPRAZOLE	91
RITONAVIR	9	RIVASTIGMINE	17	SANDOZ OXYCODONE ACET	49
RITUXAN	15	RIVA-TERBINAFINE	7	SANDOZ PIOGLITAZONE	99
RITUXIMAB	15	RIVA-VALACYCLOVIR	12	SANDOZ PREDNISOLONE	81
RIVA OXAZEPAM	70	RIVA-VENLAFAXINE XR	63	SANDOZ PROCTOMYXIN HC	107
RIVA-ALENDRONATE	115	RIVA-VERAPAMIL SR	39	SANDOZ RAMIPRIL	42
RIVA-AMIODARONE	26	RIVA-ZIDE	77	SANDOZ REPAGLINIDE	98
RIVA-AMLODIPINE	36	RIVOTRIL	54	SANDOZ RISEDRONATE	116
RIVA-ATENOLOL	33	RIZATRIPTAN	71	SANDOZ RISPERIDONE	66
RIVA-AZITHROMYCIN	3	ROCALTROL	112	SANDOZ RIVASTIGMINE	17
RIVA-BACLOFEN	21	ROFACT	8	SANDOZ TAMSULOSIN	20
RIVA-CIPROFLOXACIN	5	ROLENE	105	SANDOZ VALSARTAN	44
RIVA-CITALOPRAM	58	ROPINIROLE	73	SANDOZ VALSARTAN HCT	44
RIVA-CLARITHROMYCIN	3	ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE)	73	SANDOZ VENLAFAXINE XR	63
RIVA-CLINDAMYCIN	6	ROSASOL	104	SANDOZ ZOLMITRIPTAN	72
RIVA-CLONAZEPAM	54	ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)	99	SANDOZ-ACEBUTOLOL	33
RIVACOCET	49	ROSONE	105	SANDOZ-AMIODARONE	26
RIVA-CYCLOBENZAPRINE	20	ROSUVASTATINE CALCIQUE	29	SANDOZ-AMLODIPINE	36
RIVA-D	112	RYTHMODAN	26	SANDOZ-ANAGRELIDE	25
RIVA-ENALAPRIL	40	RYTHMOL	26	SANDOZ-ANUZINC HC	107
				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	84
SANDOZ-BUPROPION SR	58	SANDOZ-VALPROIC	55	(CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE DE)	
SANDOZ-CALCITONIN	100	SANS POLLEN	102	SODIUM (CHLORURE DE)	77
SANDOZ-CARBAMAZEPINE	55	SANTYL	109	SODIUM (CITRATE DE), SODIUM (LAURYL SULFOACÉTATE DE), SORBITOL	87
SANDOZ-CIPROFLOXACIN	5	SAQUINAVIR (MÉSYLATE DE)	9	SODIUM (NITROPRUSSIATE DE)	75
SANDOZ-CITALOPRAM	58	SARNA HC	106	SODIUM AUROTHIOMALATE	92
SANDOZ-CLARITHROMYCIN	3	SCHEIN-CEFACLOR	2	SODIUM BICARBONATE	76
SANDOZ-CLONAZEPAM	54	SCOPOLAMINE (BUTYLBROMURE DE)	18	SOFLAX	86
SANDOZ-CORTIMYXIN	81	SEBCUR	108	SOFLAX EX	85
SANDOZ-CYCLOSPORINE	118	SEBCUR-T	109	SOFLAX SIROP	86
SANDOZ-DEXAMETHASONE	81	SECARIS	84	SOFRACORT OPH./OT.	81
SANDOZ-DICLOFENAC	46	SECTRAL	33	SOFRAMYCIN	80
SANDOZ-DICLOFENAC SR	46	SELAX	86	SOFT TOUCH	121
SANDOZ-DILTIAZEM CD	38	SELECT 1/35 21	95	SOFTCLIX	121
SANDOZ-DILTIAZEM T	38	SELECT 1/35 28	95	SOFTCLIX SELECT	121
SANDOZ-ESTRADIOL DERM 100	95	SÉLÉGINE (CHLORHYDRATE DE)	74	SOLIFENACIN SUCCINATE	110
SANDOZ-ESTRADIOL DERM 50	95	SÉLÉNIUM (SULFURE DE)	104	SOLUCAL	76
SANDOZ-ESTRADIOL DERM 75	95	SELEXID	4	SOLUGEL	104
SANDOZ-FAMCICLOVIR	12	SELSUN	104	SOLUVER	108
SANDOZ-FELODIPINE	37	SENNA LAXATIF	87	SOLUVER PLUS	108
SANDOZ-FLUOXETINE	60	SENNALAX	87	SOMATULINE AUTOGEL	114
SANDOZ-FLUVOXAMINE	60	SENNAPREP	87	SORIATANE	109
SANDOZ-GENTAMICIN	80	SENNATAB	87	SOTALOL (CHLORHYDRATE DE)	36
SANDOZ-GENTAMICIN OTIC	80	SENNOSIDES	87	SPIRIVA	18
SANDOZ-GLYBURIDE	98	SENOKOT	87	SPIRONOLACTONE	45
SANDOZ-IDOXURIDINE	103	SENOKOT S	86	SPIRONOLACTONE, HYDROCHLOROTHIAZIDE	45
SANDOZ-LEVOBUNOLOL	83	SERC	114	SPORANOX	7
SANDOZ-LISINAPRIL	41	SEREVENT DISKHALER	19	STALEVO	72
SANDOZ-LOPERAMIDE	85	SEREVENT DISKUS	19	STANHEXIDINE	104
SANDOZ-LOVASTATIN	28	SERINGUE	121	STARLIX	98
SANDOZ-METFORMIN	97	SERINGUE (NON-INSULINE)	119	STATEX	52
SANDOZ-METFORMIN FC	96	SERINGUE AVEC AIGUILLE (NON-INSULINE)	119	STAVUDINE	10
SANDOZ-METHYLPHENIDATE SR	69	SERINGUE ET AIGUILLE	121	STELARA	114
SANDOZ-METOPROLOL SR	35	SERINGUE MONOJECT	121	STEREX	109
SANDOZ-METOPROLOL-L	35	SEROQUEL	66	STERILE EXTEMPORANEOUS MIXTURE (QC)	114
SANDOZ-MINOCYCLINE	6	SERTRALINE	62	STERILE TRIAMCINOLONE	94
SANDOZ-MIRTAZAPINE	60	SERTRALINE	62	STIEVA-A	107
SANDOZ-MONTELUKAST	79	SERTRALINE-100	62	STIEVA-A FORTE	108
SANDOZ-NITRAZEPAM	70	SERTRALINE-25	62	STIEVAMYCIN	102
SANDOZ-OLANZAPINE	64	SERTRALINE-50	62	STIEVAMYCIN DOUX	102
SANDOZ-ONDANSETRON	88	SIG-ENALAPRIL	40	STIEVAMYCIN FORTE	102
SANDOZ-OPTICORT	81	SILDENAFIL CITRATE	31	SUBOXONE	53
SANDOZ-PAMIDRONATE	116	SIMPONI AUTO INJECTOR	117	SUBOXONE D'ENTRETIEN	53
SANDOZ-PANTOPRAZOLE	91	SIMPONI PRE-FILLED SYRINGE	117	SUCRALFATE	90
SANDOZ-PAROXETINE	61	SIMVASTATIN	29	SUCRALFATE-1	90
SANDOZ-PENTASONE OPH./OT.	81	SIMVASTATIN-10	29	SULCRATE	90
SANDOZ-PINDOLOL	35	SIMVASTATIN-20	29	SULCRATE PLUS	90
SANDOZ-PRAMIPEXOLE	73	SIMVASTATIN-40	30	SULFACÉTAMIDE SODIQUE	80
SANDOZ-PRAVASTATIN	28	SIMVASTATIN-80	30	SULFAMÉTHOXAZOLE	5
SANDOZ-PREDNISOLONE	81	SIMVASTATINE	29	SULFAMÉTHOXAZOLE, TRIMÉTHOPRIME	6
SANDOZ-PROCTOMYXIN HC	107	SINEMET	72	SULFASALAZINE	6
SANDOZ-QUETIAPINE	66	SINEMET CR	72	SULFATE FERREUX	23
SANDOZ-RABEPRAZOLE	92	SINEQUAN	59	SULFATE FERREUX	23
SANDOZ-RANITIDINE	90	SINGULAIR	79	SULFINPYRAZONE	78
SANDOZ-RISPERIDONE	67	SINTROM	24	SULFINPYRAZONE	78
SANDOZ-SALBUTAMOL	19	SIROLIMUS	118	SULINDAC	49
SANDOZ-SERTRALINE	62	SITAGLIPTIN	97	SUMATRIPTAN	71
SANDOZ-SIMVASTATIN	29	SITAGLIPTIN/METFORMIN	97		
SANDOZ-SOTALOL	36	SLOW K	76		
SANDOZ-SUMATRIPTAN	71	SODIQUE PHOSPHATE	87		
SANDOZ-TERBINAFINE	7				
SANDOZ-TIMOLOL	83				

	Page		Page		Page
SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE)	71	TARO-WARFARIN	24	TEVA-BIOPROLOL	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	TEGRETOL CR	55	TEVA-CITALOPRAM	58
SUPREFACT DEPOT 2 MOIS	13	TELMISARTAN	44	TEVA-CLAVAMOXIN	4
SUPREFACT DEPOT 3 MOIS	13	TELMISARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE	44	TEVA-CLINDAMYCIN	6
SUSTIVA	8	TELZIR	9	TEVA-CLOBAZAM	69
SUTENT	15	TEMAZEPAM	70	TEVA-CLOBETASOL	105
SYMBICORT 100 TURBUHALER	18	TÉMAZÉPAM	70	TEVA-CLONAZEPAM	54
SYMBICORT 200 TURBUHALER	18	TEMODAL	15	TEVA-CLONIDINE	30
SYNALAR	106	TÉMOZOLOMIDE	15	TEVA-CLOPAMINE	59
SYNAREL	96	TEMPRA	54	TEVA-CLOXIN	4
SYNPHASIC 28	95	TEMPRA DOUBLE	54	TEVA-CYCLOPRINE	20
SYNPHASIC 21	95	TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	10	TEVA-CYPROTERONE/ETHINYL ESTRADIOL	119
SYNTHROID	100	TENORETIC	34	TEVA-DESIPRAMINE	59
SYRINGE CASE	122	TENORMIN	33	TEVA-DESMOPRESSIN	100
SYRN INS U-II 3/10CC 30G 320	121	TERAZOL 3 DUAL PAK	103	TEVA-DICLOFENAC	46
SYRN INSULINE MICRO 3/10CC 28G 320	121	TERAZOL 7	103	TEVA-DICLOFENAC SR	46
SYRN INSULINE U-II 30G 320	122	TERAZOSIN	32	TEVA-DIFLUNISAL	47
SYRN INSULINE ULTRA 29G	122	TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE)	32	TEVA-DILTAZEM CD	38
SYRN INSULINE ULTRA 3/10CC 29G 320	121	TERBINAFINE	7	TEVA-DILTIAZEM ER	37
TACROLIMUS	118	TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE)	7	TEVA-DIMENATE	88
TACROLIMUS (PROTOPIC)	109	TERBUTALINE (SULFATE DE)	19	TEVA-DIVALPROEX	55
TADALAFIL	31	TERCONAZOLE	103	TEVA-FLUTAMIDE	13
TALWIN	53	TERSASEPTIC	104	TEVA-HYDROMORPHONE	50
TAMBOCOR	26	TERSA-TAR	108	TEVA-IRBESARTAN	43
TAMOXIFÈNE (CITRATE DE)	15	TERSA-TAR DOUX	108	TEVA-IRBESARTAN/HCT	43
TAMPON ALCOOL PREP	120	TESTOSTÉRONE (CYPIONATE DE)	94	TEVA-LACTULOSE	76
TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE)	20	TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE)	94	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P)	41
TANTAPHEN	53	TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE)	94	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	41
TAPAZOLE	101	TESTOSTERONE CYPIONATE	94	TEVA-METOPROL	35
TARO-FLUCONAZOLE	7	TÉTRABÉNAZINE	74	TEVA-METOPROL-B	35
TARCEVA	13	TÉTRACYCLINE	6	TEVA-MONTELUKAST	79
TARGEL	108	TÉTRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE)	6	TEVA-NEVIRAPINE	9
TARGEL SA	109	TEVA-ACEBUTOLOL	33	TEVA-SIMVASTATIN	29
TARO-AMCINONIDE	105	TEVA-ACYCLOVIR	11	TEVA-TAMOXIFEN	15
TARO-CARBAMAZEPINE	55	TEVA-ALENDRONATE	115	TEVA-TAMSULOSIN	20
TARO-CARBAMAZEPINE CR	55	TEVA-ALFUZOSIN PR	20	TEVA-TERAZOSIN	32
TARO-CIPROFLOXACIN	5	TEVA-ALPRAZOL	69	TEVA-TICLOPIDINE	25
TARO-CLINDAMYCIN	102	TEVA-AMIODARONE	26	TEVA-TIMOL	36
TARO-CLOBETASOL	105	TEVA-AMLODIPINE	36	TEVA-VALSARTAN	44
TARO-DOCUSATE	86	TEVA-AMPICILLIN	4	TEVA-VALSARTAN/HCTZ	44
TARO-ENALAPRIL	40	TEVA-ATENOL	33	TEVA-ZOLMITRIPTAN	72
TARO-FLUCONAZOLE	7	TEVA-ATENOLTHALIDONE	34	TEVA-ZOLMITRIPTAN OD	72
TARO-MOMETASONE	107	TEVA-ATORVASTATIN	27	TEVETEN	43
TARO-MUPIROCIN	102	TEVA-AZITHROMYCIN	3	TEVETEN PLUS	43
TARO-PHENYTOIN	55	TEVA-BENZYLAMINE	82	THEOLAIR	111
TARO-SIMVASTATIN	29	TEVA-BETAHISTINE	114	THEOPHYLLINE	111
TARO-SONE	105	TEVA-BICALUTAMIDE	13	THÉOPHYLLINE	111
TARO-TERCONAZOLE	103			THIABENAZOLE	101
				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	TRIAATEC-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 29G.5CC	122
THYROTROPIN ALFA	75	TRI-CYCLEN 21	95	ULTICARE INSULIN SYR 30G.1CC	122
TIAMOL	106	TRI-CYCLEN 28	95	ULTICARE INSULIN SYR 30G.3CC	121
TIAZAC	37	TRI-CYCLEN LO 21	95	ULTICARE INSULIN SYR30G.5CC	122
TIAZAC XC	38	TRI-CYCLEN LO 28	95	ULTICARE LOW DEAD SPACE SYG	122
TICLOPIDINE	25	TRIDESILON	106	ULTIGUARD INSULIN SYR 29G.1CC	122
TICLOPIDINE (CHLORHYDRATE DE)	25	TRIFLUOPERAZINE	68	ULTIGUARD INSULIN SYR 29G.3CC	121
TIMOLOL	36	TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE)	68	ULTIGUARD INSULIN SYR 29G.5CC	122
TIMOLOL (MALÉATE DE)	36	TRIFLURIDINE	80	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.1CC	122
TIMOLOL (MALÉATE DE), TRAVOPROST	84	TRIHENXYPHENIDYL	72	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.3CC	121
TIMOPTIC	83	TRIHENXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE)	72	ULTIGUARD INSULIN SYR 30G.5CC	122
TIMOPTIC-XE	83	TRIMETHOPRIME	12	ULTRA-FINE	121
TINACTIN	103	TRIMÉTHOPRIME	12	ULTRA-FINE II	121
TINACTIN AEROSOL	103	TRIMIPRAMINE	62	ULTRA-FINE II 30G 320469	121
TINZAPARINE SODIQUE	24	TRIMIPRAMINE (MALÉATE DE)	62	ULTRA-FINE PEN 320	120
TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)	18	TRINIPATCH	31	ULTRASE MS 4	87
TIPRANAVIR	10	TRIPTORELIN PAMOATE	15	ULTRASE MT 12	88
TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)	20	TRIQUILAR 21	94	ULTRASE MT 20	88
TOBRADEX	81	TRIQUILAR 28	94	ULTRAVATE	106
TOBRAMYCINE	80	TRI-VI-SOL	113	UNILET COMFORT TOUCH	121
TOBREX	80	TRIZIVIR	8	UNIPHYL	111
TOCILIZUMAB	118	TROSEC	111	UNITRON PEG	10
TOLBUTAMIDE	98	TROSPIMUM CHLORIDE	111	UREMOL HC	107
TOLBUTAMIDE	98	TROUSSE D'INJECTION	121	URISPAS	110
TOLNAFTATE	103	TRUETEST	75	URSO	87
TOLOXIN	26	TRUETRACK	75	URSO DS	87
TOLTÉRODINE	110	TRUETRACK (ON)	75	URSODIOL	87
TOPAMAX	57	TRUSOPT	83	USTEKINUMAB	114
TOPAMAX SPRINKLE	57	TRUVADA	9	VAGIFEM	95
TOPICORT	106	TUBULURE POUR POMPE À INSULINE	121	VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE)	12
TOPIRAMATE	57	TWINJECT	19	VALCYTE	12
TOPIRAMATE	57	TYLENOL	53	VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE)	12
TOXINE BOTULINIQUE DE TYPE A	119	TYLENOL AVEC CODÉINE	49	VALISONE	105
TRACLEER	32	TYLENOL AVEC CODÉINE NO.2	49	VALIUM	70
TRANDATE	34	TYLENOL AVEC CODÉINE NO.3	49	VALPROATE, SODIUM	57
TRANDOLAPRIL	42	TYLENOL AVEC CODÉINE NO.4	49	VALPROIC	55
TRANSDERM-NITRO	31	TYLENOL EXTRA FORT	53	VALSARTAN	44
TRANLYCPROMINE (SULFATE DE)	62	TYLENOL JUNIOR	53	VALSARTAN,	44
TRAVATAN Z	84	TYLENOL POUR ENFANTS	53	HYDROCHLOROTHIAZIDE	
TRAVEL COMPRIME	88	ULCIDINE	89	VALSARTAN-HCTZ	44
TRAVOPROST	84	ULORIC	115	VALTRESX	12
TRAZODONE	62	ULTI 29GX1/2 INC SHARP CONTAIN	120	VARENICLINE	22
TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE)	62	ULTI 31GX1/4 INC SHARP CONTAIN	120	VASELINE	108
TRAZOREL	62	ULTI 31GX5/16 INC SHARP CONTAI	120	VASELINE, LANOLINE, HUILE MINÉRALE	84
TRELSTAR	15	ULTI SYG WITH ULTIG 29G 1/2 IN	121	VASELINE, VASELINE LIQUIDE	85
TRELSTAR LA	15	ULTI SYG WITH ULTIG 30G 1/2 IN	121	VASERETIC	40
TRENTAL	25	ULTI SYG WITH ULTIG 30G 5/16	121	VASOTEC	40
TRÉTINOÏNE	15	ULTI SYG WITH ULTIG 31G 5/16	121	VENIN D'ABEILLE MELLIFERE	101
TRIAMCINOLONE	94	ULTICARE 0.3CC 31G SYG 5/16 IN	121	VENIN DE FRELON A TETE BLANCHE	101
TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)	81	ULTICARE 0.5CC 28G SYG 1/2 IN	122		
TRIAMCINOLONE (DIACÉTATE DE)	94	ULTICARE 0.5CC 31G SYG 5/16 IN	122		
		ULTICARE 1CC 28G SYG 1/2 INCH	122		

	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 MELLIFERE	101	XARELTO	24	
VENTOLIN	19	XATRAL	20	
VENTOLIN HFA	19	XELODA	13	
VENTOLIN PF	19	XEOMIN	119	
VEPESID	13	XYLAC	64	
VERAPAMIL	38	XYLOCAINE VISQUEUSE	107	
VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE)	38	YASMIN 21	94	
VERMOX	2	YASMIN 28	94	
VERSEL	104	YAZ	94	
VERTÉPORFINE	85	ZADITEN	1	
VESANOID	15	ZAFIRLUKAST	79	
VESICARE	110	ZANAFLEX	20	
VFEND	7	ZANTAC	90	
VIDEX EC	8	ZARONTIN	55	
VIGABATRINE	58	ZAROXOLYN	78	
VINCRIStINE (SULFATE DE)	15	ZEASORB AF	103	
VINCRIStINE SULFATE	15	ZELDOX	68	
VIOKASE	88	ZERIT	10	
VIRACEPT	9	ZESTORETIC	41	
VIRAMUNE	9	ZESTRIL	41	
VIREAD	10	ZIAGEN	8	
VIROPTIC	80	ZIDOVUDINE	10	
VISKAZIDE	35	ZINC (OXYDE DE)	108	
VISKEN	35	ZINC OXIDE CRÈME	108	
VISUDYNE	85	ZINCOFAX EXTRA FORT	108	
VIT A	111	ZIPRASIDONE MONOHYDRATÉ (CHLORHYDRATE DE)	68	
VIT B12	111	ZITHROMAX	3	
VIT C	112	ZOCOR	29	
VITAMIN A ACIDE	108	ZODERM	109	
VITAMIN B12	111	ZOFRAN	88	
VITAMIN E SOURCE NATURALE	113	ZOFRAN ODT	88	
VITAMINE A	111	ZOLADEX	13	
VITAMINE A	111	ZOLADEX LA	13	
VITAMINE A, CHOLÉCALCIFÉROL, ACIDE ASCORBIQUE	113	ZOLEDRONIC ACID	117	
VITAMINE B1	112	ZOLMITRIPTAN	72	
VITAMINE B12	111	ZOLOFT	62	
VITAMINE B3	111	ZOMIG	72	
VITAMINE B6	112	ZOMIG RAPIMELT	72	
VITAMINE C	112	ZOSTRIX	109	
VITAMINE D	112	ZOSTRIX HP	109	
VITAMINE D	113	ZOVIRAX	11	
VITAMINE D3	113	ZYBAN	58	
VITAMINE E	110	ZYLOPRIM	115	
VITAMINE E	110	ZYM-AMLODIPINE	36	
VOLIBRIS	31	ZYM-CARVEDILOL	34	
VOLTAREN	46	ZYM-CLONAZEPAM	54	
VOLTAREN SR	46	ZYM-FLUOXETINE	60	
VORICONAZOLE	7	ZYM-MIRTAZAPINE	60	
WAMPOLE MINERAL CALCIUM	76	ZYM-ONDANSETRON	88	
WARFARIN	24	ZYM-PIOGLITAZONE	99	
WARFARINE SODIQUE	24	ZYM-SIMVASTATIN	29	
WEBCOL ALCOHOL PREP	120	ZYM-TOPIRAMATE	57	
WELLBUTRIN SR	58	ZYPREXA	64	
		ZYPREXA ZYDIS	65	
		ZYVOXAM	7	