

Bulletin n° 965

le 22 janvier 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 22 janvier 2018.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdugs-medicamentsnb.ca). Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp).

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

À compter du 22 janvier 2018, l'éтанercept (Erelzi<sup>MC</sup>) sera ajouté au Formulaire pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante, de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire et de la polyarthrite rhumatoïde selon les critères d'autorisation spéciale énumérés ci-dessous. Toutes les nouvelles demandes d'autorisation spéciale visant la couverture de l'éтанercept pour ces indications seront admissibles uniquement pour les versions biosimilaires de l'éтанercept.

Les patients dont l'autorisation spéciale a été approuvée pour l'éтанercept de marque Enbre<sup>MD</sup> dans le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire avant le 22 janvier 2018 continueront d'être couverts pour cette marque et seront également admissibles à la couverture de la marque Erelzi<sup>MC</sup>. À titre de rappel, le Brenzys<sup>MD</sup> est déjà couvert pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante et de la polyarthrite rhumatoïde.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Étanercept (Erelzi <sup>MC</sup> )	solution injectable en seringues préremplies, 50 mg/mL	02462869			
	solution injectable en auto-injecteurs, 50 mg/mL	02462850	SDZ	(SA)	PCF
	solution injectable en seringues préremplies, 25 mg/0,5 mL	02462877			

### Spondylarthrite ankylosante

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score de  $\geq 4$  sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index-BASDAI]) qui :
  - présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de trois mois ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
  - ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de trois mois, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
  - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
  - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

### Note clinique :

- Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

### Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'éтанercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.

- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par semaine.
- Approbation initiale : 6 mois
- Approbation de renouvellement : 1 an.

#### **Polyarthrite juvénile idiopathique**

- Pour le traitement des enfants (de 4 à 17 ans) atteints d'une forme active d'intensité modérée à grave de polyarthrite juvénile idiopathique (PJI) qui ne réagissent pas adéquatement à au moins un traitement par antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM).

#### Note pour les réclamations :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue qui connaît bien l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 0,8 mg/kg, jusqu'à 50 mg par semaine.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.

#### **Polyarthrite rhumatoïde**

- Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :
  - méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de  $\geq 20$  mg par semaine ( $\geq 15$  mg si le patient est âgé de  $\geq 65$  ans) pendant au moins 12 semaines; et
  - méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

#### Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être envisagé.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture d'une thérapie biologique peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

#### Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par semaine.
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé et nouvelle indication</b> Dénosumab (Prolia <sup>MD</sup> )	solution injectable en seringues préremplies, 60 mg/mL	02343541	AGA	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les hommes qui répondent aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>présenter une contre-indication aux bisphosphonates oraux; et</li> <li>avoir un risque élevé de fractures, ou être réfractaire ou intolérant aux autres traitements offerts contre l'ostéoporose.</li> </ul> <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Risque élevé de fractures : <ul style="list-style-type: none"> <li>risque modéré de fractures sur 10 ans (10 % à 20 %) selon l'outil conçu par l'Association canadienne des radiologistes et Ostéoporose Canada (CAROC) ou l'outil d'évaluation du risque de fracture de l'Organisation mondiale de la Santé (FRAX), avec antécédents de fracture de fragilisation, ou</li> <li>risque élevé de fractures sur 10 ans (<math>\geq 20</math> %) selon l'outil CAROC ou l'outil FRAX.</li> </ul> </li> </ul>					

## Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Retrait de la liste</b> Adéfovir (Hepsera <sup>MD</sup> )	comprimés de 10 mg	02247823	GIL		PAM
Apo-Adéfovir	comprimés de 10 mg	02420333	APX		PAM
<p>À compter du 22 janvier 2018, l'adéfovir en comprimés à 10 mg sera retiré du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.</p> <p>Il existe des agents plus efficaces et beaucoup moins coûteux pour le traitement de l'hépatite B.</p>					
<b>Requiert maintenant une autorisation spéciale</b> Lamivudine (Heptovir <sup>MD</sup> )	comprimés de 100 mg solution buvable de 5 mg/mL	02239193 02239194	GSK	(SA)	PAM
Apo-Lamivudine HBV	comprimés de 100 mg	02393239	APX	(SA)	PAM
<p>Pour le traitement de l'hépatite B.</p>					

Notes pour les réclamations :

- Le médicament doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue, un infectiologue ou un autre médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'hépatite B.

**Retrait de la liste**

Méthocarbamol/acide acétylsalicylique/codéine (Robaxial<sup>MD</sup>-C1/4)

comprimés de 400 mg/325 mg/ 16,2 mg

01934783

WCH

Méthocarbamol/acide acétylsalicylique/codéine (Robaxial<sup>MD</sup>-C1/2)

comprimés de 400 mg/325 mg/32,4 mg

01934791

WCH

À compter du 22 janvier 2018, les produits contenant du méthocarbamol et de la codéine, dont Robaxial<sup>MD</sup>-C 1/4 et Robaxial<sup>MD</sup>-C 1/2 en comprimés, seront retirés du formulaire du Programme extra-mural en tant que médicaments assurés. Les produits contenant du méthocarbamol et de la codéine ont été retirés du formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en tant que médicaments assurés en 1994. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Il n'y a aucune preuve de l'efficacité ou de l'innocuité des produits contenant du méthocarbamol et de la codéine dans le traitement des spasmes touchant les muscles squelettiques. En outre, ces produits sont associés à des effets secondaires anticholinergiques, à de la sédation et à un risque accru de chutes chez les personnes âgées.

**Retrait de la liste**

Métronidazole/nystatine (Flagystatin<sup>MD</sup>)

ovules vaginaux à 500 mg/100,000 IU  
crème vaginale à 500 mg/100,000 IU

01926829

SAV

01926845

À compter du 22 janvier 2018, l'association métronidazole/nystatine (Flagystatin<sup>MD</sup>) en ovules vaginaux et en crème vaginale à 500 mg/100 000 UI sera retirée du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Le traitement empirique des infections vaginales par Flagystatin<sup>MD</sup> n'est pas recommandé. La trichomonase vaginale se traite plus efficacement au moyen du métronidazole par voie orale, alors que la candidose vaginale se traite plus efficacement au moyen d'un antifongique azolé.

**Retrait de la liste**

Acide acétylsalicylique/oxycodone (Ratio-Oxycodan)

comprimés de 5 mg/325 mg

00608157

RPH

À compter du 22 janvier 2018, l'association oxycodone et acide acétylsalicylique (ratio-Oxycodan) en comprimés à 5 mg/325 mg sera retirée du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Il existe d'autres agents tout aussi efficaces et beaucoup moins coûteux pour le traitement de la douleur d'intensité légère à modérée.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Ixazomib (Ninlaro <sup>MC</sup> )	capsules de 2,3 mg	02456796	TAK	En association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour les patients atteints de myélome multiple qui ont reçu au moins un traitement antérieur et qui présentent un profil cytogénétique à haut risque ou qui ont reçu au moins deux traitements antérieurs.
	capsules de 3 mg	02456818		
	capsules de 4 mg	02456826		
Sarilumab (Kevzara <sup>MC</sup> )	solution injectable en seringues préremplies, 150 mg/1,14 mL	02460521	SAV	Polyarthrite rhumatoïde
	solution injectable en seringues préremplies, 200 mg/1,14 mL	02460548		

Bulletin no 966

Le 30 janvier 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

### Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 30 janvier 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.

### Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 30 janvier 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 février 2018. Avant le 20 février 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

### Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 février 2018.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbrugs-medicamentsnb.ca). Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp).

## Generic Drug Product Additions / Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Benzylamine Liq Buc Liq	Odan-Benzylamine	2463105	ODN	ADEFGVW	0.0548
Buprenorphine / Naloxone Buprénorphine / Naloxone Slit Orl Co.S.L.	Act Buprenorphine/Naloxone	2453908	TEV	(SA)	0.6675
	Act Buprenorphine/Naloxone	2453916	TEV	(SA)	1.1825
Clarithromycin Clarithromycine Tab Orl Co.	Clarithromycin	2466120	SAS	ABDEFGVW	0.4122
Hydroxyurea Hydroxyurée Cap Orl Caps	Apo-Hydroxyurea	2247937	APX	ADEFGVW	1.0203
Letrozole Létrozole Tab Orl Co.	CCP-Letrozole	2459884	CCM	ADEFVW	1.3780
Scopolamine Liq Inj Liq	Scopolamine Hydrobromide	2242810	OMG	ADEFVW	5.1000

## Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Adefovir Adéfovir Tab Orl Co.	Apo-Adefovir	2420333	APX	(SA)	18.2518
Buprenorphine / Naloxone Buprénorphine / Naloxone Slit Orl Co.S.L.	Mylan-Buprenorphine/Naloxone	2408090	MYL	(SA)	0.6675
	pms-Buprenorphine/Naloxone	2424851	PMS		
	Mylan-Buprenorphine/Naloxone	2408104	MYL	(SA)	1.1825
	pms-Buprenorphine/Naloxone	2424878	PMS		

## Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Ceftriaxone							
Pws.	Inj	2g	Ceftriaxone	2292882	APX		
Pds.			Ceftriaxone	2292289	SDZ	ADEFGVW	24.1300
			Ceftriaxone Sodium	2325624	STR		
Cyproterone Cyprotérone							
Tab	Orl	50mg	Androcur	704431	PMS	ADEFVW	1.4000
Co.			Med-Cyproterone	2390760	GMP		
Desogestrel / Ethinyl Estradiol Désogestrel / Éthinylestradiol							
Tab	Orl	0.15mg / 0.03mg	Apri (28)	2317206	TEV		
Co.			Freya (28)	2396610	MYL	DEFGV	0.2775
			Mirvala (28)	2410257	APX		
			Apri (21)	2317192	TEV		
			Freya (21)	2396491	MYL	DEFGV	0.3700
			Mirvala (21)	2410249	APX		
Diclofenac / Misoprostol							
Tab	Orl	50mg / 200mcg	GD-Diclofenac/Misoprostol	2341689	GMD	ADEFGVW	0.3027
Co.		75mg / 200mcg	GD-Diclofenac/Misoprostol	2341697	GMD	ADEFGVW	0.4120
Indapamide							
Tab	Orl	2.5mg	Apo-Indapamide	2223678	APX		
Co.			Jamp-Indapamide	2373912	JPC	ADEFGVW	0.1182
			Mylan-Indapamide	2153483	MYL		
			pms-Indapamide	2239620	PMS		
Irbesartan Irbésartan							
Tab	Orl	75mg	Apo-Irbesartan	2386968	APX		
Co.			Auro-Irbesartan	2406098	ARO		
			Irbesartan	2365197	PDL		
			Irbesartan	2372347	SAS		
			Irbesartan	2385287	SIV		
			Jamp-Irbesartan	2418193	JPC	ADEFGVW	0.3025
			Mini-Irbesartan	2422980	MNT		
			Mylan-Irbesartan	2347296	MYL		
			pms-Irbesartan	2317060	PMS		
			Ran-Irbesartan	2406810	RAN		
			ratio-Irbesartan	2316390	RPH		
			Sandoz Irbesartan	2328461	SDZ		

## Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Irbesartan							
Irbésartan							
Tab	Orl	150mg	Apo-Irbesartan	2386976	APX		
Co.			Auro-Irbesartan	2406101	ARO		
			Irbesartan	2365200	PDL		
			Irbesartan	2372371	SAS		
			Irbesartan	2385295	SIV		
			Jamp-Irbesartan	2418207	JPC		
			Mint-Irbesartan	2422999	MNT	ADEFGVW	0.3025
			Mylan-Irbesartan	2347318	MYL		
			pms-Irbesartan	2317079	PMS		
			Ran-Irbesartan	2406829	RAN		
			ratio-Irbesartan	2316404	RPH		
			Sandoz Irbesartan	2328488	SDZ		
			Teva-Irbesartan	2315998	TEV		
		300mg	Apo-Irbesartan	2386984	APX		
			Auro-Irbesartan	2406128	ARO		
			Irbesartan	2365219	PDL		
			Irbesartan	2372398	SAS		
			Irbesartan	2385309	SIV		
			Jamp-Irbesartan	2418215	JPC	ADEFGVW	0.3025
			Mint-Irbesartan	2423006	MNT		
			pms-Irbesartan	2317087	PMS		
			Ran-Irbesartan	2406837	RAN		
			ratio-Irbesartan	2316412	RPH		
			Sandoz Irbesartan	2328496	SDZ		
Linezolid							
Linézolide							
Tab	Orl	600mg	Apo-Linezolid	2426552	APX	(SA)	37.0500
Co.			Sandoz Linezolid	2422689	SDZ		
Methylphenidate							
Méthyphénidate							
ERT	Orl	18mg	Apo-Methylphenidate ER	2452731	APX		
Co.L.P.			pms-Methylphenidate ER	2413728	PMS	(SA)	0.5099
			Teva-Methylphenidate ER	2315068	TEV		
		27mg	Apo-Methylphenidate ER	2452758	APX		
			pms-Methylphenidate ER	2413736	PMS	(SA)	0.5884
			Teva-Methylphenidate ER	2315076	TEV		
		54mg	Apo-Methylphenidate ER	2330377	APX		
			pms-Methylphenidate ER	2413752	PMS	(SA)	0.8240
			Teva-Methylphenidate ER	2315092	TEV		
Modafinil							
Tab	Orl	100mg	Apo-Modafinil	2285398	APX		
Co.			Auro-Modafinil	2430487	ARO	(SA)	0.3171
			Mar-Modafinil	2432560	MAR		
			Teva-Modafinil	2420260	TEV		

## Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Prochlorperazine Prochlorpérazine Sup Rt 10mg Supp	Sandoz Prochlorperazine pms-Prochlorperazine	789720 753688	SDZ PMS	ADEFGVW	1.6736
Scopolamine Liq Inj 0.4mg/mL Liq	Scopolamine Hydrobromide	541869	HOS	ADEFVW	5.1000
Tranexamic Acid Acide Tranexamique Tab Orl 500mg Co.	GD-Tranexamic Acid Tranexamic Acid	2409097 2401231	GMD STR	ADEFGVW	0.5765

## Delisted Generic Drug Products / Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Benzylamine Liq Buc 0.15% Liq	Pharixia	2229777	PDP	ADEFGVW
Cyproterone Cyprotérone Tab Orl 50mg Co.	Cyproterone	2245898	AAP	ADEFVW
Desogestrel / Ethinyl Estradiol Désogestrel / Éthinylestradiol Tab Orl 0.15mg / 0.03mg Co.	Reclipsen (28) Reclipsen (21)	2417464 2420813	ATV ATV	DEFGV DEFGV
Indapamide Tab Orl 2.5mg Co.	Indapamide Teva-Indapamide	2445832 2231184	SAS TEV	ADEFGVW
Irbesartan Irbésartan Tab Orl 75mg Co.	Act Irbesartan	2328070	ATV	ADEFGVW
	Act Irbesartan	2328089	ATV	ADEFGVW
	Act Irbesartan Mylan-Irbesartan	2328100 2347326	ATV MYL	ADEFGVW
Lactulose Syr Orl 667mg Sir	Teva-Lactulose	2331551	TEV	(SA)

Bulletin n° 967

le 12 février 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 12 février 2018.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Mise à jour aux formulaires de demande d'autorisation spéciale

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdugs-medicamentsnb.ca). Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Lévocabastine (Livostin <sup>MD</sup> )	vaporisateur nasal de 0,5 mg/mL	02020017	JAN	ADEFGV	PCF
Méthotrexate (Metoject <sup>TM</sup> sous-cutané)	solution injectable en seringues préremplies, 17,5 mg/0,35 mL	02454769	MDX	ADEFGV	PCF
	solution injectable en seringues préremplies, 20 mg/0,4 mL	02454866			
	solution injectable en seringues préremplies, 22,5 mg/0,45 mL	02454777			
	solution injectable en seringues préremplies, 25 mg/0,5 mL	02454874			

### L'autorisation spéciale n'est plus requise

Chlorhydrate de raloxifène (Evista <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés de 60 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFV	PAM
---	--------------------	--	--	-------	-----

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Mépolizumab (Nucala <sup>MC</sup> )	Fiole à usage unique de 100 mg/mL	02449781	GSK	(SA)	PCF

Indiqué à titre de médicament d'appoint pour le traitement de l'asthme éosinophile grave chez les patients adultes dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré une corticothérapie en inhalation à dose élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex. un bêta2-agoniste à longue durée d'action [BALA]), et dont le nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine s'élève à au moins  $0,15 \times 10^9/L$  au moment d'amorcer le traitement avec mépolizumab OU à au moins  $0,3 \times 10^9/L$  au cours des 12 mois précédents, si un des critères cliniques suivants est respecté :

- les patients ayant souffert d'au moins deux exacerbations de l'asthme cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois et qui ont présenté une réversibilité (au moins 12 % et 200 ml) à la spirométrie, ou
- les patients qui sont traités avec des doses quotidiennes de corticostéroïdes oraux.

Critères d'arrêt du traitement :

- Si une diminution des exacerbations cliniquement significatives n'est pas obtenue après 12 mois; ou
- Si une diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux n'est pas obtenue après 12 mois.

Notes cliniques :

1. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme, qui ferait en sorte que le médecin traitant choisisse d'administrer des glucocorticoïdes systémiques pendant au moins 3 jours ou que le patient ait à se rendre au service des urgences ou à être hospitalisé.
2. Une diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux est définie comme une diminution d'au moins 25 %.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un pneumologue, un immunologiste clinique ou un allergologue.
- Une dose maximale de 100 mg sera approuvée toutes les quatre semaines.
- Approbation initiale : 1 an.
- Approbation de renouvellement : 1 an.

Palbociclib (Ibrance<sup>MC</sup>)

capsules de 75 mg	02453150			
capsules de 100 mg	02453169	PFI	(SA)	PCF
capsules de 125 mg	02453177			

En association avec un inhibiteur de l'aromatase (p. ex., le létrozole) pour le traitement des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein avec présence de récepteurs d'estrogènes et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (RE+/HER2-) au stade avancé, qui :

- n'ont pas suivi un traitement antérieur pour une maladie métastatique; et
- ne présentent pas de résistance aux inhibiteurs de l'aromatase non stéroïdiens (IANS) utilisés comme (néo)adjuvants; et
- ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patientes doivent avoir un bon statut de rendement.
2. La résistance aux inhibiteurs de l'aromatase utilisés comme (néo)adjuvants est définie comme une progression de la maladie au cours des 12 mois suivant le traitement.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- L'utilisation successive de palbociclib et de everolimus ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Nouvelle indication</b> Adalimumab (Humira <sup>MD</sup> )	solution injectable en seringues préremplies ou auto-injecteur 40 mg/0,8 mL (50 mg/mL)	02258595	ABV	(SA)	PCF
<b>Hidrosadénite suppurée</b> Pour le traitement de l'hidrosadénite suppurée (HS) active modérée à grave chez les patients adultes qui n'ont pas réagi à la thérapie conventionnelle et qui répondent à tous les critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un nombre total d'abcès et de nodules de trois ou plus</li> <li>• Présence de lésions dans au moins deux régions anatomiques, dont une doit être au stade de Hurley II ou III</li> <li>• Une réponse inadéquate à un essai d'antibiotiques oraux pendant 90 jours</li> </ul> Critères visant le renouvellement initial : Les demandes de renouvellement doivent fournir des preuves objectives de la réponse au traitement, qui doit être caractérisée par une réduction d'au moins 50 % du nombre des nodules inflammatoires, sans augmentation du nombre d'abcès ou de fistules de drainage comparativement au nombre initial, à la semaine 12.  Critères visant les renouvellements subséquents : Les demandes de renouvellement doivent fournir des preuves objectives du maintien des effets du traitement (c.-à-d., le nombre actuel d'abcès, de nodules inflammatoires et de fistules de drainage doit être comparable au nombre présent avant de commencer le traitement avec adalimumab).  <u>Notes pour les réclamations :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HS.</li> <li>• Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.</li> <li>• Approbation initiale : 12 semaines.</li> <li>• Approbation de renouvellement : 1 an.</li> </ul>					
<b>Nouveau format</b> Certolizumab pegol (Cimzia <sup>MD</sup> )	solution injectable en auto-injecteurs, 200 mg/mL	02465574	UCB	(SA)	PCF
<b>Spondylarthrite ankylosante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score de <math>\geq 4</math> sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– présentent des symptômes axiaux* et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de trois mois ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou</li> <li>– ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-</li> </ul> </li> </ul>					

indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de trois mois, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.

- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
  - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
  - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

#### Note clinique :

- Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

#### Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 400 mg pour les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines)
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement: 1 an.

#### **Polyarthrite psoriasique**

- Pour le traitement des patients atteints de polyarthrite psoriasique active qui :
  - présentent au moins trois articulations atteintes et douloureuses;
  - n'ont pas répondu à un essai adéquat avec deux ARMM, ou sont intolérants ou présentent des contre-indications à l'égard de ces derniers.

#### Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 400 mg pour les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines)
- Approbation initiale : 24 semaines.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

#### **Polyarthrite rhumatoïde**

- Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :
  - méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de  $\geq 20$  mg par semaine ( $\geq 15$  mg si le patient est âgé de  $\geq 65$  ans) pendant au moins 12 semaines; et
  - méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture d'une thérapie biologique peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM (méthotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide, sulfasalazine) doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 400 mg pour les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines)
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

**Critère révisé**

Denosumab (Prolia<sup>MD</sup>)

solution injectable en seringues  
préremplies, 60 mg/mL

02343541

AGA

(SA)

PCF

Pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les hommes qui répondent aux critères suivants :

- présenter une contre-indication aux bisphosphonates oraux;  
et
- avoir un risque élevé de fractures, ou être réfractaire ou intolérant aux autres traitements offerts contre l'ostéoporose

Notes cliniques :

1. Réfractaire se définit par une fracture de fragilisation ou une preuve de diminution de la densité minérale osseuse en dessous du niveau observé avant le traitement, malgré l'observance pendant un an d'un autre traitement offert contre l'ostéoporose.
2. Risque élevé de fractures :
  - risque modéré de fractures sur 10 ans (10 % à 20 %) selon l'outil conçu par l'Association canadienne des radiologistes et Ostéoporose Canada (CAROC) ou l'outil d'évaluation du risque de fracture de l'Organisation mondiale de la Santé (FRAX), avec antécédents de fracture de fragilisation, ou
  - risque élevé de fractures sur 10 ans ( $\geq 20$  %) selon l'outil CAROC ou l'outil FRAX.

**Critère révisé**

Acide zolédronique  
(Aclasta<sup>MD</sup> et marques  
génériques)

Solution de 5 mg/100 mL pour  
perfusion intraveineuse

Voir formulaire des Régimes  
de médicaments du N.-B. ou la  
liste des PAM pour les  
produits.

(SA)

PAM

**Ostéoporose**

Pour le traitement de l'ostéoporose chez les patients qui sont réfractaires ou qui présentent une intolérance ou une contre-indication aux bisphosphonates oraux.

Notes cliniques :

1. Intolérance se définit par une ulcération, une érosion ou une sténose de l'œsophage ou des symptômes touchant le tractus gastro-intestinal inférieur dont la gravité justifie l'abandon des bisphosphonates oraux, ou encore par des troubles de la déglutition susceptibles d'augmenter le risque d'ulcération de l'œsophage associé aux bisphosphonates oraux.
2. Réfractaire se définit par une fracture de fragilisation ou une preuve de diminution de la densité minérale osseuse en dessous du niveau observé avant le traitement, malgré l'observance pendant un an d'un traitement par bisphosphonates oraux.

## Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Retrait de la liste</b> Lansoprazole/ amoxicilline/ clarithromycine (Hp-PAC <sup>MD</sup> )	capsules de 30 mg/capsules de 500 mg/comprimés pelliculés de 500 mg	02238525	BGP	(SA)	

À compter du 12 février 2018, le traitement associant le lansoprazole en capsules de 30 mg à libération retardée, la clarithromycine en comprimés de 500 mg et l'amoxicilline en capsules de 500 mg (Hp-PAC<sup>MD</sup>) sera retiré du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Il existe des schémas thérapeutiques plus efficaces et moins coûteux pour l'éradication des infections à *Helicobacter pylori*. Les médicaments utilisés dans le cadre de ces schémas thérapeutiques sont inscrits dans le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicaments assurés.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Dabrafénib (Tafinlar <sup>MD</sup> )	capsules de 50 mg capsules de 75 mg	02409607 02409615	NVR	En association pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade avancé avec mutation BRAF V600 chez les patients ont déjà reçu une chimiothérapie
Tramétinib (Mekinist <sup>MD</sup> )	comprimés de 0,5 mg comprimés de 2,0 mg	02409623 02409658		
Ticagrélor (Brilinta <sup>MD</sup> )	comprimés de 60 mg	02368544	AZE	Prévention des événements athérothrombotiques chez les patients présentant des antécédents d'infarctus du myocarde

## Mise à jour aux formulaires de demande d'autorisation spéciale

Le Formulaire de demande d'autorisation spéciale pour les analogues de l'insuline à action prolongée visant à demander le remboursement de l'insuline détémir ou de l'insuline glargine ne doit plus être utilisé. Les demandes portant sur l'insuline détémir (Levemir<sup>®</sup>) doivent maintenant être soumises au moyen du Formulaire de demande d'autorisation spéciale standard accessible à l'adresse [https://www.gnb.ca/0212/pdf/SA\\_fillable\\_online\\_form-f.pdf](https://www.gnb.ca/0212/pdf/SA_fillable_online_form-f.pdf).

Rappelons que l'insuline glargine (Basaglar<sup>MC</sup>) est inscrite à titre de médicament régulier et ne nécessite donc pas d'autorisation spéciale.

Bulletin no 968

Le 22 février 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

### Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 22 février 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.

### Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 22 février 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 15 mars 2018. Avant le 15 mars 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

### Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 15 mars 2018.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Generic Drug Product Additions / Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Naltrexone Tab Co.			Naltrexone Hydrochloride	2451883	JPC	(SA)	2.8075
Orl	50mg						
Sertraline Cap Caps			Sertraline	2469626	JPC	ADEFGVW	0.2004
Orl	25mg						
	50mg						
			Sertraline	2469634	JPC	ADEFGVW	0.4008
	100mg						
Simvastatin Simvastatine Tab Co.			pharma-Simvastatin	2469995	PMS	ADEFGVW	0.3751
Orl	20mg						
	40mg	pharma-Simvastatin	2470004	PMS	ADEFGVW	0.3751	

## Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Acebutolol Acébutolol Tab Co.			Acebutolol Apo-Acebutolol Mylan-Acebutolol Teva-Acebutolol	2286246 2147602 2237721 2204517	SAS APX MYL TEV	ADEFGVW	0.0787
Orl	100mg						
	200mg						
	200mg						
			Acebutolol Apo-Acebutolol Mylan-Acebutolol Teva-Acebutolol	2286254 2147610 2237722 2204525	SAS APX MYL TEV	ADEFGVW	0.1177
	200mg						
	200mg						
	200mg						
Allopurinol Tab Co.			Zyloprim Apo-Allopurinol Mar-Allopurinol	402818 2402769 2396327	AAP APX MAR	ADEFGVW	0.0780
Orl	100mg						
	100mg						
	200mg	Zyloprim Apo-Allopurinol Mar-Allopurinol	479799 2402777 2396335	AAP APX MAR	ADEFGVW	0.1300	
	200mg						
	200mg						
	300mg	Zyloprim Apo-Allopurinol Mar-Allopurinol	402796 2402785 2396343	AAP APX MAR	ADEFGVW	0.2125	
	300mg						
	300mg						

## Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Amiloride / Hydrochlorothiazide Tab Orl 5mg / 50mg Co.			Apo-Amilzide	784400	APX	ADEFGVW	0.0838
Amitriptyline Tab Orl 50mg Co.			Elavil Apo-Amitriptyline	335088 2403153	AAP APX	ADEFGVW	0.1540
Azithromycin Azithromycine Pws Orl 100mg/5mL Pds.			Azithromycin GD-Azithromycin pms-Azithromycin Sandoz Azithromycin	2274388 2274566 2418452 2332388	PMS GMD PMS SDZ	ABDEFGVW	0.3726
200mg/5mL			Azithromycin GD-Azithromycin pms-Azithromycin Sandoz Azithromycin	2274396 2274574 2418460 2332396	PMS GMD PMS SDZ	ABDEFGVW	0.5280
Naltrexone Tab Orl 50mg Co.			Apo-Naltrexone	2444275	APX	(SA)	2.8075

## Delisted Generic Drug Products / Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Acebutolol Acébutolol Tab Orl 100mg Co.			Mylan-Acebutolol (Type S)	2237885	MYL	ADEFGVW
100mg			Mylan-Acebutolol (Type S)	2237886	MYL	ADEFGVW
Amiloride / Hydrochlorothiazide Tab Orl 5mg / 50mg Co.			Novamilor	1937219	TEV	ADEFGVW
Azithromycin Azithromycine Pws Orl 100mg/5mL Pds.			Novo-Azithromycin	2315157	TEV	ABDEFGVW
200mg/5mL			Novo-Azithromycin	2315165	TEV	ABDEFGVW

Bulletin no 969

Le 28 février 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Les provinces et les territoires établissent des prix pour les médicaments génériques communs les plus prescrits par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. À compter du 1er avril 2018, le prix de ces médicaments génériques sera fixé à 10 % ou 18 % du prix du médicament de marque.

Vous trouverez ci-joint la liste des mises à jour apportées aux médicaments génériques du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Veuillez envoyer un courriel à [info@nbdugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdugs-medicamentsnb.ca) afin de recevoir un fichier Excel des mises à jour incluses dans ce bulletin.

### Changements de prix des médicaments génériques

- Les prix admissibles maximums (PAM) entreront en vigueur le 1er avril 2018.

### Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'auront pas confirmé les prix au nouveau PAM inférieur verront leurs produits touchés par ce changement retirés du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à compter du 1er avril 2018.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdugs-medicamentsnb.ca).

# Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

GENERIC NAME / NOM GÉNÉRIQUE	STRENGTH / DOSAGE	TRADENAME / MARQUE DE COMMERCE	DIN / PIN	MFR / FAB	MAP / PAM
Alendronate / Alendronate	Tab/Co. Orl 70mg	Fosamax	02245329	FRS	2.1014
		Alendronate	02352966	SAS	2.1014
		Alendronate-70	02303078	PDL	2.1014
		Alendronate FC	02299712	SIV	2.1014
		Alendronate Sodium	02381494	AHI	2.1014
		Apo-Alendronate	02248730	APX	2.1014
		Auro-Alendronate	02388553	ARO	2.1014
		Jamp-Alendronate	02385031	JPC	2.1014
		Mint-Alendronate	02394871	MNT	2.1014
		Mylan-Alendronate	02286335	MYL	2.1014
		pms-Alendronate FC	02284006	PMS	2.1014
		Sandoz Alendronate	02288109	SDZ	2.1014
		Teva-Alendronate	02261715	TEV	2.1014
		Almotriptan / Almotriptan	Tab/Co. Orl 12.5mg	Axert	02248129
Apo-Almotriptan	02405806			APX	2.3478
Mylan-Almotriptan	02398443			MYL	2.3478
Sandoz Almotriptan	02405334			SDZ	2.3478
Amiodarone / Amiodarone	Tab/Co. Orl 200mg	Cordarone	02036282	PFI	0.3706
		Amiodarone	02364336	SAS	0.3706
		Amiodarone	02385465	SIV	0.3706
		Apo-Amiodarone	02246194	APX	0.3706
		Mylan-Amiodarone	02240604	MYL	0.3706
		pms-Amiodarone	02242472	PMS	0.3706
		Sandoz Amiodarone	02243836	SDZ	0.3706
		Teva-Amiodarone	02239835	TEV	0.3706
Amlodipine / Amlodipine	Tab/Co. Orl 2.5mg	Act Amlodipine	02297477	ATV	0.0767
		Amlodipine	02326795	PDL	0.0767
		Amlodipine	02385783	SIV	0.0767
		Jamp-Amlodipine	02357186	JPC	0.0767
		Mar-Amlodipine	02371707	MAR	0.0767
		pms-Amlodipine	02295148	PMS	0.0767
		Sandoz Amlodipine	02330474	SDZ	0.0767
Amlodipine / Amlodipine	Tab/Co. Orl 5mg	Norvasc	00878928	PFI	0.1343
		Act Amlodipine	02297485	ATV	0.1343
		Amlodipine	02429217	JPC	0.1343
		Amlodipine	02326809	PDL	0.1343
		Amlodipine	02331284	SAS	0.1343
		Amlodipine	02385791	SIV	0.1343
		Apo-Amlodipine	02273373	APX	0.1343
		Auro-Amlodipine	02397072	ARO	0.1343
		GD-Amlodipine	02280132	GMD	0.1343
		Mar-Amlodipine	02371715	MAR	0.1343
		Mint-Amlodipine	02362651	MNT	0.1343
		Mylan-Amlodipine	02272113	MYL	0.1343
		pms-Amlodipine	02284065	PMS	0.1343
		Ran-Amlodipine	02321858	RAN	0.1343
		Sandoz Amlodipine	02284383	SDZ	0.1343
		Septa-Amlodipine	02357712	SPT	0.1343
		Teva-Amlodipine	02250497	TEV	0.1343
Van-Amlodipine	02426986	VAN	0.1343		
Amlodipine / Amlodipine	Tab/Co. Orl 10mg	Norvasc	00878936	PFI	0.1993
		Act Amlodipine	02297493	ATV	0.1993
		Amlodipine	02429225	JPC	0.1993
		Amlodipine	02326817	PDL	0.1993
		Amlodipine	02331292	SAS	0.1993
		Amlodipine	02385805	SIV	0.1993
		Apo-Amlodipine	02273381	APX	0.1993
		Auro-Amlodipine	02397080	ARO	0.1993
		GD-Amlodipine	02280140	GMD	0.1993
		Jamp-Amlodipine	02357208	JPC	0.1993
		Mar-Amlodipine	02371723	MAR	0.1993
		Mint-Amlodipine	02362678	MNT	0.1993
		Mylan-Amlodipine	02272121	MYL	0.1993
		pms-Amlodipine	02284073	PMS	0.1993
		Ran-Amlodipine	02321866	RAN	0.1993
		Sandoz Amlodipine	02284391	SDZ	0.1993
		Septa-Amlodipine	02357720	SPT	0.1993
Teva-Amlodipine	02250500	TEV	0.1993		
Van-Amlopodine	02426994	VAN	0.1993		
Anastrozole / Anastrozole	Tab/Co. Orl 1mg	Arimidex	02224135	AZE	0.9522
		Act Anastrozole	02394898	ATV	0.9522
		Anastrozole	02351218	AHI	0.9522
		Anastrozole	02442736	SAS	0.9522
		Apo-Anastrozole	02374420	APX	0.9522
		CCP-Anastrozole	02458799	CCM	0.9522
		Jamp-Anastrozole	02339080	JPC	0.9522

		Mar-Anastrozole	02379562	MAR	0.9522
		Med-Anastrozole	02379104	GMD	0.9522
		Mint-Anastrozole	02393573	MNT	0.9522
		Nat-Anastrozole	02417855	NAT	0.9522
		pms-Anastrozole	02320738	PMS	0.9522
		Sandoz Anastrozole	02338467	SDZ	0.9522
		Taro-Anastrozole	02365650	TAR	0.9522
Atenolol / Aténolol	Tab/Co. Orl 25mg	Atenolol	02247182	SIV	0.0521
		Jamp-Atenolol	02367556	JPC	0.0521
		Mar-Atenolol	02371979	MAR	0.0521
		Mint-Atenolol	02368013	MNT	0.0521
		Mylan-Atenolol	02303647	MYL	0.0521
		pms-Atenolol	02246581	PMS	0.0521
		Ran-Atenolol	02373963	RAN	0.0521
		Teva-Atenolol	02266660	TEV	0.0521
Atenolol / Aténolol	Tab/Co. Orl 50mg	Tenormin	02039532	AZE	0.1107
		Act Atenolol	02255545	ATV	0.1107
		Apo-Atenol	00773689	APX	0.1107
		Atenolol	02466465	SAS	0.1107
		Atenolol	02238316	SIV	0.1107
		Jamp-Atenolol	02367564	JPC	0.1107
		Mar-Atenolol	02371987	MAR	0.1107
		Mint-Atenolol	02368021	MNT	0.1107
		Mylan-Atenolol	02146894	MYL	0.1107
		pms-Atenolol	02237600	PMS	0.1107
		Ran-Atenolol	02267985	RAN	0.1107
		Septa-Atenolol	02368641	SPT	0.1107
Atenolol / Aténolol	Tab/Co. Orl 100mg	Tenormin	02039540	AZE	0.1821
		Act Atenolol	02255553	ATV	0.1821
		Apo-Atenol	00773697	APX	0.1821
		Atenolol	02466473	SAS	0.1821
		Atenolol	02238318	SIV	0.1821
		Jamp-Atenolol	02367572	JPC	0.1821
		Mar-Atenolol	02371995	MAR	0.1821
		Mint-Atenolol	02368048	MNT	0.1821
		Mylan-Atenolol	02147432	MYL	0.1821
		pms-Atenolol	02237601	PMS	0.1821
		Ran-Atenolol	02267993	RAN	0.1821
		Septa-Atenolol	02368668	SPT	0.1821
Atomoxetine / Atomoxétine	Cap/Caps. Orl 10mg	Strattera	02262800	LIL	0.5106
		Apo-Atomoxetine	02318024	APX	0.5106
		pms-Atomoxetine	02381028	PMS	0.5106
		Sandoz Atomoxetine	02386410	SDZ	0.5106
Atomoxetine / Atomoxétine	Cap/Caps. Orl 18mg	Strattera	02262819	LIL	0.5748
		Apo-Atomoxetine	02318032	APX	0.5748
		Mylan-Atomoxetine	02378930	MYL	0.5748
		pms-Atomoxetine	02381036	PMS	0.5748
		Sandoz Atomoxetine	02386429	SDZ	0.5748
Atomoxetine / Atomoxétine	Cap/Caps. Orl 25mg	Strattera	02262827	LIL	0.6420
		Apo-Atomoxetine	02318040	APX	0.6420
		Mylan-Atomoxetine	02378949	MYL	0.6420
		pms-Atomoxetine	02381044	PMS	0.6420
		Sandoz Atomoxetine	02386437	SDZ	0.6420
Atomoxetine / Atomoxétine	Cap/Caps. Orl 40mg	Strattera	02262835	LIL	0.7369
		Apo-Atomoxetine	02318059	APX	0.7369
		Mylan-Atomoxetine	02378957	MYL	0.7369
		pms-Atomoxetine	02381052	PMS	0.7369
		Sandoz Atomoxetine	02386445	SDZ	0.7369
Atomoxetine / Atomoxétine	Cap/Caps. Orl 60mg	Strattera	02262843	LIL	0.8092
		Apo-Atomoxetine	02318067	APX	0.8092
		Mylan-Atomoxetine	02378965	MYL	0.8092
		pms-Atomoxetine	02381060	PMS	0.8092
		Sandoz Atomoxetine	02386453	SDZ	0.8092
Atorvastatin / Atorvastatine	Tab/Co. Orl 10mg	Lipitor	02230711	PFI	0.1743
		Apo-Atorvastatin	02295261	APX	0.1743
		Atorvastatin	02346486	PDL	0.1743
		Atorvastatin	02348705	SAS	0.1743
		Atorvastatin	02411350	SIV	0.1743
		Auro-Atorvastatin	02407256	ARO	0.1743
		Jamp-Atorvastatin	02391058	JPC	0.1743
		Mylan-Atorvastatin	02392933	MYL	0.1743
		pms-Atorvastatin	02399377	PMS	0.1743
		Ran-Atorvastatin	02313707	RAN	0.1743
		ratio-Atorvastatin	02350297	RPH	0.1743
		Reddy-Atorvastatin	02417936	RCH	0.1743
		Sandoz Atorvastatin	02324946	SDZ	0.1743
		Teva-Atorvastatin	02310899	TEV	0.1743
Atorvastatin / Atorvastatine	Tab/Co. Orl 20mg	Lipitor	02230713	PFI	0.2179
		Apo-Atorvastatin	02295288	APX	0.2179
		Atorvastatin	02346494	PDL	0.2179

		Atorvastatin	02348713	SAS	0.2179
		Atorvastatin	02411369	SIV	0.2179
		Auro-Atorvastatin	02407264	ARO	0.2179
		Jamp-Atorvastatin	02391066	JPC	0.2179
		Mylan-Atorvastatin	02392941	MYL	0.2179
		pms-Atorvastatin	02399385	PMS	0.2179
		Ran-Atorvastatin	02313715	RAN	0.2179
		ratio-Atorvastatin	02350319	RPH	0.2179
		Reddy-Atorvastatin	02417944	RCH	0.2179
		Sandoz Atorvastatin	02324954	SDZ	0.2179
		Teva-Atorvastatin	02310902	TEV	0.2179
Atorvastatin / Atorvastatine	Tab/Co. Orl 40mg	Lipitor	02230714	PFI	0.2342
		Apo-Atorvastatin	02295296	APX	0.2342
		Atorvastatin	02346508	PDL	0.2342
		Atorvastatin	02348721	SAS	0.2342
		Atorvastatin	02411377	SIV	0.2342
		Auro-Atorvastatin	02407272	ARO	0.2342
		Jamp-Atorvastatin	02391074	JPC	0.2342
		Mylan-Atorvastatin	02392968	MYL	0.2342
		pms-Atorvastatin	02399393	PMS	0.2342
		Ran-Atorvastatin	02313723	RAN	0.2342
		ratio-Atorvastatin	02350327	RPH	0.2342
		Reddy-Atorvastatin	02417952	RCH	0.2342
		Sandoz Atorvastatin	02324962	SDZ	0.2342
		Teva-Atorvastatin	02310910	TEV	0.2342
Atorvastatin / Atorvastatine	Tab/Co. Orl 80mg	Lipitor	02243097	PFI	0.2342
		Apo-Atorvastatin	02295318	APX	0.2342
		Atorvastatin	02346516	PDL	0.2342
		Atorvastatin	02348748	SAS	0.2342
		Atorvastatin	02411385	SIV	0.2342
		Auro-Atorvastatin	02407280	ARO	0.2342
		Jamp-Atorvastatin	02391082	JPC	0.2342
		Mylan-Atorvastatin	02392976	MYL	0.2342
		pms-Atorvastatin	02399407	PMS	0.2342
		Ran-Atorvastatin	02313758	RAN	0.2342
		Reddy-Atorvastatin	02417960	RCH	0.2342
		Sandoz Atorvastatin	02324970	SDZ	0.2342
		Teva-Atorvastatin	02310929	TEV	0.2342
Azithromycin / Azithromycine	Tab/Co. Orl 250mg	Zithromax	02212021	PFI	0.9410
		Apo-Azithromycin Z	02415542	APX	0.9410
		Azithromycin	02330881	SAS	0.9410
		Azithromycin	02442434	SIV	0.9410
		Jamp-Azithromycin	02452308	JPC	0.9410
		Mar-Azithromycin	02452324	MAR	0.9410
		Mylan-Azithromycin	02278359	MYL	0.9410
		Novo-Azithromycin	02267845	TEV	0.9410
		pms-Azithromycin	02261634	PMS	0.9410
		Sandoz Azithromycin	02265826	SDZ	0.9410
Bicalutamide / Bicalutamide	Tab/Co. Orl 50mg	Casodex	02184478	AZE	1.2690
		Act Bicalutamide	02274337	ATV	1.2690
		Apo-Bicalutamide	02296063	APX	1.2690
		Bicalutamide	02325985	AHI	1.2690
		Bicalutamide	02382423	SIV	1.2690
		Jamp-Bicalutamide	02357216	JPC	1.2690
		pms-Bicalutamide	02275589	PMS	1.2690
		Teva-Bicalutamide	02270226	TEV	1.2690
Bisoprolol / Bisoprolol	Tab/Co. Orl 5mg	Apo-Bisoprolol	02256134	APX	0.0715
		Bisoprolol	02391589	SAS	0.0715
		Bisoprolol	02383055	SIV	0.0715
		Sandoz Bisoprolol	02247439	SDZ	0.0715
		Teva-Bisoprolol	02267470	TEV	0.0715
Bisoprolol / Bisoprolol	Tab/Co. Orl 10mg	Apo-Bisoprolol	02256177	APX	0.1044
		Bisoprolol	02391597	SAS	0.1044
		Bisoprolol	02383063	SIV	0.1044
		Sandoz Bisoprolol	02247440	SDZ	0.1044
		Teva-Bisoprolol	02267489	TEV	0.1044
Candesartan / Candésartan	Tab/Co. Orl 8mg	Atacand	02239091	AZE	0.2281
		Ach-Candesartan	02379279	AHI	0.2281
		Act Candesartan	02376539	ATV	0.2281
		Apo-Candesartan	02365359	APX	0.2281
		Candesartan	02388928	SAS	0.2281
		Candesartan	02388707	SIV	0.2281
		Jamp-Candesartan	02386518	JPC	0.2281
		Mylan-Candesartan	02379139	MYL	0.2281
		pms-Candesartan	02391198	PMS	0.2281
		Ran-Candesartan	02380692	RAN	0.2281
		Sandoz Candesartan	02326965	SDZ	0.2281
		Teva-Candesartan	02366312	TEV	0.2281
Candesartan / Candésartan	Tab/Co. Orl 16mg	Atacand	02239092	AZE	0.2281
		Ach-Candesartan	02379287	AHI	0.2281

		Act Candesartan	02376547	ATV	0.2281
		Apo-Candesartan	02365367	APX	0.2281
		Candesartan	02388936	SAS	0.2281
		Candesartan	02388715	SIV	0.2281
		Jamp-Candesartan	02386526	JPC	0.2281
		Mylan-Candesartan	02379147	MYL	0.2281
		pms-Candesartan	02391201	PMS	0.2281
		Ran-Candesartan	02380706	RAN	0.2281
		Sandoz Candesartan	02326973	SDZ	0.2281
		Teva-Candesartan	02366320	TEV	0.2281
Candesartan / Candésartan	Tab/Co. Orl 32mg	Atacand	02311658	AZE	0.2281
		Ach-Candesartan	02379295	AHI	0.2281
		Act Candesartan	02376555	ATV	0.2281
		Apo-Candesartan	02399105	APX	0.2281
		Candesartan	02435845	SAS	0.2281
		Jamp-Candesartan	02386534	JPC	0.2281
		Mylan-Candesartan	02379155	MYL	0.2281
		pms-Candesartan	02391228	PMS	0.2281
		Ran-Candesartan	02380714	RAN	0.2281
		Sandoz Candesartan	02417340	SDZ	0.2281
		Teva-Candesartan	02366339	TEV	0.2281
Candesartan/Hydrochlorothiazide / Candésartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 16mg/12.5mg	Atacand Plus	02244021	AZE	0.2156
		Apo-Candesartan/HCTZ	02367866	APX	0.2156
		Auro-Candesartan HCT	02421038	ARO	0.2156
		Candesartan HCT	02394812	SIV	0.2156
		Candesartan/HCTZ	02394804	SAS	0.2156
		pms-Candesartan-HCTZ	02391295	PMS	0.2156
		Sandoz Candesartan Plus	02327902	SDZ	0.2156
		Teva-Candesartan/HCTZ	02395541	TEV	0.2156
Candesartan/Hydrochlorothiazide / Candésartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 32mg/12.5mg	Atacand Plus	02332922	AZE	0.2156
		Apo-Candesartan/HCTZ	02395126	APX	0.2156
		Auro-Candesartan HCT	02421046	ARO	0.2156
		Sandoz Candesartan Plus	02420732	SDZ	0.2156
		Teva-Candesartan/HCTZ	02395568	TEV	0.2156
Carvedilol / Carvédilol	Tab/Co. Orl 3.125mg	Apo-Carvedilol	02247933	APX	0.2431
		Auro-Carvedilol	02418495	ARO	0.2431
		Carvedilol	02364913	SAS	0.2431
		Carvedilol	02248752	SIV	0.2431
		Jamp-Carvedilol	02368897	JPC	0.2431
		pms-Carvedilol	02245914	PMS	0.2431
		ratio-Carvedilol	02252309	TEV	0.2431
Carvedilol / Carvedilol	Tab/Co. Orl 6.25mg	Apo-Carvedilol	02247934	APX	0.2431
		Auro-Carvedilol	02418509	ARO	0.2431
		Carvedilol	02364921	SAS	0.2431
		Carvedilol	02248753	SIV	0.2431
		Jamp-Carvedilol	02368900	JPC	0.2431
		pms-Carvedilol	02245915	PMS	0.2431
		ratio-Carvedilol	02252317	TEV	0.2431
Carvedilol / Carvedilol	Tab/Co. Orl 12.5mg	Apo-Carvedilol	02247935	APX	0.2431
		Auro-Carvedilol	02418517	ARO	0.2431
		Carvedilol	02364948	SAS	0.2431
		Carvedilol	02248754	SIV	0.2431
		Jamp-Carvedilol	02368919	JPC	0.2431
		pms-Carvedilol	02245916	PMS	0.2431
		ratio-Carvedilol	02252325	TEV	0.2431
Carvedilol / Carvedilol	Tab/Co. Orl 25mg	Apo-Carvedilol	02247936	APX	0.2431
		Auro-Carvedilol	02418525	ARO	0.2431
		Carvedilol	02364956	SAS	0.2431
		Carvedilol	02248755	SIV	0.2431
		Jamp-Carvedilol	02368927	JPC	0.2431
		pms-Carvedilol	02245917	PMS	0.2431
		ratio-Carvedilol	02252333	TEV	0.2431
Celecoxib / Célécoxib	Cap/Caps Orl 100mg	Celebrex	02239941	PFI	0.1279
		Act-Celecoxib	02420155	ATV	0.1279
		Apo-Celecoxib	02418932	APX	0.1279
		Auro-Celecoxib	02445670	ARO	0.1279
		Celecoxib	02436299	SAS	0.1279
		Celecoxib	02429675	SIV	0.1279
		Jamp-Celecoxib	02424533	JPC	0.1279
		Mar-Celecoxib	02420058	MAR	0.1279
		Mint-Celecoxib	02412497	MNT	0.1279
		Mylan-Celecoxib	02423278	MYL	0.1279
		pms-Celecoxib	02355442	PMS	0.1279
		Ran-Celecoxib	02412373	RAN	0.1279
		SDZ Celecoxib	02442639	SDZ	0.1279
Celecoxib / Célécoxib	Cap/Caps Orl 200mg	Celebrex	02239942	PFI	0.2558
		Act-Celecoxib	02420163	ATV	0.2558
		Apo-Celecoxib	02418940	APX	0.2558
		Auro-Celecoxib	02445689	ARO	0.2558
		Celecoxib	02436302	SAS	0.2558

		Celecoxib	02429683	SIV	0.2558
		Jamp-Celecoxib	02424541	JPC	0.2558
		Mar - Celecoxib	02420066	MAR	0.2558
		Mint-Celecoxib	02412500	MNT	0.2558
		Mylan-Celecoxib	02399881	MYL	0.2558
		pms-Celecoxib	02355450	PMS	0.2558
		Ran-Celecoxib	02412381	RAN	0.2558
		SDZ Celecoxib	02442647	SDZ	0.2558
Ciprofloxacin / Ciprofloxacin	Tab/Co. Orl 250mg	Cipro	02155958	BAY	0.4454
		Act Ciprofloxacin	02247339	TEV	0.4454
		Apo-Ciproflox	02229521	APX	0.4454
		Auro-Ciprofloxacin	02381907	ARO	0.4454
		Ciprofloxacin	02353318	SAS	0.4454
		Ciprofloxacin	02386119	SIV	0.4454
		Jamp-Ciprofloxacin	02380358	JPC	0.4454
		Mar-Ciprofloxacin	02379686	MAR	0.4454
		Mint-Ciproflox	02423553	MNT	0.4454
		Mylan-Ciprofloxacin	02245647	MYL	0.4454
		pms-Ciprofloxacin	02248437	PMS	0.4454
		Ran-Ciproflox	02303728	RAN	0.4454
		Sandoz Ciprofloxacin	02248756	SDZ	0.4454
		Septa-Ciprofloxacin	02379627	SPT	0.4454
		Teva-Ciprofloxacin	02161737	TEV	0.4454
Ciprofloxacin / Ciprofloxacin	Tab/Co. Orl 500mg	Cipro	02155966	BAY	0.5025
		Act Ciprofloxacin	02247340	TEV	0.5025
		Apo-Ciproflox	02229522	APX	0.5025
		Auro-Ciprofloxacin	02381923	ARO	0.5025
		Ciprofloxacin	02353326	SAS	0.5025
		Ciprofloxacin	02386127	SIV	0.5025
		Jamp-Ciprofloxacin	02380366	JPC	0.5025
		Mar-Ciprofloxacin	02379694	MAR	0.5025
		Mint-Ciproflox	02423561	MNT	0.5025
		Mylan-Ciprofloxacin	02245648	MYL	0.5025
		pms-Ciprofloxacin	02248438	PMS	0.5025
		Ran-Ciproflox	02303736	RAN	0.5025
		Sandoz Ciprofloxacin	02248757	SDZ	0.5025
		Septa-Ciprofloxacin	02379635	SPT	0.5025
Ciprofloxacin / Ciprofloxacin	Tab/Co. Orl 750mg	Cipro	02155974	BAY	0.9201
		Act Ciprofloxacin	02247341	TEV	0.9201
		Apo-Ciproflox	02229523	APX	0.9201
		Auro-Ciprofloxacin	02381931	ARO	0.9201
		Jamp-Ciprofloxacin	02380374	JPC	0.9201
		Mar-Ciprofloxacin	02379708	MAR	0.9201
		Mint-Ciproflox	02423588	MNT	0.9201
		pms-Ciprofloxacin	02248439	PMS	0.9201
		Ran-Ciproflox	02303744	RAN	0.9201
		Sandoz Ciprofloxacin	02248758	SDZ	0.9201
		Septa-Ciprofloxacin	02379643	SPT	0.9201
Citalopram / Citalopram	Tab/Co. Orl 10mg	Citalopram	02387948	SIV	0.0796
		Citalopram	02430517	JPC	0.0796
		Citalopram	02445719	SAS	0.0796
		Citalopram-10	02325047	PDL	0.0796
		Mar-Citalopram	02371871	MAR	0.0796
		Mint-Citalopram	02429691	MNT	0.0796
		Nat-Citalopram	02409003	NAT	0.0796
		pms-Citalopram	02270609	PMS	0.0796
		Septa-Citalopram	02431629	SPT	0.0796
		Teva-Citalopram	02312336	TEV	0.0796
Citalopram / Citalopram	Tab/Co. Orl 20mg	Celexa	02239607	VLH	0.1332
		Act Citalopram	02248050	ATV	0.1332
		Apo-Citalopram	02246056	APX	0.1332
		Auro-Citalopram	02275562	ARO	0.1332
		CCP-Citalopram	02459914	CCM	0.1332
		Citalopram	02430541	JPC	0.1332
		Citalopram	02353660	SAS	0.1332
		Citalopram	02387956	SIV	0.1332
		Citalopram-20	02257513	PDL	0.1332
		Mar-Citalopram	02371898	MAR	0.1332
		Mint-Citalopram	02429705	MNT	0.1332
		Mylan-Citalopram	02246594	MYL	0.1332
		Nat-Citalopram	02409011	NAT	0.1332
		pms-Citalopram	02248010	PMS	0.1332
		Ran-Citalo	02285622	RAN	0.1332
		Sandoz Citalopram	02248170	SDZ	0.1332
		Septa-Citalopram	02355272	SPT	0.1332
		Teva-Citalopram	02293218	TEV	0.1332
Citalopram / Citalopram	Tab/Co. Orl 40mg	Celexa	02239608	VLH	0.1332
		Act Citalopram	02248051	ATV	0.1332
		Apo-Citalopram	02246057	APX	0.1332
		Auro-Citalopram	02275570	ARO	0.1332

		CCP-Citalopram	02459922	CCM	0.1332
		Citalopram	02430568	JPC	0.1332
		Citalopram	02353679	SAS	0.1332
		Citalopram	02387964	SIV	0.1332
		Citalopram-40	02257521	PDL	0.1332
		Mar-Citalopram	02371901	MAR	0.1332
		Mint-Citalopram	02429713	MNT	0.1332
		Mylan-Citalopram	02246595	MYL	0.1332
		Nat-Citalopram	02409038	NAT	0.1332
		pms-Citalopram	02248011	PMS	0.1332
		Ran-Citalo	02285630	RAN	0.1332
		Sandoz Citalopram	02248171	SDZ	0.1332
		Septa-Citalopram	02355280	SPT	0.1332
		Teva-Citalopram	02293226	TEV	0.1332
Clonazepam / Clonazépam	Tab/Co. Orl 0.5mg	Rivotril	00382825	HLR	0.0418
		Apo-Clonazepam	02177889	APX	0.0418
		pms-Clonazepam R	02207818	PMS	0.0418
		Teva-Clonazepam	02239024	TEV	0.0418
Clonazepam / Clonazépam	Tab/Co. Orl 2mg	Rivotril	00382841	HLR	0.0721
		Apo-Clonazepam	02177897	APX	0.0721
		Clonazepam	02442051	SIV	0.0721
		Mylan-Clonazepam	02230951	MYL	0.0721
		pms-Clonazepam	02048736	PMS	0.0721
		Teva-Clonazepam	02239025	TEV	0.0721
Clopidogrel / Clopidogrel	Tab/Co. Orl 75mg	Plavix	02238682	BRI	0.2631
		Act Clopidogrel	02303027	ATV	0.2631
		Apo-Clopidogrel	02252767	APX	0.2631
		Auro-Clopidogrel	02416387	ARO	0.2631
		Clopidogrel	02394820	PDL	0.2631
		Clopidogrel	02400553	SAS	0.2631
		Clopidogrel	02385813	SIV	0.2631
		Jamp-Clopidogrel	02415550	JPC	0.2631
		Mar-Clopidogrel	02422255	MAR	0.2631
		Mint-Clopidogrel	02408910	MNT	0.2631
		Mylan-Clopidogrel	02351536	MYL	0.2631
		pms-Clopidogrel	02348004	PMS	0.2631
		Ran-Clopidogrel	02379813	RAN	0.2631
		Sandoz Clopidogrel	02359316	SDZ	0.2631
		Teva-Clopidogrel	02293161	TEV	0.2631
Cyclobenzaprine / Cyclobenzaprine	Tab/Co. Orl 10mg	Apo-Cyclobenzaprine	02177145	APX	0.1022
		Auro-Cyclobenzaprine	02348853	ARO	0.1022
		Cyclobenzaprine	02287064	SAS	0.1022
		Jamp-Cyclobenzaprine	02357127	JPC	0.1022
		Mylan-Cyclobenzaprine	02231353	MYL	0.1022
		Novo-Cycloprine	02080052	TEV	0.1022
		pms-Cyclobenzaprine	02212048	PMS	0.1022
Domperidone / Dompéridone	Tab/Co. Orl 10mg	Apo-Domperidone	02103613	APX	0.0428
		Domperidone	02350440	SAS	0.0428
		Domperidone	02238341	SIV	0.0428
		Jamp-Domperidone	02369206	JPC	0.0428
		Mar-Domperidone	02403870	MAR	0.0428
		pms-Domperidone	02236466	PMS	0.0428
		Ran-Domperidone	02268078	RAN	0.0428
		ratio-Domperidone	01912070	RPH	0.0428
Donepezil / Donépézil	Tab/Co. Orl 5mg	Aricept	02232043	PFI	0.4586
		Act Donepezil	02397595	ATV	0.4586
		Apo-Donepezil	02362260	APX	0.4586
		Auro-Donepezil	02400561	ARO	0.4586
		Donepezil	02402645	AHI	0.4586
		Donepezil	02420597	SIV	0.4586
		Jamp-Donepezil	02404419	JPC	0.4586
		Jamp-Donepezil	02416948	JPC	0.4586
		Mar-Donepezil	02402092	MAR	0.4586
		Mylan-Donepezil	02359472	MYL	0.4586
		Nat-Donepezil	02439557	NAT	0.4586
		pms-Donepezil	02322331	PMS	0.4586
		Ran-Donepezil	02381508	RAN	0.4586
		Sandoz Donepezil	02328666	SDZ	0.4586
		Septa-Donepezil	02428482	SPT	0.4586
		Teva-Donepezil	02340607	TEV	0.4586
Donepezil / Donépézil	Tab/Co. Orl 10mg	Aricept	02232044	PFI	0.4586
		Act Donepezil	02397609	ATV	0.4586
		Apo-Donepezil	02362279	APX	0.4586
		Auro-Donepezil	02400588	ARO	0.4586
		Donepezil	02402653	AHI	0.4586
		Donepezil	02420600	SIV	0.4586
		Jamp-Donepezil	02404427	JPC	0.4586
		Jamp-Donepezil	02416956	JPC	0.4586
		Mar-Donepezil	02402106	MAR	0.4586
		Mylan-Donepezil	02359480	MYL	0.4586

		Nat-Donepezil	02439565	NAT	0.4586
		pms-Donepezil	02322358	PMS	0.4586
		Ran-Donepezil	02381516	RAN	0.4586
		Sandoz Donepezil	02328682	SDZ	0.4586
		Septa-Donepezil	02428490	SPT	0.4586
		Teva-Donepezil	02340615	TEV	0.4586
Dutasteride / Dutastéride	Cap/Caps Orl 0.5mg	Avodart	02247813	GSK	0.3027
		Act Dutasteride	02412691	ATV	0.3027
		Apo-Dutasteride	02404206	APX	0.3027
		Dutasteride	02443058	SAS	0.3027
		Dutasteride	02429012	SIV	0.3027
		Med-Dutasteride	02416298	GMP	0.3027
		Mint-Dutasteride	02428873	MNT	0.3027
		pms-Dutasteride	02393220	PMS	0.3027
		Sandoz Dutasteride	02424444	SDZ	0.3027
		Teva-Dutasteride	02408287	TEV	0.3027
Escitalopram / Escitalopram	Tab/Co. Orl 10mg	Cipralext	02263238	VLH	0.3109
		ACH-Escitalopram	02434652	AHI	0.3109
		Apo-Escitalopram	02295016	APX	0.3109
		Auro-Escitalopram	02397358	ARO	0.3109
		Escitalopram	02430118	SAS	0.3109
		Escitalopram	02429039	SIV	0.3109
		Jamp-Escitalopram	02429780	JPC	0.3109
		Mar-Escitalopram	02423480	MAR	0.3109
		Mylan-Escitalopram	02309467	MYL	0.3109
		Nat-Escitalopram	02440296	NAT	0.3109
		Ran-Escitalopram	02385481	RAN	0.3109
		Sandoz Escitalopram	02364077	SDZ	0.3109
		Teva-Escitalopram	02318180	TEV	0.3109
Escitalopram / Escitalopram	Tab/Co. Orl 20mg	Cipralext	02263254	VLH	0.3310
		ACH-Escitalopram	02434660	AHI	0.3310
		Apo-Escitalopram	02295024	APX	0.3310
		Auro-Escitalopram	02397374	ARO	0.3310
		Escitalopram	02430126	SAS	0.3310
		Escitalopram	02429047	SIV	0.3310
		Jamp-Escitalopram	02429799	JPC	0.3310
		Mar-Escitalopram	02423502	MAR	0.3310
		Mylan-Escitalopram	02309475	MYL	0.3310
		Nat-Escitalopram	02440318	NAT	0.3310
		Ran-Escitalopram	02385503	RAN	0.3310
		Sandoz Escitalopram	02364085	SDZ	0.3310
		Teva-Escitalopram	02318202	TEV	0.3310
Ezetimibe / Ézetimibe	Tab/Co. Orl 10mg	Ezetrol	02247521	FRS	0.1811
		Apo-Ezetimibe	02427826	APX	0.1811
		Ezetimibe	02422549	PDL	0.1811
		Ezetimibe	02431300	SAS	0.1811
		Ezetimibe	02429659	SIV	0.1811
		Jamp-Ezetimibe	02423235	JPC	0.1811
		Mar-Ezetimibe	02422662	MAR	0.1811
		Mint-Ezetimibe	02423243	MNT	0.1811
		pms-Ezetimibe	02416409	PMS	0.1811
		Ran-Ezetimibe	02419548	RAN	0.1811
		Sandoz Ezetimibe	02416778	SDZ	0.1811
		Teva-Ezetimibe	02354101	TEV	0.1811
Famciclovir / Famciclovir	Tab/Co. Orl 125mg	Famvir	02229110	NVR	0.5564
		Act Famciclovir	02305682	ATV	0.5564
		Apo-Famciclovir	02292025	APX	0.5564
		pms-Famciclovir	02278081	PMS	0.5564
		Sandoz Famciclovir	02278634	SDZ	0.5564
Famciclovir / Famciclovir	Tab/Co. Orl 250mg	Famvir	02229129	NVR	0.7541
		Act Famciclovir	02305690	ATV	0.7541
		Apo-Famciclovir	02292041	APX	0.7541
		pms-Famciclovir	02278103	PMS	0.7541
		Sandoz Famciclovir	02278642	SDZ	0.7541
Famciclovir / Famciclovir	Tab/Co. Orl 500mg	Famvir	02177102	NVR	1.3436
		Act Famciclovir	02305704	ATV	1.3436
		Apo-Famciclovir	02292068	APX	1.3436
		pms-Famciclovir	02278111	PMS	1.3436
		Sandoz Famciclovir	02278650	SDZ	1.3436
Finasteride / Finastéride	Tab/Co. Orl 5mg	Proscar	02010909	FRS	0.4138
		Act Finasteride	02354462	ATV	0.4138
		Ach-Finasteride	02355043	AHI	0.4138
		Apo-Finasteride	02365383	APX	0.4138
		Auro-Finasteride	02405814	ARO	0.4138
		Finasteride	02445077	SAS	0.4138
		Finasteride	02447541	SIV	0.4138
		Jamp-Finasteride	02357224	JPC	0.4138
		Mint-Finasteride	02389878	MNT	0.4138
		pms-Finasteride	02310112	PMS	0.4138
		Sandoz Finasteride	02322579	SDZ	0.4138

		Teva-Finasteride	02348500	TEV	0.4138		
Fluoxetine / Fluoxétine	Cap/Caps Orl 10mg	Prozac	02018985	LIL	0.3404		
		Ach-Fluoxetine	02393441	AHI	0.3404		
		Apo-Fluoxetine	02216353	APX	0.3404		
		Auro-Fluoxetine	02385627	ARO	0.3404		
		Fluoxetine	02286068	SAS	0.3404		
		Fluoxetine	02374447	SIV	0.3404		
		Jamp-Fluoxetine	02401894	JPC	0.3404		
		Mar-Fluoxetine	02392909	MAR	0.3404		
		Mint-Fluoxetine	02380560	MNT	0.3404		
		Mylan-Fluoxetine	02237813	MYL	0.3404		
		pms-Fluoxetine	02177579	PMS	0.3404		
		Teva-Fluoxetine	02216582	TEV	0.3404		
		Fluoxetine / Fluoxétine	Cap/Caps Orl 20mg	Prozac	00636622	LIL	0.3311
Ach-Fluoxetine	02383241			AHI	0.3311		
Act Fluoxetine	02242178			ATV	0.3311		
Apo-Fluoxetine	02216361			APX	0.3311		
Auro-Fluoxetine	02385635			ARO	0.3311		
Fluoxetine	02286076			SAS	0.3311		
Fluoxetine	02374455			SIV	0.3311		
Jamp-Fluoxetine	02386402			JPC	0.3311		
Mar-Fluoxetine	02392917			MAR	0.3311		
Mint-Fluoxetine	02380579			MNT	0.3311		
Mylan-Fluoxetine	02237814			MYL	0.3311		
pms-Fluoxetine	02177587			PMS	0.3311		
Teva-Fluoxetine	02216590			TEV	0.3311		
Gabapentin / Gabapentine	Cap/Caps. Orl 100mg	Neurontin	02084260	PFI	0.0416		
		Act Gabapentin	02256142	ATV	0.0416		
		Apo-Gabapentin	02244304	APX	0.0416		
		Auro-Gabapentin	02321203	ARO	0.0416		
		Gabapentin	02353245	SAS	0.0416		
		Gabapentin	02246314	SIV	0.0416		
		Jamp-Gabapentin	02361469	JPC	0.0416		
		Mar-Gabapentin	02391473	MAR	0.0416		
		pms-Gabapentin	02243446	PMS	0.0416		
		Ran Gabapentin	02319055	RAN	0.0416		
		Teva-Gabapentin	02244513	TEV	0.0416		
		Gabapentin / Gabapentine	Cap/Caps. Orl 300mg	Neurontin	02084279	PFI	0.1012
				Act Gabapentin	02256150	ATV	0.1012
Apo-Gabapentin	02244305			APX	0.1012		
Auro-Gabapentin	02321211			ARO	0.1012		
Gabapentin	02353253			SAS	0.1012		
Gabapentin	02246315			SIV	0.1012		
Jamp-Gabapentin	02361485			JPC	0.1012		
Mar-Gabapentin	02391481			MAR	0.1012		
pms-Gabapentin	02243447			PMS	0.1012		
Ran Gabapentin	02319063			RAN	0.1012		
Teva-Gabapentin	02244514			TEV	0.1012		
Gabapentin / Gabapentine	Cap/Caps. Orl 400mg			Neurontin	02084287	PFI	0.1206
				Act Gabapentin	02256169	ATV	0.1206
		Apo-Gabapentin	02244306	APX	0.1206		
		Auro-Gabapentin	02321238	ARO	0.1206		
		Gabapentin	02353261	SAS	0.1206		
		Gabapentin	02246316	SIV	0.1206		
		Jamp-Gabapentin	02361493	JPC	0.1206		
		Furosemide	02391503	MAR	0.1206		
		pms-Gabapentin	02243448	PMS	0.1206		
		Ran Gabapentin	02319071	RAN	0.1206		
		Teva-Gabapentin	02244515	TEV	0.1206		
		Gabapentin / Gabapentine	Tab/Co. Orl 600mg	Neurontin	02239717	PFI	0.1809
				Apo-Gabapentin	02293358	APX	0.1809
Gabapentin	02392526			AHI	0.1809		
Gabapentin	02410990			GLM	0.1809		
Gabapentin	02431289			SAS	0.1809		
Gabapentin	02388200			SIV	0.1809		
Jamp-Gabapentin	02402289			JPC	0.1809		
Teva-Gabapentin	02248457			TEV	0.1809		
Gabapentin / Gabapentine	Tab/Co. Orl 800 mg	Neurontin	02239718	PFI	0.2412		
		Apo-Gabapentin	02293366	APX	0.2412		
		Gabapentin	02392534	AHI	0.2412		
		Gabapentin	02411008	GLM	0.2412		
		Gabapentin	02431297	SAS	0.2412		
		Gabapentin	02388219	SIV	0.2412		
		Jamp-Gabapentin	02402297	JPC	0.2412		
		Teva-Gabapentin	02247346	TEV	0.2412		
Imatinib / Imatinib	Tab/Co. Orl 100mg	Gleevec	02253275	NVR	5.2079		
		Nat-Imatinib	02397285	NAT	5.2079		
		Apo-Imatinib	02355337	APX	5.2079		
		pms-Imatinib	02431114	PMS	5.2079		
		Teva-Imatinib	02399806	TEV	5.2079		

Imatinib / Imatinib	Tab/Co. Ori 400mg	Gleevec	02253283	NVR	20.8314		
		Nat-Imatinib	02397293	NAT	20.8314		
		Apo-Imatinib	02355345	APX	20.8314		
		pms-Imatinib	02431122	PMS	20.8314		
		Teva-Imatinib	02399814	TEV	20.8314		
Irbesartan / Irbésartan	Tab/Co. Ori 75mg	Avapro	02237923	BRI	0.2281		
		Apo-Irbesartan	02386968	APX	0.2281		
		Auro-Irbesartan	02406098	ARO	0.2281		
		Irbesartan	02365197	PDL	0.2281		
		Irbesartan	02372347	SAS	0.2281		
		Irbesartan	02385287	SIV	0.2281		
		Jamp-Irbesartan	02418193	JPC	0.2281		
		Mint-Irbesartan	02422980	MNT	0.2281		
		Mylan-Irbesartan	02347296	MYL	0.2281		
		pms-Irbesartan	02317060	PMS	0.2281		
		Ran-Irbesartan	02406810	RAN	0.2281		
		ratio-Irbesartan	02316390	RPH	0.2281		
		Sandoz Irbesartan	02328461	SDZ	0.2281		
		Irbesartan / Irbésartan	Tab/Co. Ori 150mg	Avapro	02237924	BRI	0.2281
				Apo-Irbesartan	02386976	APX	0.2281
Auro-Irbesartan	02406101			ARO	0.2281		
Irbesartan	02365200			PDL	0.2281		
Irbesartan	02372371			SAS	0.2281		
Irbesartan	02385295			SIV	0.2281		
Jamp-Irbesartan	02418207			JPC	0.2281		
Mint-Irbesartan	02422999			MNT	0.2281		
Mylan-Irbesartan	02347318			MYL	0.2281		
pms-Irbesartan	02317079			PMS	0.2281		
Ran-Irbesartan	02406829			RAN	0.2281		
ratio-Irbesartan	02316404			RPH	0.2281		
Sandoz Irbesartan	02328488			SDZ	0.2281		
Irbesartan / Irbésartan	Tab/Co. Ori 300mg			Avapro	02237925	BRI	0.2281
				Apo-Irbesartan	02386984	APX	0.2281
		Auro-Irbesartan	02406128	ARO	0.2281		
		Irbesartan	02365219	PDL	0.2281		
		Irbesartan	02372398	SAS	0.2281		
		Irbesartan	02385309	SIV	0.2281		
		Jamp-Irbesartan	02418215	JPC	0.2281		
		Mint-Irbesartan	02423006	MNT	0.2281		
		pms-Irbesartan	02317087	PMS	0.2281		
		Ran-Irbesartan	02406837	RAN	0.2281		
		ratio-Irbesartan	02316412	RPH	0.2281		
		Sandoz Irbesartan	02328496	SDZ	0.2281		
		Irbesartan/Hydrochlorothiazide / Irbésartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Ori 150 mg/12.5mg	Avalide	02241818	BRI	0.2281
				Act Irbesartan/HCT	02357399	ATV	0.2281
				Apo-Irbesartan/HCTZ	02387646	APX	0.2281
Auro-Irbesartan HCT	02447878			ARO	0.2281		
Irbesartan/HCTZ	02372886			SAS	0.2281		
Irbesartan HCT	02385317			SIV	0.2281		
Jamp-Irbesartan/Hydrochlorothiazide	02418223			JPC	0.2281		
Mint-Irbesartan/HCTZ	02392992			MNT	0.2281		
pms-Irbesartan/HCTZ	02328518			PMS	0.2281		
ratio-Irbesartan/HCTZ	02330512			TEV	0.2281		
Sandoz Irbesartan/HCT	02337428			SDZ	0.2281		
Irbesartan/Hydrochlorothiazide / Irbésartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Ori 300 mg/12.5mg			Avalide	02241819	BRI	0.2281
		Act Irbesartan/HCT	02357402	ATV	0.2281		
		Apo-Irbesartan/HCTZ	02387654	APX	0.2281		
		Auro-Irbesartan HCT	02447886	ARO	0.2281		
		Irbesartan/HCTZ	02372894	SAS	0.2281		
		Irbesartan HCT	02385325	SIV	0.2281		
		Jamp-Irbesartan/Hydrochlorothiazide	02418231	JPC	0.2281		
		Mint-Irbesartan/HCTZ	02393018	MNT	0.2281		
		pms-Irbesartan/HCTZ	02328526	PMS	0.2281		
		ratio-Irbesartan/HCTZ	02330520	TEV	0.2281		
		Sandoz Irbesartan/HCT	02337436	SDZ	0.2281		
		Irbesartan/Hydrochlorothiazide / Irbésartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Ori 300 mg/25mg	Avalide	02280213	BRI	0.2184
Act Irbesartan/HCT	02357410			ATV	0.2184		
Apo-Irbesartan/HCTZ	02387662			APX	0.2184		
Auro-Irbesartan HCT	02447894			ARO	0.2184		
Irbesartan/HCTZ	02372908			SAS	0.2184		
Irbesartan HCT	02385333			SIV	0.2184		
Jamp-Irbesartan/Hydrochlorothiazide	02418258			JPC	0.2184		
Mint-Irbesartan/HCTZ	02393026			MNT	0.2184		
pms-Irbesartan/HCTZ	02328534			PMS	0.2184		
ratio-Irbesartan/HCTZ	02330539			TEV	0.2184		
Sandoz Irbesartan/HCT	02337444			SDZ	0.2184		
Lamotrigine / Lamotrigine	Tab/Co. Ori 25mg			Lamictal	02142082	GSK	0.0698
		Apo-Lamotrigine	02245208	APX	0.0698		
		Auro-Lamotrigine	02381354	ARO	0.0698		
		Lamotrigine	02343010	SAS	0.0698		

		Lamotrigine	02428202	SIV	0.0698
		Mylan-Lamotrigine	02265494	MYL	0.0698
		pms-Lamotrigine	02246897	PMS	0.0698
		Teva-Lamotrigine	02248232	TEV	0.0698
Lamotrigine / Lamotrigine	Tab/Co. Orl 100mg	Lamictal	02142104	GSK	0.2787
		Apo-Lamotrigine	02245209	APX	0.2787
		Auro-Lamotrigine	02381362	ARO	0.2787
		Lamotrigine	02343029	SAS	0.2787
		Lamotrigine	02428210	SIV	0.2787
		Mylan-Lamotrigine	02265508	MYL	0.2787
		pms-Lamotrigine	02246898	PMS	0.2787
		Teva-Lamotrigine	02248233	TEV	0.2787
Lamotrigine / Lamotrigine	Tab/Co. Orl 150mg	Lamictal	02142112	GSK	0.4107
		Apo-Lamotrigine	02245210	APX	0.4107
		Auro-Lamotrigine	02381370	ARO	0.4107
		Lamotrigine	02343037	SAS	0.4107
		Lamotrigine	02428229	SIV	0.4107
		Mylan-Lamotrigine	02265516	MYL	0.4107
		pms-Lamotrigine	02246899	PMS	0.4107
		Teva-Lamotrigine	02248234	TEV	0.4107
Levetiracetam / Lévéti racétam	Tab/Co. Orl 250mg	Keppra	02247027	VLH	0.3210
		Act Levetiracetam	02274183	ATV	0.3210
		Apo-Levetiracetam	02285924	APX	0.3210
		Auro-Levetiracetam	02375249	ARO	0.3210
		Jamp-Levetiracetam	02403005	JPC	0.3210
		Nat-Levetiracetam	02440202	NAT	0.3210
		Levetiracetam	02454653	PMS	0.3210
		Levetiracetam	02353342	SAS	0.3210
		Levetiracetam	02442531	SIV	0.3210
		Sandoz Levetiracetam	02461986	SDZ	0.3210
Levetiracetam / Lévéti racétam	Tab/Co. Orl 500mg	Keppra	02247028	VLH	0.3911
		Act Levetiracetam	02274191	ATV	0.3911
		Apo-Levetiracetam	02285932	APX	0.3911
		Auro-Levetiracetam	02375257	ARO	0.3911
		Jamp-Levetiracetam	02403021	JPC	0.3911
		Nat-Levetiracetam	02440210	NAT	0.3911
		Levetiracetam	02454661	PMS	0.3911
		Levetiracetam	02353350	SAS	0.3911
		Levetiracetam	02442558	SIV	0.3911
		Pro-Levetiracetam	02311380	PDL	0.3911
		Sandoz Levetiracetam	02461994	SDZ	0.3911
Levetiracetam / Lévéti racétam	Tab/Co. Orl 750mg	Keppra	02247029	VLH	0.5416
		Act Levetiracetam	02274205	ATV	0.5416
		Apo-Levetiracetam	02285940	APX	0.5416
		Auro-Levetiracetam	02375265	ARO	0.5416
		Jamp-Levetiracetam	02403048	JPC	0.5416
		Nat-Levetiracetam	02440229	NAT	0.5416
		Levetiracetam	02454688	PMS	0.5416
		Levetiracetam	02353369	SAS	0.5416
		Levetiracetam	02442566	SIV	0.5416
		Pro-Levetiracetam	02311399	PDL	0.5416
		Sandoz Levetiracetam	02462001	SDZ	0.5416
Metformin / Metformine	Tab/Co. Orl 500mg	Glucophage	02099233	SAV	0.0247
		Act Metformin	02257726	ATV	0.0247
		Apo-Metformin	02167786	APX	0.0247
		Auro-Metformin	02438275	ARO	0.0247
		Jamp-Metformin	02380196	JPC	0.0247
		Mar-Metformin	02378620	MAR	0.0247
		Metformin	02353377	SAS	0.0247
		Metformin FC	02385341	SIV	0.0247
		Mylan-Metformin	02148765	MYL	0.0247
		pms-Metformin	02223562	PMS	0.0247
		Pro-Metformin	02314908	PDL	0.0247
		Ran-Metformin	02269031	RAN	0.0247
		ratio-Metformin	02242974	RPH	0.0247
		Sandoz Metformin FC	02246820	SDZ	0.0247
		Septa-Metformin	02379767	SPT	0.0247
Metformin / Metformine	Tab/Co. Orl 850mg	Glucophage	02162849	SAV	0.0339
		Act Metformin	02257734	ATV	0.0339
		Apo-Metformin	02229785	APX	0.0339
		Auro-Metformin	02438283	ARO	0.0339
		Jamp-Metformin	02380218	JPC	0.0339
		Mar-Metformin	02378639	MAR	0.0339
		Metformin	02353385	SAS	0.0339
		Metformin FC	02385368	SIV	0.0339
		Mylan-Metformin	02229656	MYL	0.0339
		pms-Metformin	02242589	PMS	0.0339
		Pro-Metformin	02314894	PDL	0.0339
		Ran-Metformin	02269058	RAN	0.0339
		ratio-Metformin	02242931	RPH	0.0339
		Sandoz Metformin FC	02246821	SDZ	0.0339
		Septa-Metformin	02379775	SPT	0.0339

Minocycline / Minocycline	Cap/Caps Orl 50mg	Apo-Minocycline	02084090	APX	0.1101		
		Minocycline	02287226	SAS	0.1101		
		Mylan-Minocycline	02230735	MYL	0.1101		
		pms-Minocycline	02294419	PMS	0.1101		
		Teva-Minocycline	02108143	TEV	0.1101		
Minocycline / Minocycline	Cap/Caps Orl 100mg	Apo-Minocycline	02084104	APX	0.2125		
		Minocycline	02287234	SAS	0.2125		
		Mylan-Minocycline	02230736	MYL	0.2125		
		Teva-Minocycline	02108151	TEV	0.2125		
Montelukast / Montélukast	TabC/Co.C 4mg	Singulair	02243602	FRS	0.2758		
		Apo-Montelukast (Chewable)	02377608	APX	0.2758		
		Auro-Montelukast Chewable	02422867	ARO	0.2758		
		Mar-Montelukast	02399865	MAR	0.2758		
		Mint-Montelukast	02408627	MNT	0.2758		
		Montelukast	02379317	SAS	0.2758		
		Montelukast	02382458	SIV	0.2758		
		pms-Montelukast	02354977	PMS	0.2758		
		Sandoz Montelukast	02330385	SDZ	0.2758		
		Teva-Montelukast	02355507	TEV	0.2758		
		Montelukast / Montélukast	TabC/Co.C 5mg	Singulair	02238216	FRS	0.3082
Apo-Montelukast (Chewable)	02377616			APX	0.3082		
Auro-Montelukast Chewable	02422875			ARO	0.3082		
Mar-Montelukast	02399873			MAR	0.3082		
Montelukast	02379325			SAS	0.3082		
Montelukast	02382466			SIV	0.3082		
pms-Montelukast	02354985			PMS	0.3082		
Sandoz Montelukast	02330393			SDZ	0.3082		
Teva-Montelukast	02355515			TEV	0.3082		
Montelukast / Montélukast	Tab/Co. 10mg			Singulair	02238217	FRS	0.4231
		Apo-Montelukast	02374609	APX	0.4231		
		Auro-Montelukast	02401274	ARO	0.4231		
		Jamp-Montelukast	02391422	JPC	0.4231		
		Mar-Montelukast	02399997	MAR	0.4231		
		Mint-Montelukast	02408643	MNT	0.4231		
		Montelukast	02379333	SAS	0.4231		
		Montelukast	02382474	SIV	0.4231		
		Montelukast Sodium	02379236	AHI	0.4231		
		pms-Montelukast FC	02373947	PMS	0.4231		
		Ran-Montelukast	02389517	RAN	0.4231		
		Sandoz Montelukast	02328593	SDZ	0.4231		
		Teva-Montelukast	02355523	TEV	0.4231		
		Mycophenolate / Mycophénolate	Cap/Caps Orl 250mg	Cellcept	02192748	HLR	0.3712
				Ach-Mycophenolate	02383780	AHI	0.3712
Apo-Mycophenolate	02352559			APX	0.3712		
Jamp-Mycophenolate	02386399			JPC	0.3712		
Mycophenolate Mofetil	02457369			SAS	0.3712		
Novo-Mycophenolate	02364883			TEV	0.3712		
Sandoz Mycophenolate	02320630			SDZ	0.3712		
Van-Mycophenolate	02433680			VAN	0.3712		
Mycophenolate / Mycophénolate	Tab/Co. Orl 500mg			Cellcept	02237484	HLR	0.7423
				Ach-Mycophenolate	02378574	AHI	0.7423
		Apo-Mycophenolate	02352567	APX	0.7423		
		Jamp-Mycophenolate	02380382	JPC	0.7423		
		Mycophenolate Mofetil	02457377	SAS	0.7423		
		Novo-Mycophenolate	02348675	TEV	0.7423		
		Sandoz Mycophenolate	02313855	SDZ	0.7423		
		Van-Mycophenolate	02432625	VAN	0.7423		
		Olanzapine / Olanzapine	ODT/Co. D.O. Orl 5mg	Zyprexa Zydys	02243086	LIL	0.3574
				Act Olanzapine ODT	02327562	ATV	0.3574
Apo-Olanzapine ODT	02360616			APX	0.3574		
Auro-Olanzapine ODT	02448726			ARO	0.3574		
Jamp-Olanzapine ODT	02406624			JPC	0.3574		
Mar-Olanzapine ODT	02389088			MAR	0.3574		
Mint-Olanzapine ODT	02436965			MNT	0.3574		
Olanzapine ODT	02338645			PDL	0.3574		
Olanzapine ODT	02352974			SAS	0.3574		
Olanzapine ODT	02343665			SIV	0.3574		
pms-Olanzapine ODT	02303191			PMS	0.3574		
Ran-Olanzapine ODT	02414090			RAN	0.3574		
Sandoz Olanzapine ODT	02327775			SDZ	0.3574		
Olanzapine / Olanzapine	ODT/Co. D.O. Orl 10mg	Zyprexa Zydys	02243087	LIL	0.7143		
		Act Olanzapine ODT	02327570	ATV	0.7143		
		Apo-Olanzapine ODT	02360624	APX	0.7143		
		Auro-Olanzapine ODT	02448734	ARO	0.7143		
		Jamp-Olanzapine ODT	02406632	JPC	0.7143		
		Mar-Olanzapine ODT	02389096	MAR	0.7143		
		Mint-Olanzapine ODT	02436973	MNT	0.7143		
		Olanzapine ODT	02338653	PDL	0.7143		
		Olanzapine ODT	02352982	SAS	0.7143		
		Olanzapine ODT	02343673	SIV	0.7143		

		pms-Olanzapine ODT	02303205	PMS	0.7143
		Ran-Olanzapine ODT	02414104	RAN	0.7143
		Sandoz Olanzapine ODT	02327783	SDZ	0.7143
Olanzapine / Olanzapine	ODT/Co. D.O. Orl 15mg	Zyprexa Zydys	02243088	LIL	1.0711
		Act Olanzapine ODT	02327589	ATV	1.0711
		Apo-Olanzapine ODT	02360632	APX	1.0711
		Auro-Olanzapine ODT	02448742	ARO	1.0711
		Jamp-Olanzapine ODT	02406640	JPC	1.0711
		Mar-Olanzapine ODT	02389118	MAR	1.0711
		Mint-Olanzapine ODT	02436981	MNT	1.0711
		Olanzapine ODT	02338661	PDL	1.0711
		Olanzapine ODT	02352990	SAS	1.0711
		Olanzapine ODT	02343681	SIV	1.0711
		pms-Olanzapine ODT	02303213	PMS	1.0711
		Ran-Olanzapine ODT	02414112	RAN	1.0711
		Sandoz Olanzapine ODT	02327791	SDZ	1.0711
Olanzapine / Olanzapine	ODT/Co. D.O. Orl 20mg	Zyprexa Zydys	02243089	LIL	1.4137
		Act Olanzapine ODT	02327597	ATV	1.4137
		Apo-Olanzapine ODT	02360640	APX	1.4137
		Auro-Olanzapine ODT	02448750	ARO	1.4137
		Jamp-Olanzapine ODT	02406659	JPC	1.4137
		Mar-Olanzapine ODT	02389126	MAR	1.4137
		Olanzapine ODT	02425114	PDL	1.4137
		Olanzapine ODT	02343703	SIV	1.4137
		Ran-Olanzapine ODT	02414120	RAN	1.4137
		Sandoz Olanzapine ODT	02327805	SDZ	1.4137
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 2.5mg	Zyprexa	02229250	LIL	0.1772
		Act Olanzapine	02325659	ATV	0.1772
		Apo-Olanzapine	02281791	APX	0.1772
		Jamp-Olanzapine FC	02417243	JPC	0.1772
		Mar-Olanzapine	02421232	MAR	0.1772
		Mylan-Olanzapine	02337878	MYL	0.1772
		Olanzapine	02311968	PDL	0.1772
		Olanzapine	02372819	SAS	0.1772
		Olanzapine	02385864	SIV	0.1772
		pms-Olanzapine	02303116	PMS	0.1772
		Sandoz Olanzapine	02310341	SDZ	0.1772
		Teva-Olanzapine	02276712	TEV	0.1772
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 5mg	Zyprexa	02229269	LIL	0.3544
		Act Olanzapine	02325667	ATV	0.3544
		Apo-Olanzapine	02281805	APX	0.3544
		Jamp-Olanzapine FC	02417251	JPC	0.3544
		Mar-Olanzapine	02421240	MAR	0.3544
		Mylan-Olanzapine	02337886	MYL	0.3544
		Olanzapine	02311976	PDL	0.3544
		Olanzapine	02372827	SAS	0.3544
		Olanzapine	02385872	SIV	0.3544
		pms-Olanzapine	02303159	PMS	0.3544
		Sandoz Olanzapine	02310368	SDZ	0.3544
		Teva-Olanzapine	02276720	TEV	0.3544
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 7.5mg	Zyprexa	02229277	LIL	0.5316
		Act Olanzapine	02325675	ATV	0.5316
		Apo-Olanzapine	02281813	APX	0.5316
		Jamp-Olanzapine FC	02417278	JPC	0.5316
		Mar-Olanzapine	02421259	MAR	0.5316
		Mylan-Olanzapine	02337894	MYL	0.5316
		Olanzapine	02311984	PDL	0.5316
		Olanzapine	02372835	SAS	0.5316
		Olanzapine	02385880	SIV	0.5316
		pms-Olanzapine	02303167	PMS	0.5316
		Sandoz Olanzapine	02310376	SDZ	0.5316
		Teva-Olanzapine	02276739	TEV	0.5316
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 10mg	Zyprexa	02229285	LIL	0.7088
		Act Olanzapine	02325683	ATV	0.7088
		Apo-Olanzapine	02281821	APX	0.7088
		Jamp-Olanzapine FC	02417286	JPC	0.7088
		Mar-Olanzapine	02421267	MAR	0.7088
		Mylan-Olanzapine	02337908	MYL	0.7088
		Olanzapine	02311992	PDL	0.7088
		Olanzapine	02372843	SAS	0.7088
		Olanzapine	02385899	SIV	0.7088
		pms-Olanzapine	02303175	PMS	0.7088
		Sandoz Olanzapine	02310384	SDZ	0.7088
		Teva-Olanzapine	02276747	TEV	0.7088
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 15mg	Zyprexa	02238850	LIL	1.0631
		Act Olanzapine	02325691	ATV	1.0631
		Apo-Olanzapine	02281848	APX	1.0631
		Jamp-Olanzapine FC	02417294	JPC	1.0631
		Mar-Olanzapine	02421275	MAR	1.0631
		Mylan-Olanzapine	02337916	MYL	1.0631

		Olanzapine	02312018	PDL	1.0631
		Olanzapine	02372851	SAS	1.0631
		Olanzapine	02385902	SIV	1.0631
		pms-Olanzapine	02303183	PMS	1.0631
		Sandoz Olanzapine	02310392	SDZ	1.0631
		Teva-Olanzapine	02276755	TEV	1.0631
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 20mg	Zyprexa	02238851	LIL	1.4378
		Act Olanzapine	02325713	ATV	1.4378
		Apo-Olanzapine	02333015	APX	1.4378
		Jamp-Olanzapine FC	02417308	JPC	1.4378
		Olanzapine	02421704	PDL	1.4378
		pms-Olanzapine	02367483	PMS	1.4378
		Teva-Olanzapine	02359707	TEV	1.4378
Omeprazole / Oméprazole	SRC/Caps.L.L. Orl 20mg	Losec	00846503	AZE	0.2287
		Apo-Omeprazole	02245058	APX	0.2287
		Mylan-Omeprazole	02329433	MYL	0.2287
		Omeprazole	02348691	SAS	0.2287
		Omeprazole	02411857	SIV	0.2287
		pms-Omeprazole	02320851	PMS	0.2287
		Sandoz Omeprazole	02296446	SDZ	0.2287
Omeprazole / Oméprazole	SRT/Co.L.L. Orl 20mg	Losec	02190915	AZE	0.2287
		Jamp-Omeprazole	02420198	JPC	0.2287
		Nat-Omeprazole DR	02439549	NAT	0.2287
		Omeprazole	02416549	AHI	0.2287
		pms-Omeprazole DR	02310260	PMS	0.2287
		Teva-Omeprazole	02295415	TEV	0.2287
		Van-Omeprazole	02432404	VAN	0.2287
Pantoprazole Sodium / Pantoprazole sodique	ECT/Co. Ent. Orl 20mg	Pantoloc	02241804	NYC	0.1803
		Apo-Pantoprazole	02292912	APX	0.1803
		Jamp-Pantoprazole	02408414	JPC	0.1803
		Pantoprazole-20	02428172	SIV	0.1803
		Ran-Pantoprazole	02305038	RAN	0.1803
		Sandoz Pantoprazole	02301075	SDZ	0.1803
		Teva-Pantoprazole	02285479	TEV	0.1803
Pantoprazole Sodium / Pantoprazole sodique	ECT/Co. Ent. Orl 40mg	Pantoloc	02229453	NYC	0.2016
		Apo-Pantoprazole	02292920	APX	0.2016
		Auro-Pantoprazole	02415208	ARO	0.2016
		Jamp-Pantoprazole	02357054	JPC	0.2016
		Mar-Pantoprazole	02416565	MAR	0.2016
		Mint-Pantoprazole	02417448	MNT	0.2016
		Mylan-Pantoprazole	02299585	MYL	0.2016
		Pantoprazole	02318695	PDL	0.2016
		Pantoprazole	02437945	PMS	0.2016
		Pantoprazole	02370808	SAS	0.2016
		Pantoprazole-40	02428180	SIV	0.2016
		Ran-Pantoprazole	02305046	RAN	0.2016
		Sandoz Pantoprazole	02301083	SDZ	0.2016
		Teva-Pantoprazole	02285487	TEV	0.2016
Paroxetine / Paroxetine	Tab/Co. Orl 20mg	Paxil	01940481	GSK	0.3250
		Act Paroxetine	02262754	ATV	0.3250
		Apo-Paroxetine	02240908	APX	0.3250
		Auro-Paroxetine	02383284	ARO	0.3250
		Jamp-Paroxetine	02368870	JPC	0.3250
		Mar-Paroxetine	02411954	MAR	0.3250
		Mint-Paroxetine	02421380	MNT	0.3250
		Mylan-Paroxetine	02248013	MYL	0.3250
		Paroxetine	02248914	PDL	0.3250
		Paroxetine	02282852	SAS	0.3250
		Paroxetine	02388235	SIV	0.3250
		pms-Paroxetine	02247751	PMS	0.3250
		Sandoz Paroxetine Tablets	02431785	SDZ	0.3250
		Teva-Paroxetine	02248557	TEV	0.3250
Paroxetine / Paroxetine	Tab/Co. Orl 30mg	Paxil	01940473	GSK	0.3453
		Apo-Paroxetine	02240909	APX	0.3453
		Auro-Paroxetine	02383292	ARO	0.3453
		Jamp-Paroxetine	02368889	JPC	0.3453
		Mar-Paroxetine	02411962	MAR	0.3453
		Mint-Paroxetine	02421399	MNT	0.3453
		Mylan-Paroxetine	02248014	MYL	0.3453
		Paroxetine	02248915	PDL	0.3453
		Paroxetine	02282860	SAS	0.3453
		Paroxetine	02388243	SIV	0.3453
		pms-Paroxetine	02247752	PMS	0.3453
		Sandoz Paroxetine Tablets	02431793	SDZ	0.3453
		Teva-Paroxetine	02248558	TEV	0.3453
Pramipexole / Pramipexole	Tab/Co. Orl 0.25mg	Mirapex	02237145	BOE	0.1950
		Act Pramipexole	02297302	ATV	0.1950
		Apo-Pramipexole	02292378	APX	0.1950
		Auro-Pramipexole	02424061	ARO	0.1950
		pms-Pramipexole	02290111	PMS	0.1950

		Pramipexole	02367602	SAS	0.1950
		Pramipexole	02309122	SIV	0.1950
		Sandoz Pramipexole	02315262	SDZ	0.1950
		Teva-Pramipexole	02269309	TEV	0.1950
Pramipexole / Pramipexole	Tab/Co. Orl 0.5mg	Mirapex	02241594	BOE	0.4018
		Act Pramipexole	02297310	ATV	0.4018
		Apo-Pramipexole	02292386	APX	0.4018
		Auro-Pramipexole	02424088	ARO	0.4018
		pms-Pramipexole	02290138	PMS	0.4018
		Pramipexole	02367610	SAS	0.4018
		Pramipexole	02309130	SIV	0.4018
		Sandoz Pramipexole	02315270	SDZ	0.4018
		Teva-Pramipexole	02269317	TEV	0.4018
Pramipexole / Pramipexole	Tab/Co. Orl 1mg	Mirapex	02237146	BOE	0.3901
		Act Pramipexole	02297329	ATV	0.3901
		Apo-Pramipexole	02292394	APX	0.3901
		Auro-Pramipexole	02424096	ARO	0.3901
		pms-Pramipexole	02290146	PMS	0.3901
		Pramipexole	02367629	SAS	0.3901
		Pramipexole	02309149	SIV	0.3901
		Sandoz Pramipexole	02315289	SDZ	0.3901
		Teva-Pramipexole	02269325	TEV	0.3901
Pramipexole / Pramipexole	Tab/Co. Orl 1.5mg	Mirapex	02237147	BOE	0.3901
		Act Pramipexole	02297337	ATV	0.3901
		Apo-Pramipexole	02292408	APX	0.3901
		Auro-Pramipexole	02424118	ARO	0.3901
		pms-Pramipexole	02290154	PMS	0.3901
		Pramipexole	02309157	SIV	0.3901
		Sandoz Pramipexole	02315297	SDZ	0.3901
		Teva-Pramipexole	02269333	TEV	0.3901
Pravastatin / Pravastatine	Tab/Co. Orl 10mg	Act Pravastatin	02248182	ATV	0.2916
		Apo-Pravastatin	02243506	APX	0.2916
		Jamp-Pravastatin	02330954	JPC	0.2916
		Mint-Pravastatin	02317451	MNT	0.2916
		pms-Pravastatin	02247655	PMS	0.2916
		Pravastatin	02356546	SAS	0.2916
		Pravastatin	02389703	SIV	0.2916
		Pravastatin-10	02243824	PDL	0.2916
		Ran-Pravastatin	02284421	RAN	0.2916
		Teva-Pravastatin	02247008	TEV	0.2916
Pravastatin / Pravastatine	Tab/Co. Orl 20mg	Pravachol	00893757	BRI	0.3440
		Act Pravastatin	02248183	ATV	0.3440
		Apo-Pravastatin	02243507	APX	0.3440
		Jamp-Pravastatin	02330962	JPC	0.3440
		Mint-Pravastatin	02317478	MNT	0.3440
		pms-Pravastatin	02247656	PMS	0.3440
		Pravastatin	02356554	SAS	0.3440
		Pravastatin	02389738	SIV	0.3440
		Pravastatin-20	02243825	PDL	0.3440
		Ran-Pravastatin	02284448	RAN	0.3440
		Teva-Pravastatin	02247009	TEV	0.3440
Pravastatin / Pravastatine	Tab/Co. Orl 40mg	Pravachol	02222051	BRI	0.4143
		Act Pravastatin	02248184	ATV	0.4143
		Apo-Pravastatin	02243508	APX	0.4143
		Jamp-Pravastatin	02330970	JPC	0.4143
		Mint-Pravastatin	02317486	MNT	0.4143
		pms-Pravastatin	02247657	PMS	0.4143
		Pravastatin-40	02243826	PDL	0.4143
		Pravastatin	02356562	SAS	0.4143
		Pravastatin	02389746	SIV	0.4143
		Ran-Pravastatin	02284456	RAN	0.4143
		Teva-Pravastatin	02247010	TEV	0.4143
Pregabalin / Pregabalin	Cap/Caps Orl 25mg	Lyrica	02268418	PFI	0.1481
		Act Pregabalin	02402912	ATV	0.1481
		Apo-Pregabalin	02394235	APX	0.1481
		Auro-Pregabalin	02433869	ARO	0.1481
		Jamp-Pregabalin	02435977	JPC	0.1481
		Mar-Pregabalin	02417529	MAR	0.1481
		Mint-Pregabalin	02423804	MNT	0.1481
		Mylan-Pregabalin	02382210	MYL	0.1481
		pms-Pregabalin	02359596	PMS	0.1481
		Pregabalin	02396483	PDL	0.1481
		Pregabalin	02405539	SAS	0.1481
		Pregabalin	02403692	SIV	0.1481
		Ran-Pregabalin	02392801	RAN	0.1481
		Sandoz Pregabalin	02390817	SDZ	0.1481
		Teva-Pregabalin	02361159	TEV	0.1481
Pregabalin / Pregabalin	Cap/Caps Orl 50mg	Lyrica	02268426	PFI	0.2324
		Act Pregabalin	02402920	ATV	0.2324
		Apo-Pregabalin	02394243	APX	0.2324

		Auro-Pregabalin	02433877	ARO	0.2324
		Jamp-Pregabalin	02435985	JPC	0.2324
		Mar-Pregabalin	02417537	MAR	0.2324
		Mint-Pregabalin	02423812	MNT	0.2324
		Mylan-Pregabalin	02382229	MYL	0.2324
		pms-Pregabalin	02359618	PMS	0.2324
		Pregabalin	02396505	PDL	0.2324
		Pregabalin	02405547	SAS	0.2324
		Pregabalin	02403706	SIV	0.2324
		Ran-Pregabalin	02392828	RAN	0.2324
		Sandoz Pregabalin	02390825	SDZ	0.2324
		Teva-Pregabalin	02361175	TEV	0.2324
Pregabalin / Pregabalin	Cap/Caps Orl 75mg	Lyrica	02268434	PFI	0.3007
		Act Pregabalin	02402939	ATV	0.3007
		Apo-Pregabalin	02394251	APX	0.3007
		Auro-Pregabalin	02433885	ARO	0.3007
		Jamp-Pregabalin	02435993	JPC	0.3007
		Mar-Pregabalin	02417545	MAR	0.3007
		Mint-Pregabalin	02424185	MNT	0.3007
		Mylan-Pregabalin	02382237	MYL	0.3007
		pms-Pregabalin	02359626	PMS	0.3007
		Pregabalin	02396513	PDL	0.3007
		Pregabalin	02405555	SAS	0.3007
		Pregabalin	02403714	SIV	0.3007
		Ran-Pregabalin	02392836	RAN	0.3007
		Sandoz Pregabalin	02390833	SDZ	0.3007
		Teva-Pregabalin	02361183	TEV	0.3007
Pregabalin / Pregabalin	Cap/Caps Orl 150mg	Lyrica	02268450	PFI	0.4145
		Act Pregabalin	02402955	ATV	0.4145
		Apo-Pregabalin	02394278	APX	0.4145
		Auro-Pregabalin	02433907	ARO	0.4145
		Jamp-Pregabalin	02436000	JPC	0.4145
		Mar-Pregabalin	02417561	MAR	0.4145
		Mint-Pregabalin	02424207	MNT	0.4145
		Mylan-Pregabalin	02382245	MYL	0.4145
		pms-Pregabalin	02359634	PMS	0.4145
		Pregabalin	02396521	PDL	0.4145
		Pregabalin	02405563	SAS	0.4145
		Pregabalin	02403722	SIV	0.4145
		Ran-Pregabalin	02392844	RAN	0.4145
		Sandoz Pregabalin	02390841	SDZ	0.4145
		Teva-Pregabalin	02361205	TEV	0.4145
Pregabalin / Pregabalin	Cap/Caps Orl 300mg	Lyrica	02268485	PFI	0.4145
		Act Pregabalin	02402998	ATV	0.4145
		Apo-Pregabalin	02394294	APX	0.4145
		Mylan-Pregabalin	02382253	MYL	0.4145
		pms-Pregabalin	02359642	PMS	0.4145
		Pregabalin	02396548	PDL	0.4145
		Pregabalin	02405598	SAS	0.4145
		Pregabalin	02403730	SIV	0.4145
		Ran-Pregabalin	02392860	RAN	0.4145
		Sandoz Pregabalin	02390868	SDZ	0.4145
		Teva-Pregabalin	02361248	TEV	0.4145
Quetiapine / Quétiapine	Tab/Co. Orl 25mg	Seroquel	02236951	AZE	0.0494
		Act Quetiapine	02316080	ATV	0.0494
		Apo-Quetiapine	02313901	APX	0.0494
		Auro-Quetiapine	02390205	ARO	0.0494
		Jamp-Quetiapine	02330415	JPC	0.0494
		Mar-Quetiapine	02399822	MAR	0.0494
		Mint-Quetiapine	02438003	MNT	0.0494
		Nat-Quetiapine	02439158	NAT	0.0494
		pms-Quetiapine	02296551	PMS	0.0494
		Pro-Quetiapine	02317346	PDL	0.0494
		Quetiapine	02387794	AHI	0.0494
		Quetiapine	02353164	SAS	0.0494
		Quetiapine	02317893	SIV	0.0494
		Ran-Quetiapine	02397099	RAN	0.0494
		Sandoz Quetiapine	02313995	SDZ	0.0494
		Teva-Quetiapine	02284235	TEV	0.0494
Quetiapine / Quétiapine	Tab/Co. Orl 100mg	Seroquel	02236952	AZE	0.1318
		Act Quetiapine	02316099	ATV	0.1318
		Apo-Quetiapine	02313928	APX	0.1318
		Auro-Quetiapine	02390213	ARO	0.1318
		Jamp-Quetiapine	02330423	JPC	0.1318
		Mar-Quetiapine	02399830	MAR	0.1318
		Mint-Quetiapine	02438011	MNT	0.1318
		Nat-Quetiapine	02439166	NAT	0.1318
		pms-Quetiapine	02296578	PMS	0.1318
		Pro-Quetiapine	02317354	PDL	0.1318
		Quetiapine	02387808	AHI	0.1318

		Quetiapine	02353172	SAS	0.1318
		Quetiapine	02317907	SIV	0.1318
		Ran-Quetiapine	02397102	RAN	0.1318
		Sandoz Quetiapine	02314002	SDZ	0.1318
		Teva-Quetiapine	02284243	TEV	0.1318
Quetiapine / Quétiapine	Tab/Co. Orl 200mg	Seroquel	02236953	AZE	0.2647
		Act Quetiapine	02316110	ATV	0.2647
		Apo-Quetiapine	02313936	APX	0.2647
		Auro-Quetiapine	02390248	ARO	0.2647
		Jamp-Quetiapine	02330458	JPC	0.2647
		Mar-Quetiapine	02399849	MAR	0.2647
		Mint-Quetiapine	02438046	MNT	0.2647
		Nat-Quetiapine	02439182	NAT	0.2647
		pms-Quetiapine	02296594	PMS	0.2647
		Pro-Quetiapine	02317362	PDL	0.2647
		Quetiapine	02387824	AHI	0.2647
		Quetiapine	02353199	SAS	0.2647
		Quetiapine	02317923	SIV	0.2647
		Ran-Quetiapine	02397110	RAN	0.2647
		Sandoz Quetiapine	02314010	SDZ	0.2647
		Teva-Quetiapine	02284278	TEV	0.2647
Quetiapine / Quétiapine	Tab/Co. Orl 300mg	Seroquel	02244107	AZE	0.3863
		Act Quetiapine	02316129	ATV	0.3863
		Apo-Quetiapine	02313944	APX	0.3863
		Auro-Quetiapine	02390256	ARO	0.3863
		Jamp-Quetiapine	02330466	JPC	0.3863
		Mar-Quetiapine	02399857	MAR	0.3863
		Mint-Quetiapine	02438054	MNT	0.3863
		Nat-Quetiapine	02439190	NAT	0.3863
		pms-Quetiapine	02296608	PMS	0.3863
		Pro-Quetiapine	02317370	PDL	0.3863
		Quetiapine	02387832	AHI	0.3863
		Quetiapine	02353202	SAS	0.3863
		Quetiapine	02317931	SIV	0.3863
		Ran-Quetiapine	02397129	RAN	0.3863
		Sandoz Quetiapine	02314029	SDZ	0.3863
		Teva-Quetiapine	02284286	TEV	0.3863
Rabeprazole / Rabéprazole	ECT/Co.Ent. Orl 10mg	Pariet	02243796	JAN	0.0669
		Apo-Rabeprazole	02345579	APX	0.0669
		pms-Rabeprazole EC	02310805	PMS	0.0669
		Rabeprazole	02385449	SIV	0.0669
		Rabeprazole EC	02356511	SAS	0.0669
		Ran-Rabeprazole	02298074	RAN	0.0669
		Sandoz Rabeprazole	02314177	SDZ	0.0669
		Teva-Rabeprazole	02296632	TEV	0.0669
Rabeprazole / Rabéprazole	ECT/Co.Ent. Orl 20mg	Pariet	02243797	JAN	0.1338
		Apo-Rabeprazole	02345587	APX	0.1338
		pms-Rabeprazole EC	02310813	PMS	0.1338
		Rabeprazole	02385457	SIV	0.1338
		Rabeprazole EC	02356538	SAS	0.1338
		Ran-Rabeprazole	02298082	RAN	0.1338
		Sandoz Rabeprazole	02314185	SDZ	0.1338
		Teva-Rabeprazole	02296640	TEV	0.1338
Ramipril / Ramipril	Cap/Caps. Orl 1.25mg	Altace	02221829	SAV	0.0708
		Act Ramipril	02295482	ATV	0.0708
		Apo-Ramipril	02251515	APX	0.0708
		Auro-Ramipril	02387387	ARO	0.0708
		Jamp-Ramipril	02331101	JPC	0.0708
		Mar-Ramipril	02420457	MAR	0.0708
		pms-Ramipril	02295369	PMS	0.0708
		Pro-Ramipril	02310023	PDL	0.0708
		Ramipril	02308363	SIV	0.0708
		Ran-Ramipril	02310503	RAN	0.0708
Ramipril / Ramipril	Cap/Caps. Orl 2.5mg	Altace	02221837	SAV	0.0817
		Apo-Ramipril	02251531	APX	0.0817
		Auro-Ramipril	02387395	ARO	0.0817
		Jamp-Ramipril	02331128	JPC	0.0817
		Mar-Ramipril	02420465	MAR	0.0817
		Mint-Ramipril	02421305	MNT	0.0817
		pms-Ramipril	02247917	PMS	0.0817
		Pro-Ramipril	02310066	PDL	0.0817
		Ramipril	02374846	SAS	0.0817
		Ramipril	02287927	SIV	0.0817
		Ran-Ramipril	02310511	RAN	0.0817
		Teva-Ramipril	02247945	TEV	0.0817
Ramipril / Ramipril	Cap/Caps. Orl 5mg	Altace	02221845	SAV	0.0817
		Act Ramipril	02295504	ATV	0.0817
		Apo-Ramipril	02251574	APX	0.0817
		Auro-Ramipril	02387409	ARO	0.0817
		Jamp-Ramipril	02331136	JPC	0.0817

		Mar-Ramipril	02420473	MAR	0.0817
		Mint-Ramipril	02421313	MNT	0.0817
		pms-Ramipril	02247918	PMS	0.0817
		Pro-Ramipril	02310074	PDL	0.0817
		Ramipril	02374854	SAS	0.0817
		Ramipril	02287935	SIV	0.0817
		Ran-Ramipril	02310538	RAN	0.0817
		Teva-Ramipril	02247946	TEV	0.0817
Ramipril / Ramipril	Cap/Caps. Orl 10mg	Altace	02221853	SAV	0.1034
		Apo-Ramipril	02251582	APX	0.1034
		Auro-Ramipril	02387417	ARO	0.1034
		Jamp-Ramipril	02331144	JPC	0.1034
		Mar-Ramipril	02420481	MAR	0.1034
		Mint-Ramipril	02421321	MNT	0.1034
		pms-Ramipril	02247919	PMS	0.1034
		Pro-Ramipril	02310104	PDL	0.1034
		Ramipril	02374862	SAS	0.1034
		Ramipril	02287943	SIV	0.1034
		Ran-Ramipril	02310546	RAN	0.1034
		Teva-Ramipril	02247947	TEV	0.1034
Ranitidine / Ranitidine	Tab/Co. Orl 150mg	Zantac	02212331	GSK	0.1197
		Act Ranitidine	02248570	TEV	0.1197
		Apo-Ranitidine	00733059	APX	0.1197
		pms-Ranitidine	02242453	PMS	0.1197
		Ranitidine	02385953	SIV	0.1197
		Ranitidine	02353016	SAS	0.1197
		Ran-Ranitidine	02336480	RAN	0.1197
		Sandoz Ranitidine	02243229	SDZ	0.1197
		Teva-Ranitidine	00828564	TEV	0.1197
Ranitidine / Ranitidine	Tab/Co. Orl 300mg	Zantac	02212358	GSK	0.2253
		Act Ranitidine	02248571	TEV	0.2253
		Apo-Ranitidine	00733067	APX	0.2253
		pms-Ranitidine	02242454	PMS	0.2253
		Ranitidine	02353024	SAS	0.2253
		Ranitidine	02385961	SIV	0.2253
		Ran-Ranitidine	02336502	RAN	0.2253
		Sandoz Ranitidine	02243230	SDZ	0.2253
		Teva-Ranitidine	00828556	TEV	0.2253
Risedronate / Risédronate	Tab/Co. Orl 35mg	Actonel	02246896	ALL	1.9787
		Apo-Risedronate	02353687	APX	1.9787
		Auro-Risedronate	02406306	ARO	1.9787
		Jamp-Risedronate	02368552	JPC	1.9787
		pms-Risedronate	02302209	PMS	1.9787
		Risedronate	02347474	PDL	1.9787
		Risedronate	02370255	SAS	1.9787
		Risedronate	02411407	SIV	1.9787
		Sandoz Risedronate	02327295	SDZ	1.9787
		Teva-Risedronate	02298392	TEV	1.9787
Risperidone / Rispéridone	Tab/Co. Orl 0.25mg	Risperdal	02240551	JAN	0.1036
		Act Risperidone	02282585	ATV	0.1036
		Apo-Risperidone	02282119	APX	0.1036
		Jamp-Risperidone	02359529	JPC	0.1036
		Mar-Risperidone	02371766	MAR	0.1036
		Mint-Risperidon	02359790	MNT	0.1036
		Mylan-Risperidone	02282240	MYL	0.1036
		pms-Risperidone	02252007	PMS	0.1036
		Ran-Risperidone	02328305	RAN	0.1036
		Risperidone	02356880	SAS	0.1036
		Sandoz Risperidone	02303655	SDZ	0.1036
		Teva-Risperidone	02282690	TEV	0.1036
Risperidone / Rispéridone	Tab/Co. Orl 0.5mg	Risperdal	02240552	JAN	0.1735
		Act Risperidone	02282593	ATV	0.1735
		Apo-Risperidone	02282127	APX	0.1735
		Jamp-Risperidone	02359537	JPC	0.1735
		Mar-Risperidone	02371774	MAR	0.1735
		Mint-Risperidon	02359804	MNT	0.1735
		Mylan-Risperidone	02282259	MYL	0.1735
		pms-Risperidone	02252015	PMS	0.1735
		Ran-Risperidone	02328313	RAN	0.1735
		Risperidone	02356899	SAS	0.1735
		Sandoz Risperidone	02303663	SDZ	0.1735
		Teva-Risperidone	02264188	TEV	0.1735
Risperidone / Rispéridone	Tab/Co. Orl 1mg	Risperdal	02025280	JAN	0.2397
		Act Risperidone	02282607	ATV	0.2397
		Apo-Risperidone	02282135	APX	0.2397
		Jamp-Risperidone	02359545	JPC	0.2397
		Mar-Risperidone	02371782	MAR	0.2397
		Mint-Risperidon	02359812	MNT	0.2397
		pms-Risperidone	02252023	PMS	0.2397
		Ran-Risperidone	02328321	RAN	0.2397

		Risperidone	02356902	SAS	0.2397
		Sandoz Risperidone	02279800	SDZ	0.2397
		Teva-Risperidone	02264196	TEV	0.2397
Risperidone / Rispéridone	Tab/Co. Orl 2mg	Risperdal	02025299	JAN	0.4795
		Act Risperidone	02282615	ATV	0.4795
		Apo-Risperidone	02282143	APX	0.4795
		Jamp-Risperidone	02359553	JPC	0.4795
		Mar-Risperidone	02371790	MAR	0.4795
		Mint-Risperidon	02359820	MNT	0.4795
		pms-Risperidone	02252031	PMS	0.4795
		Ran-Risperidone	02328348	RAN	0.4795
		Risperidone	02356910	SAS	0.4795
		Sandoz Risperidone	02279819	SDZ	0.4795
		Teva-Risperidone	02264218	TEV	0.4795
Risperidone / Rispéridone	Tab/Co. Orl 3mg	Risperdal	02025302	JAN	0.7180
		Act Risperidone	02282623	ATV	0.7180
		Apo-Risperidone	02282151	APX	0.7180
		Jamp-Risperidone	02359561	JPC	0.7180
		Mar-Risperidone	02371804	MAR	0.7180
		Mint-Risperidon	02359839	MNT	0.7180
		pms-Risperidone	02252058	PMS	0.7180
		Ran-Risperidone	02328364	RAN	0.7180
		Risperidone	02356929	SAS	0.7180
		Sandoz Risperidone	02279827	SDZ	0.7180
		Teva-Risperidone	02264226	TEV	0.7180
Risperidone / Rispéridone	Tab/Co. Orl 4mg	Risperdal	02025310	JAN	0.9574
		Act Risperidone	02282631	ATV	0.9574
		Apo-Risperidone	02282178	APX	0.9574
		Jamp-Risperidone	02359588	JPC	0.9574
		Mar-Risperidone	02371812	MAR	0.9574
		Mint-Risperidon	02359847	MNT	0.9574
		pms-Risperidone	02252066	PMS	0.9574
		Ran-Risperidone	02328372	RAN	0.9574
		Risperidone	02356937	SAS	0.9574
		Sandoz Risperidone	02279835	SDZ	0.9574
		Teva-Risperidone	02264234	TEV	0.9574
Rosuvastatin / Rosuvastatin	Tab/Co. Orl 5mg	Crestor	02265540	AZE	0.1284
		Act Rosuvastatin	02339765	ATV	0.1284
		Apo-Rosuvastatin	02337975	APX	0.1284
		Auro-Rosuvastatin	02442574	ARO	0.1284
		Jamp-Rosuvastatin	02391252	JPC	0.1284
		Mar-Rosuvastatin	02413051	MAR	0.1284
		Mint-Rosuvastatin	02397781	MNT	0.1284
		Mylan-Rosuvastatin	02381265	MYL	0.1284
		pms-Rosuvastatin	02378523	PMS	0.1284
		Ran-Rosuvastatin	02382644	RAN	0.1284
		Rosuvastatin	02381176	PDL	0.1284
		Rosuvastatin	02405628	SAS	0.1284
		Rosuvastatin	02411628	SIV	0.1284
		Sandoz Rosuvastatin	02338726	SDZ	0.1284
		Teva-Rosuvastatin	02354608	TEV	0.1284
Rosuvastatin / Rosuvastatin	Tab/Co. Orl 10mg	Crestor	02247162	AZE	0.1354
		Act Rosuvastatin	02339773	ATV	0.1354
		Apo-Rosuvastatin	02337983	APX	0.1354
		Auro-Rosuvastatin	02442582	ARO	0.1354
		Jamp-Rosuvastatin	02391260	JPC	0.1354
		Mar-Rosuvastatin	02413078	MAR	0.1354
		Mint-Rosuvastatin	02397803	MNT	0.1354
		Mylan-Rosuvastatin	02381273	MYL	0.1354
		pms-Rosuvastatin	02378531	PMS	0.1354
		Ran-Rosuvastatin	02382652	RAN	0.1354
		Rosuvastatin	02405636	SAS	0.1354
		Rosuvastatin	02411636	SIV	0.1354
		Rosuvastatin	02381184	PDL	0.1354
		Sandoz Rosuvastatin	02338734	SDZ	0.1354
		Teva-Rosuvastatin	02354616	TEV	0.1354
Rosuvastatin / Rosuvastatin	Tab/Co. Orl 20mg	Crestor	02247163	AZE	0.1692
		Act Rosuvastatin	02339781	ATV	0.1692
		Apo-Rosuvastatin	02337991	APX	0.1692
		Auro-Rosuvastatin	02442590	ARO	0.1692
		Jamp-Rosuvastatin	02391279	JPC	0.1692
		Mar-Rosuvastatin	02413086	MAR	0.1692
		Mint-Rosuvastatin	02397811	MNT	0.1692
		Mylan-Rosuvastatin	02381281	MYL	0.1692
		pms-Rosuvastatin	02378558	PMS	0.1692
		Ran-Rosuvastatin	02382660	RAN	0.1692
		Rosuvastatin	02381192	PDL	0.1692
		Rosuvastatin	02405644	SAS	0.1692
		Rosuvastatin	02411644	SIV	0.1692
		Sandoz Rosuvastatin	02338742	SDZ	0.1692

		Teva-Rosuvastatin	02354624	TEV	0.1692
Rosuvastatin / Rosuvastatin	Tab/Co. Orl 40mg	Crestor	02247164	AZE	0.1990
		Act Rosuvastatin	02339803	ATV	0.1990
		Apo-Rosuvastatin	02338009	APX	0.1990
		Auro-Rosuvastatin	02442604	ARO	0.1990
		Jamp-Rosuvastatin	02391287	JPC	0.1990
		Mar-Rosuvastatin	02413108	MAR	0.1990
		Mint-Rosuvastatin	02397838	MNT	0.1990
		Mylan-Rosuvastatin	02381303	MYL	0.1990
		pms-Rosuvastatin	02378566	PMS	0.1990
		Ran-Rosuvastatin	02382679	RAN	0.1990
		Rosuvastatin	02381206	PDL	0.1990
		Rosuvastatin	02405652	SAS	0.1990
		Rosuvastatin	02411652	SIV	0.1990
		Sandoz Rosuvastatin	02338750	SDZ	0.1990
		Teva-Rosuvastatin	02354632	TEV	0.1990
Sertraline / Sertraline	Cap/Caps Orl 25mg	Zoloft	02132702	PFI	0.1516
		Apo-Sertraline	02238280	APX	0.1516
		Auro-Sertraline	02390906	ARO	0.1516
		Jamp-Sertraline	02357143	JPC	0.1516
		Mar-Sertraline	02399415	MAR	0.1516
		Mint-Sertraline	02402378	MNT	0.1516
		Mylan-Sertraline	02242519	MYL	0.1516
		pms-Sertraline	02244838	PMS	0.1516
		Sandoz Sertraline	02245159	SDZ	0.1516
		Sertraline	02469626	JPC	0.1516
		Sertraline	02353520	SAS	0.1516
		Sertraline	02386070	SIV	0.1516
		Teva-Sertraline	02240485	TEV	0.1516
Sertraline / Sertraline	Cap/Caps Orl 50mg	Zoloft	01962817	PFI	0.3032
		Apo-Sertraline	02238281	APX	0.3032
		Auro-Sertraline	02390914	ARO	0.3032
		Jamp-Sertraline	02357151	JPC	0.3032
		Mar-Sertraline	02399423	MAR	0.3032
		Mint-Sertraline	02402394	MNT	0.3032
		Mylan-Sertraline	02242520	MYL	0.3032
		pms-Sertraline	02244839	PMS	0.3032
		Sandoz Sertraline	02245160	SDZ	0.3032
		Sertraline	02469634	JPC	0.3032
		Sertraline	02353539	SAS	0.3032
		Sertraline	02386089	SIV	0.3032
		Teva-Sertraline	02240484	TEV	0.3032
Sertraline / Sertraline	Cap/Caps Orl 100mg	Zoloft	01962779	PFI	0.3303
		Apo-Sertraline	02238282	APX	0.3303
		Auro-Sertraline	02390922	ARO	0.3303
		Jamp-Sertraline	02357178	JPC	0.3303
		Mar-Sertraline	02399431	MAR	0.3303
		Mint-Sertraline	02402408	MNT	0.3303
		Mylan-Sertraline	02242521	MYL	0.3303
		pms-Sertraline	02244840	PMS	0.3303
		Ran-Sertraline	02374579	RAN	0.3303
		Sandoz Sertraline	02245161	SDZ	0.3303
		Sertraline	02469642	JPC	0.3303
		Sertraline	02353547	SAS	0.3303
		Sertraline	02386097	SIV	0.3303
		Teva-Sertraline	02240481	TEV	0.3303
Simvastatin / Simvastatine	Tab/Co. Orl 5mg	Zocor	00884324	FRS	0.1023
		Act Simvastatin	02248103	ATV	0.1023
		Apo-Simvastatin	02247011	APX	0.1023
		Auro-Simvastatin	02405148	ARO	0.1023
		Jamp-Simvastatin	02375591	JPC	0.1023
		Mar-Simvastatin	02375036	MAR	0.1023
		Mint-Simvastatin	02372932	MNT	0.1023
		Mylan-Simvastatin	02246582	MYL	0.1023
		pms-Simvastatin	02269252	PMS	0.1023
		Ran-Simvastatin	02329131	RAN	0.1023
		Simvastatin	02284723	SAS	0.1023
		Simvastatin	02386291	SIV	0.1023
		Teva-Simvastatin	02250144	TEV	0.1023
Simvastatin / Simvastatine	Tab/Co. Orl 10mg	Zocor	00884332	FRS	0.2023
		Apo-Simvastatin	02247012	APX	0.2023
		Auro-Simvastatin	02405156	ARO	0.2023
		Jamp-Simvastatin	02375605	JPC	0.2023
		Mar-Simvastatin	02375044	MAR	0.2023
		Mint-Simvastatin	02372940	MNT	0.2023
		Mylan-Simvastatin	02246583	MYL	0.2023
		pms-Simvastatin	02269260	PMS	0.2023
		Ran-Simvastatin	02329158	RAN	0.2023
		Simvastatin-10	02247221	PDL	0.2023
		Simvastatin	02284731	SAS	0.2023

		Simvastatin	02386305	SIV	0.2023
		Teva-Simvastatin	02250152	TEV	0.2023
Simvastatin / Simvastatine	Tab/Co. Orl 20mg	Zocor	00884340	FRS	0.2501
		Apo-Simvastatin	02247013	APX	0.2501
		Auro-Simvastatin	02405164	ARO	0.2501
		Jamp-Simvastatin	02375613	JPC	0.2501
		Mar-Simvastatin	02375052	MAR	0.2501
		Mint-Simvastatin	02372959	MNT	0.2501
		Mylan-Simvastatin	02246737	MYL	0.2501
		pharma-Simvastatin	02469995	PMS	0.2501
		pms-Simvastatin	02269279	PMS	0.2501
		Ran-Simvastatin	02329166	RAN	0.2501
		Simvastatin-20	02247222	PDL	0.2501
		Simvastatin	02284758	SAS	0.2501
		Simvastatin	02386313	SIV	0.2501
		Teva-Simvastatin	02250160	TEV	0.2501
Simvastatin / Simvastatine	Tab/Co. Orl 40mg	Zocor	00884359	FRS	0.2501
		Apo-Simvastatin	02247014	APX	0.2501
		Auro-Simvastatin	02405172	ARO	0.2501
		Jamp-Simvastatin	02375621	JPC	0.2501
		Mar-Simvastatin	02375060	MAR	0.2501
		Mint-Simvastatin	02372967	MNT	0.2501
		Mylan-Simvastatin	02246584	MYL	0.2501
		pharma-Simvastatin	02470004	PMS	0.2501
		pms-Simvastatin	02269287	PMS	0.2501
		Ran-Simvastatin	02329174	RAN	0.2501
		Simvastatin-40	02247223	PDL	0.2501
		Simvastatin	02284766	SAS	0.2501
		Simvastatin	02386321	SIV	0.2501
		Teva-Simvastatin	02250179	TEV	0.2501
Simvastatin / Simvastatine	Tab/Co. Orl 80mg	Apo-Simvastatin	02247015	APX	0.2501
		Auro-Simvastatin	02405180	ARO	0.2501
		Jamp-Simvastatin	02375648	JPC	0.2501
		Mar-Simvastatin	02375079	MAR	0.2501
		Mint-Simvastatin	02372975	MNT	0.2501
		Mylan-Simvastatin	02246585	MYL	0.2501
		pms-Simvastatin	02269295	PMS	0.2501
		Ran-Simvastatin	02329182	RAN	0.2501
		Simvastatin-80	02247224	PDL	0.2501
		Simvastatin	02284774	SAS	0.2501
		Simvastatin	02386348	SIV	0.2501
		Teva-Simvastatin	02250187	TEV	0.2501
Solifenacin / Solifénacine	Tab/Co. Orl 5mg	Vesicare	02277263	ASL	0.3041
		Auro-Solifenacin	02446375	ARO	0.3041
		Jamp-Solifenacin	02424339	JPC	0.3041
		Med-Solifenacin	02428911	GMP	0.3041
		Mint-Solifenacin	02443171	MNT	0.3041
		pms-Solifenacin	02417723	PMS	0.3041
		Ran-Solifenacin	02437988	RAN	0.3041
		Sandoz Solifenacin	02399032	SDZ	0.3041
		Solifenacin Succinate	02448335	MDN	0.3041
		Solifenacin	02458241	SAS	0.3041
		Teva-Solifenacin	02397900	TEV	0.3041
Solifenacin / Solifénacine	Tab/Co. Orl 10mg	Vesicare	02277271	ASL	0.3041
		Auro-Solifenacin	02446383	ARO	0.3041
		Jamp-Solifenacin	02424347	JPC	0.3041
		Med-Solifenacin	02428938	GMP	0.3041
		Mint-Solifenacin	02443198	MNT	0.3041
		pms-Solifenacin	02417731	PMS	0.3041
		Sandoz Solifenacin	02399040	SDZ	0.3041
		Solifenacin Succinate	02448343	MDN	0.3041
		Solifenacin	02458268	SAS	0.3041
		Teva-Solifenacin	02397919	TEV	0.3041
Sumatriptan / Sumatriptan	Tab/Co. Orl 50mg	Imitrex DF	02212153	GSK	2.7732
		Apo-Sumatriptan	02268388	APX	2.7732
		Mylan-Sumatriptan	02268914	MYL	2.7732
		pms-Sumatriptan	02256436	PMS	2.7732
		Sandoz Sumatriptan	02263025	SDZ	2.7732
		Sumatriptan	02286521	SAS	2.7732
		Sumatriptan DF	02385570	SIV	2.7732
		Teva-Sumatriptan DF	02286823	TEV	2.7732
Sumatriptan / Sumatriptan	Tab/Co. Orl 100mg	Imitrex DF	02212161	GSK	3.0549
		Act Sumatriptan	02257904	ATV	3.0549
		Apo-Sumatriptan	02268396	APX	3.0549
		Mylan-Sumatriptan	02268922	MYL	3.0549
		pms-Sumatriptan	02256444	PMS	3.0549
		Sandoz Sumatriptan	02263033	SDZ	3.0549
		Sumatriptan	02286548	SAS	3.0549
		Sumatriptan DF	02385589	SIV	3.0549
		Teva-Sumatriptan	02239367	TEV	3.0549

		Teva-Sumatriptan DF	02286831	TEV	3.0549		
Telmisartan / Telmisartan	Tab/Co. Orl 40mg	Micardis	02240769	BOE	0.2161		
		Act Telmisartan	02393247	ATV	0.2161		
		Apo-Telmisartan	02420082	APX	0.2161		
		Auro-Telmisartan	02453568	ARO	0.2161		
		Mylan-Telmisartan	02376717	MYL	0.2161		
		Sandoz Telmisartan	02375958	SDZ	0.2161		
		Telmisartan	02407485	AHI	0.2161		
		Telmisartan	02388944	SAS	0.2161		
		Telmisartan	02390345	SIV	0.2161		
		Teva-Telmisartan	02320177	TEV	0.2161		
		Telmisartan / Telmisartan	Tab/Co. Orl 80mg	Micardis	02240770	BOE	0.2161
				Act Telmisartan	02393255	ATV	0.2161
Apo-Telmisartan	02420090			APX	0.2161		
Auro-Telmisartan	02453576			ARO	0.2161		
Mylan-Telmisartan	02376725			MYL	0.2161		
Sandoz Telmisartan	02375966			SDZ	0.2161		
Telmisartan	02407493			AHI	0.2161		
Telmisartan	02388952			SAS	0.2161		
Telmisartan	02390353			SIV	0.2161		
Teva-Telmisartan	02320185			TEV	0.2161		
Telmisartan/Hydrochlorothiazide / Telmisartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co.Orl 80mg/12.5mg			Micardis Plus	02244344	BOE	0.2098
				Act Telmisartan/HCTZ	02393263	ATV	0.2098
		Apo-Telmisartan/HCTZ	02420023	APX	0.2098		
		Auro-Telmisartan HCTZ	02456389	ARO	0.2098		
		Sandoz Telmisartan HCT	02393557	SDZ	0.2098		
		Telmisartan/HCTZ	02395355	SAS	0.2098		
		Telmisartan HCTZ	02390302	SIV	0.2098		
		Teva-Telmisartan HCTZ	02330288	TEV	0.2098		
Telmisartan/Hydrochlorothiazide / Telmisartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co.Orl 80mg/25mg	Micardis Plus	02318709	BOE	0.2098		
		Apo-Telmisartan/HCTZ	02420031	APX	0.2098		
		Auro-Telmisartan HCTZ	02456397	ARO	0.2098		
		Sandoz Telmisartan HCT	02393565	SDZ	0.2098		
		Telmisartan/HCTZ	02395363	SAS	0.2098		
		Telmisartan HCTZ	02390310	SIV	0.2098		
		Teva-Telmisartan HCTZ	02379252	TEV	0.2098		
		Terbinafine / Terbinafine	Tab/Co. Orl 250mg	Lamisil	02031116	NVR	0.7714
Act Terbinafine	02254727			ATV	0.7714		
Apo-Terbinafine	02239893			APX	0.7714		
Auro-Terbinafine	02320134			ARO	0.7714		
pms-Terbinafine	02294273			PMS	0.7714		
Terbinafine	02353121			SAS	0.7714		
Terbinafine	02385279			SIV	0.7714		
Teva-Terbinafine	02240346			TEV	0.7714		
Topiramate / Topiramate	Tab/Co. Orl 25mg			Topamax	02230893	JAN	0.2433
				Apo-Topiramate	02279614	APX	0.2433
		Auro-Topiramate	02345803	ARO	0.2433		
		Jamp-Topiramate	02435608	JPC	0.2433		
		Mar-Topiramate	02432099	MAR	0.2433		
		Mint-Topiramate	02315645	MNT	0.2433		
		Mylan-Topiramate	02263351	MYL	0.2433		
		pms-Topiramate	02262991	PMS	0.2433		
		Sandoz Topiramate Tablets	02431807	SDZ	0.2433		
		Teva-Topiramate	02248860	TEV	0.2433		
		Topiramate	02356856	SAS	0.2433		
		Topiramate	02395738	AHI	0.2433		
		Topiramate	02389460	SIV	0.2433		
		Topiramate / Topiramate	Tab/Co. Orl 100mg	Topamax	02230894	JAN	0.4583
				Apo-Topiramate	02279630	APX	0.4583
Auro-Topiramate	02345838			ARO	0.4583		
Jamp-Topiramate	02435616			JPC	0.4583		
Mar-Topiramate	02432102			MAR	0.4583		
Mint-Topiramate	02315653			MNT	0.4583		
Mylan-Topiramate	02263378			MYL	0.4583		
pms-Topiramate	02263009			PMS	0.4583		
Sandoz Topiramate Tablets	02431815			SDZ	0.4583		
Teva-Topiramate	02248861			TEV	0.4583		
Topiramate	02356864			SAS	0.4583		
Topiramate	02395746			AHI	0.4583		
Topiramate	02389487			SIV	0.4583		
Topiramate / Topiramate	Tab/Co. Orl 200mg			Topamax	02230896	JAN	0.6748
				Apo-Topiramate	02279649	APX	0.6748
		Auro-Topiramate	02345846	ARO	0.6748		
		Jamp-Topiramate	02435624	JPC	0.6748		
		Mar-Topiramate	02432110	MAR	0.6748		
		Mint-Topiramate	02315661	MNT	0.6748		
		Mylan-Topiramate	02263386	MYL	0.6748		
		pms-Topiramate	02263017	PMS	0.6748		
		Sandoz Topiramate Tablets	02431823	SDZ	0.6748		
		Teva-Topiramate	02248862	TEV	0.6748		

		Topiramate	02356872	SAS	0.6748
		Topiramate	02395754	AHI	0.6748
Valacyclovir / Valacyclovir	Tab/Co. Ori 500mg	Valtrex	02219492	GSK	0.6198
		Apo-Valacyclovir	02295822	APX	0.6198
		Auro-Valacyclovir	02405040	ARO	0.6198
		Co Valacyclovir	02331748	COB	0.6198
		Jamp-Valacyclovir	02441454	JPC	0.6198
		Mar-Valacyclovir	02441586	MAR	0.6198
		Mylan-Valacyclovir	02351579	MYL	0.6198
		pms-Valacyclovir	02298457	PMS	0.6198
		Sandoz Valacyclovir	02347091	SDZ	0.6198
		Teva-Valacyclovir	02357534	TEV	0.6198
		Valacyclovir	02454645	SAS	0.6198
		Valacyclovir	02442000	SIV	0.6198
Valsartan / Valsartan	Tab/Co. Ori 40mg	Diovan	02270528	NVR	0.2211
		Act Valsartan	02337487	ATV	0.2211
		Apo-Valsartan	02371510	APX	0.2211
		Auro-Valsartan	02414201	ARO	0.2211
		Mylan-Valsartan	02383527	MYL	0.2211
		Ran-Valsartan	02363062	RAN	0.2211
		Sandoz Valsartan	02356740	SDZ	0.2211
		Teva-Valsartan	02356643	TEV	0.2211
		Valsartan	02367726	PDL	0.2211
		Valsartan	02366940	SAS	0.2211
		Valsartan	02384523	SIV	0.2211
Valsartan / Valsartan	Tab/Co. Ori 80mg	Diovan	02244781	NVR	0.2159
		Act Valsartan	02337495	ATV	0.2159
		Apo-Valsartan	02371529	APX	0.2159
		Auro-Valsartan	02414228	ARO	0.2159
		Mylan-Valsartan	02383535	MYL	0.2159
		Ran-Valsartan	02363100	RAN	0.2159
		Sandoz Valsartan	02356759	SDZ	0.2159
		Teva-Valsartan	02356651	TEV	0.2159
		Valsartan	02367734	PDL	0.2159
		Valsartan	02366959	SAS	0.2159
		Valsartan	02384531	SIV	0.2159
Valsartan / Valsartan	Tab/Co. Ori 160mg	Diovan	02244782	NVR	0.2159
		Act Valsartan	02337509	ATV	0.2159
		Apo-Valsartan	02371537	APX	0.2159
		Auro Valsartan	02414236	ARO	0.2159
		Mylan-Valsartan	02383543	MYL	0.2159
		Ran-Valsartan	02363119	RAN	0.2159
		Sandoz Valsartan	02356767	SDZ	0.2159
		Teva-Valsartan	02356678	TEV	0.2159
		Valsartan	02367742	PDL	0.2159
		Valsartan	02366967	SAS	0.2159
		Valsartan	02384558	SIV	0.2159
Valsartan / Valsartan	Tab/Co. Ori 320mg	Diovan	02289504	NVR	0.2098
		Act Valsartan	02337517	ATV	0.2098
		Apo-Valsartan	02371545	APX	0.2098
		Mylan-Valsartan	02383551	MYL	0.2098
		Sandoz Valsartan	02356775	SDZ	0.2098
		Teva-Valsartan	02356686	TEV	0.2098
		Valsartan	02367750	PDL	0.2098
		Valsartan	02366975	SAS	0.2098
		Valsartan	02384566	SIV	0.2098
Valsartan/Hydrochlorothiazide / Valsartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Ori 80mg/12.5mg	Diovan-HCT	02241900	NVR	0.2213
		Apo-Valsartan/HCTZ	02382547	APX	0.2213
		Auro-Valsartan HCT	02408112	ARO	0.2213
		Sandoz Valsartan/HCT	02356694	SDZ	0.2213
		Teva-Valsartan/HCTZ	02356996	TEV	0.2213
		Valsartan HCT	02384736	SIV	0.2213
		Valsartan/HCTZ	02367009	SAS	0.2213
Valsartan/Hydrochlorothiazide / Valsartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Ori 160mg/12.5mg	Diovan-HCT	02241901	NVR	0.2240
		Apo-Valsartan/HCTZ	02382555	APX	0.2240
		Auro-Valsartan HCT	02408120	ARO	0.2240
		Sandoz Valsartan/HCT	02356708	SDZ	0.2240
		Teva-Valsartan/HCTZ	02357003	TEV	0.2240
		Valsartan HCT	02384744	SIV	0.2240
		Valsartan/HCTZ	02367017	SAS	0.2240
Valsartan/Hydrochlorothiazide / Valsartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Ori 160mg/25mg	Diovan-HCT	02246955	NVR	0.2238
		Apo-Valsartan/HCTZ	02382563	APX	0.2238
		Auro-Valsartan HCT	02408139	ARO	0.2238
		Sandoz Valsartan/HCT	02356716	SDZ	0.2238
		Teva-Valsartan/HCTZ	02357011	TEV	0.2238
		Valsartan HCT	02384752	SIV	0.2238
		Valsartan/HCTZ	02367025	SAS	0.2238
Valsartan/Hydrochlorothiazide / Valsartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Ori 320mg/12.5mg	Diovan-HCT	02308908	NVR	0.2235
		Apo-Valsartan/HCTZ	02382571	APX	0.2235
		Auro-Valsartan HCT	02408147	ARO	0.2235

		Sandoz Valsartan/HCT	02356724	SDZ	0.2235
		Teva-Valsartan/HCTZ	02357038	TEV	0.2235
		Valsartan/HCTZ	02367033	SAS	0.2235
Valsartan/Hydrochlorothiazide / Valsartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 320mg/25mg	Diovan-HCT	02308916	NVR	0.2231
		Apo-Valsartan/HCTZ	02382598	APX	0.2231
		Auro-Valsartan HCT	02408155	ARO	0.2231
		Sandoz Valsartan/HCT	02356732	SDZ	0.2231
		Teva-Valsartan/HCTZ	02357046	TEV	0.2231
		Valsartan/HCTZ	02367041	SAS	0.2231
Venlafaxine / Venlafaxine	SRC/Caps. L.L. Orl 37.5mg	Effexor XR	02237279	PFI	0.0913
		Act Venlafaxine XR	02304317	ATV	0.0913
		Apo-Venlafaxine XR	02331683	APX	0.0913
		Auro-Venlafaxine XR	02452839	ARO	0.0913
		Mylan-Venlafaxine XR	02310279	MYL	0.0913
		pms-Venlafaxine XR	02278545	PMS	0.0913
		Ran-Venlafaxine XR	02380072	RAN	0.0913
		Sandoz Venlafaxine XR	02310317	SDZ	0.0913
		Teva-Venlafaxine XR	02275023	TEV	0.0913
		Venlafaxine XR	02339242	PDL	0.0913
		Venlafaxine XR	02354713	SAS	0.0913
		Venlafaxine XR	02385929	SIV	0.0913
Venlafaxine / Venlafaxine	SRC/Caps. L.L. Orl 75mg	Effexor XR	02237280	PFI	0.1825
		Act Venlafaxine XR	02304325	ATV	0.1825
		Apo-Venlafaxine XR	02331691	APX	0.1825
		Auro-Venlafaxine XR	02452847	ARO	0.1825
		Mylan-Venlafaxine XR	02310287	MYL	0.1825
		pms-Venlafaxine XR	02278553	PMS	0.1825
		Ran-Venlafaxine XR	02380080	RAN	0.1825
		Sandoz Venlafaxine XR	02310325	SDZ	0.1825
		Teva-Venlafaxine XR	02275031	TEV	0.1825
		Venlafaxine XR	02339250	PDL	0.1825
		Venlafaxine XR	02354721	SAS	0.1825
		Venlafaxine XR	02385937	SIV	0.1825
Venlafaxine / Venlafaxine	SRC/Caps. L.L. Orl 150mg	Effexor XR	02237282	PFI	0.1927
		Act Venlafaxine XR	02304333	ATV	0.1927
		Apo-Venlafaxine XR	02331705	APX	0.1927
		Auro-Venlafaxine XR	02452855	ARO	0.1927
		Mylan-Venlafaxine XR	02310295	MYL	0.1927
		pms-Venlafaxine XR	02278561	PMS	0.1927
		Ran-Venlafaxine XR	02380099	RAN	0.1927
		Sandoz Venlafaxine XR	02310333	SDZ	0.1927
		Teva-Venlafaxine XR	02275058	TEV	0.1927
		Venlafaxine XR	02339269	PDL	0.1927
		Venlafaxine XR	02354748	SAS	0.1927
		Venlafaxine XR	02385945	SIV	0.1927
Zopiclone / Zopiclone	Tab/Co. Orl 5mg	Imovane	02216167	SAV	0.0990
		Act Zopiclone	02271931	ATV	0.0990
		Apo-Zopiclone	02245077	APX	0.0990
		Jamp-Zopiclone	02406969	JPC	0.0990
		Mar-Zopiclone	02386771	MAR	0.0990
		Mint-Zopiclone	02391716	MNT	0.0990
		Mylan-Zopiclone	02296616	MYL	0.0990
		pms-Zopiclone	02243426	PMS	0.0990
		Ran-Zopiclone	02267918	RAN	0.0990
		ratio-Zopiclone	02246534	TEV	0.0990
		Sandoz Zopiclone	02257572	SDZ	0.0990
		Septa-Zopiclone	02386909	SPT	0.0990
		Zopiclone	02344122	SAS	0.0990
		Zopiclone	02385821	SIV	0.0990
Zopiclone / Zopiclone	Tab/Co. Orl 7.5mg	Imovane	01926799	SAV	0.1250
		Act Zopiclone	02271958	ATV	0.1250
		Apo-Zopiclone	02218313	APX	0.1250
		Jamp-Zopiclone	02406977	JPC	0.1250
		Mar-Zopiclone	02386798	MAR	0.1250
		Mint-Zopiclone	02391724	MNT	0.1250
		Mylan-Zopiclone	02238596	MYL	0.1250
		pms-Zopiclone	02240606	PMS	0.1250
		Ran-Zopiclone	02267926	RAN	0.1250
		ratio-Zopiclone	02242481	TEV	0.1250
		Rhovane	02008203	SDZ	0.1250
		Septa-Zopiclone	02386917	SPT	0.1250
		Zopiclone	02282445	SAS	0.1250
		Zopiclone	02385848	SIV	0.1250

## Delisted Generic Drug Products / Produits génériques retirés du formulaire

GENERIC NAME / NOM GÉNÉRIQUE	STRENGTH / DOSAGE	TRADENAME / MARQUE DE COMMERCE	DIN / PIN	MFR / FAB
Alendronate / Alendronate	Tab/Co. Orl 70mg	Act Alendronate	02258110	ATV
		Ran-Alendronate	02384728	RAN

Amlodipine / Amlodipine	Tab/Co. Orl 2.5mg	Ran-Amlodipine	02398877	RAN
Amlodipine / Amlodipine	Tab/Co. Orl 5mg	Jamp-Amlodipine	02357194	JPC
Anastrozole / Anastrozole	Tab/Co. Orl 1mg	Auro-Anastrozole	02404990	ARO
		Mylan-Anastrozole	02361418	MYL
		Ran-Anastrozole	02328690	RAN
		Zinda-Anastrozole	02326035	MCK
Atenolol / Até nolol	Tab/Co. Orl 50mg	ratio-Atenolol	02171791	RPH
Atenolol / Até nolol	Tab/Co. Orl 100mg	ratio-Atenolol	02171805	RPH
Atorvastatin / Atorvastatine	Tab/Co. Orl 80mg	ratio-Atorvastatin	02350335	RPH
Azithromycin / Azithromycine	Tab/Co. Orl 250mg	Act Azithromycin	02255340	ATV
		Apo-Azithromycin	02247423	APX
		GD-Azithromycin	02274531	GMD
Bicalutamide / Bicalutamide	Tab/Co. Orl 50mg	Ran-Bicalutamide	02371324	RAN
		Sandoz Bicalutamide	02276089	SDZ
Bisoprolol / Bisoprolol	Tab/Co. Orl 5mg	Mylan-Bisoprolol	02384418	MYL
		pms-Bisoprolol	02302632	PMS
Bisoprolol / Bisoprolol	Tab/Co. Orl 10mg	Mylan-Bisoprolol	02384426	MYL
		pms-Bisoprolol	02302640	PMS
Candesartan/Hydrochlorothiazide / Candésartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 16mg/12.5mg	Act Candesartan/HCT	02388650	ATV
		Mylan-Candesartan HCTZ	02374897	MYL
Carvedilol / Carvédilol	Tab/Co. Orl 3.125mg	Mylan-Carvedilol	02347512	MYL
		Ran-Carvedilol	02268027	RAN
Carvedilol / Carvedilol	Tab/Co. Orl 6.25mg	Mylan-Carvedilol	02347520	MYL
		Ran-Carvedilol	02268035	RAN
Carvedilol / Carvedilol	Tab/Co. Orl 12.5mg	Mylan-Carvedilol	02347555	MYL
		Ran-Carvedilol	02268043	RAN
Carvedilol / Carvedilol	Tab/Co. Orl 25mg	Mylan-Carvedilol	02347571	MYL
		Ran-Carvedilol	02268051	RAN
Celecoxib / Célécoxib	Cap/Caps Orl 100mg	Sandoz Celecoxib	02321246	SDZ
		Teva-Celecoxib	02288915	TEV
Celecoxib / Célécoxib	Cap/Caps Orl 200mg	Sandoz Celecoxib	02321254	SDZ
		Teva-Celecoxib	02288923	TEV
Ciprofloxacin / Ciprofloxacine	Tab/Co. Orl 250mg	Mint-Ciprofloxacin	02317427	MNT
Ciprofloxacin / Ciprofloxacine	Tab/Co. Orl 500mg	Mint-Ciprofloxacin	02317435	MNT
		Teva-Ciprofloxacin	02161745	TEV
Ciprofloxacin / Ciprofloxacine	Tab/Co. Orl 750mg	Mint-Ciprofloxacin	02317443	MNT
		Mylan-Ciprofloxacin	02245649	MYL
		Teva-Ciprofloxacin	02161753	TEV
Citalopram / Citalopram	Tab/Co. Orl 10mg	Jamp-Citalopram	02370085	JPC
Citalopram / Citalopram	Tab/Co. Orl 20mg	Jamp-Citalopram	02313405	JPC
Citalopram / Citalopram	Tab/Co. Orl 40mg	Jamp-Citalopram	02313413	JPC
		Mint-Citalopram	02304694	MNT
Clonazepam / Clonazépam	Tab/Co. Orl 0.5mg	Clonazepam	02442035	SIV
		Co Clonazepam	02270641	COB
		Mylan-Clonazepam	02230950	MYL
		Sandoz Clonazepam	02233960	SDZ
Clonazepam / Clonazépam	Tab/Co. Orl 2mg	Co Clonazepam	02270676	COB
Dutasteride / Dutastéride	Cap/Caps Orl 0.5mg	Dutasteride	02421712	PDL
Escitalopram / Escitalopram	Tab/Co. Orl 10mg	Act Escitalopram	02313561	ATV
Escitalopram / Escitalopram	Tab/Co. Orl 20mg	Act Escitalopram	02313588	ATV
Ezetimibe / Ézétimibe	Tab/Co. Orl 10mg	Act Ezetimibe	02414716	ATV
		Mylan-Ezetimibe	02378035	MYL
Finasteride / Finastéride	Tab/Co. Orl 5mg	Mylan-Finasteride	02356058	MYL
		Ran-Finasteride	02371820	RAN
Fluoxetine / Fluoxétine	Cap/Caps Orl 10mg	Act Fluoxetine	02242177	ATV
Fluoxetine / Fluoxétine	Cap/Caps Orl 20mg	PHL-Fluoxetine	02223503	PHL
		Ran-Fluoxetine	02405709	RAN
Gabapentin / Gabapentine	Cap/Caps. Orl 100mg	Mylan-Gabapentin	02248259	MYL
Gabapentin / Gabapentine	Cap/Caps. Orl 300mg	GD-Gabapentin	02285827	GMD
		Mylan-Gabapentin	02248260	MYL
Gabapentin / Gabapentine	Cap/Caps. Orl 400mg	GD-Gabapentin	02285835	GMD
		Mylan-Gabapentin	02248261	MYL
Gabapentin / Gabapentine	Tab/Co. Orl 600mg	GD-Gabapentin	02285843	GMD
		Mylan-Gabapentin	02397471	MYL
		pms-Gabapentin	02255898	PMS
Gabapentin / Gabapentine	Tab/Co. Orl 800 mg	GD-Gabapentin	02285851	GMD
		Mylan-Gabapentin	02397498	MYL
		pms-Gabapentin	02255901	PMS
Irbesartan / Irbésartan	Tab/Co. Orl 150mg	Act Irbesartan	02328089	ATV
		Teva-Irbesartan	02315998	TEV
Irbesartan/Hydrochlorothiazide / Irbésartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 150 mg/12.5mg	Ran-Irbesartan/HCTZ	02363208	RAN
		Teva-Irbesartan/HCTZ	02316013	TEV
Irbesartan/Hydrochlorothiazide / Irbésartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 300 mg/12.5mg	Ran-Irbesartan/HCTZ	02363216	RAN
		Teva-Irbesartan/HCTZ	02316021	TEV
Irbesartan/Hydrochlorothiazide / Irbésartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 300 mg/25mg	Ran-Irbesartan/HCTZ	02363224	RAN
		Teva-Irbesartan/HCTZ	02316048	TEV
Levetiracetam / Lévé tiracétam	Tab/Co. Orl 250mg	pms-Levetiracetam	02296101	PMS
		Ran-Levetiracetam	02396106	RAN
Levetiracetam / Lévé tiracétam	Tab/Co. Orl 500mg	pms-Levetiracetam	02296128	PMS
		Ran-Levetiracetam	02396114	RAN

Levetiracetam / Lévétiracétam	Tab/Co. Orl 750mg	pms-Levetiracetam Ran-Levetiracetam	02296136 02396122	PMS RAN
Metformin / Metformine	Tab/Co. Orl 500mg	Jamp-Metformin Blackberry	02380722	JPC
Metformin / Metformine	Tab/Co. Orl 850mg	Jamp-Metformin Blackberry	02380730	JPC
Minocycline / Minocycline	Cap/Caps Orl 50mg	Sandoz Minocycline	02237313	SDZ
Minocycline / Minocycline	Cap/Caps Orl 100mg	Minocycline pms-Minocycline Sandoz Minocycline	02239982 02294427 02237314	IVX PMS SDZ
Montelukast / Montélukast	TabC/Co.C 4mg	Jamp-Montelukast Mylan-Montelukast Ran-Montelukast	02442353 02380749 02402793	JPC MYL RAN
Montelukast / Montélukast	TabC/Co.C 5mg	Jamp-Montelukast Ran-Montelukast	02442361 02402807	JPC RAN
Montelukast / Montélukast	Tab/Co. 10mg	Mylan-Montelukast	02368226	MYL
Mycophenolate / Mycophénolate	Cap/Caps Orl 250mg	Mylan-Mycophenolate	02371154	MYL
Mycophenolate / Mycophénolate	Tab/Co. Orl 500mg	Mylan-Mycophenolate	02370549	MYL
Olanzapine / Olanzapine	ODT/Co. D.O. Orl 5mg	Mylan-Olanzapine ODT Teva-Olanzapine ODT	02382709 02321343	MYL TEV
Olanzapine / Olanzapine	ODT/Co. D.O. Orl 10mg	Mylan-Olanzapine ODT Teva-Olanzapine ODT	02382717 02321351	MYL TEV
Olanzapine / Olanzapine	ODT/Co. D.O. Orl 15mg	Mylan-Olanzapine ODT Teva-Olanzapine ODT	02382725 02321378	MYL TEV
Olanzapine / Olanzapine	ODT/Co. D.O. Orl 20mg	Mylan-Olanzapine ODT Teva-Olanzapine ODT	02382733 02321386	MYL TEV
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 2.5mg	Ran-Olanzapine	02403064	RAN
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 5mg	Ran-Olanzapine	02403072	RAN
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 7.5mg	Ran-Olanzapine	02403080	RAN
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 10mg	Ran-Olanzapine	02403099	RAN
Olanzapine / Olanzapine	Tab/Co. Orl 15mg	Ran-Olanzapine	02403102	RAN
Omeprazole / Oméprazole	SRC/Caps.L.L. Orl 20mg	Ran-Omeprazole	02403617	RAN
Omeprazole / Oméprazole	SRT/Co.L.L. Orl 20mg	Ran-Omeprazole	02374870	RAN
Pantoprazole Sodium / Pantoprazole sodique	ECT/Co. Ent. Orl 20mg	Pantoprazole	02385740	SIV
Pantoprazole Sodium / Pantoprazole sodique	ECT/Co. Ent. Orl 40mg	Act Pantoprazole Pantoprazole	02300486 02385759	ATV SIV
Paroxetine / Paroxetine	Tab/Co. Orl 20mg	Sandoz Paroxetine	02269430	SDZ
Paroxetine / Paroxetine	Tab/Co. Orl 30mg	Act Paroxetine	02262762	ATV
Pramipexole / Pramipexole	Tab/Co. Orl 0.25mg	Mylan-Pramipexole	02376350	MYL
Pramipexole / Pramipexole	Tab/Co. Orl 1mg	Mylan-Pramipexole	02376377	MYL
Pramipexole / Pramipexole	Tab/Co. Orl 1.5mg	Mylan-Pramipexole	02376385	MYL
Pravastatin / Pravastatine	Tab/Co. Orl 10mg	Mylan-Pravastatin	02257092	MYL
Pravastatin / Pravastatine	Tab/Co. Orl 20mg	Mylan-Pravastatin	02257106	MYL
Pregabalin / Pregabalin	Cap/Caps Orl 25mg	Myl-Pregabalin Pregabalin	02408651 02411725	MYL SIV
Pregabalin / Pregabalin	Cap/Caps Orl 50mg	Myl-Pregabalin Pregabalin	02408678 02411733	MYL SIV
Pregabalin / Pregabalin	Cap/Caps Orl 75mg	Myl-Pregabalin Pregabalin	02408686 02411741	MYL SIV
Pregabalin / Pregabalin	Cap/Caps Orl 150mg	Myl-Pregabalin Pregabalin	02408694 02411768	MYL SIV
Pregabalin / Pregabalin	Cap/Caps Orl 300mg	Jamp-Pregabalin Myl-Pregabalin	02436019 02408708	JPC MYL
Rabeprazole / Rabéprazole	ECT/Co.Ent. Orl 10mg	Mylan-Rabeprazole	02408392	MYL
Rabeprazole / Rabéprazole	ECT/Co.Ent. Orl 20mg	Mylan-Rabeprazole	02408406	MYL
Ramipril / Ramipril	Cap/Caps. Orl 1.25mg	Mylan-Ramipril	02301148	MYL
Ramipril / Ramipril	Cap/Caps. Orl 2.5mg	Act Ramipril Ramipril Mylan-Ramipril	02295490 02411563 02301156	ATV SIV MYL
Ramipril / Ramipril	Cap/Caps. Orl 5mg	Mylan-Ramipril Ramipril	02301164 02411571	MYL SIV
Ramipril / Ramipril	Cap/Caps. Orl 10mg	Act Ramipril Mylan-Ramipril Ramipril	02295512 02301172 02411598	ATV MYL SIV
Ranitidine / Ranitidine	Tab/Co. Orl 150mg	Mylan-Ranitidine	02207761	MYL
Ranitidine / Ranitidine	Tab/Co. Orl 300mg	Mylan-Ranitidine	02207788	MYL
Risedronate / Risédronate	Tab/Co. Orl 35mg	Mylan-Risedronate	02357984	MYL
Risperidone / Rispéridone	Tab/Co. Orl 1mg	Mylan-Risperidone	02282267	MYL
Risperidone / Rispéridone	Tab/Co. Orl 2mg	Mylan-Risperidone	02282275	MYL
Risperidone / Rispéridone	Tab/Co. Orl 3mg	Mylan-Risperidone	02282283	MYL
Risperidone / Rispéridone	Tab/Co. Orl 4mg	Mylan-Risperidone	02282291	MYL
Sertraline / Sertraline	Cap/Caps Orl 25mg	Act Sertraline GD-Sertraline Ran-Sertraline	02287390 02273683 02374552	ATV GMD RAN
Sertraline / Sertraline	Cap/Caps Orl 50mg	Act Sertraline GD-Sertraline Ran-Sertraline	02287404 02273691 02374560	ATV GMD RAN
Sertraline / Sertraline	Cap/Caps Orl 100mg	Act Sertraline	02287412	ATV
Simvastatin / Simvastatine	Tab/Co. Orl 10mg	Act Simvastatin	02248104	ATV
Simvastatin / Simvastatine	Tab/Co. Orl 20mg	Act Simvastatin	02248105	ATV
Simvastatin / Simvastatine	Tab/Co. Orl 40mg	Act Simvastatin	02248106	ATV
Simvastatin / Simvastatine	Tab/Co. Orl 80mg	Act Simvastatin	02248107	ATV

Solifenacin / Solifénacine	Tab/Co. Orl 5mg	Act Solifenacin	02422239	ATV
Solifenacin / Solifénacine	Tab/Co. Orl 10mg	Act Solifenacin	02422247	ATV
		Ran-Solifenacin	02437996	RAN
Sumatriptan / Sumatriptan	Tab/Co. Orl 50mg	Act Sumatriptan	02257890	ATV
Telmisartan / Telmisartan	Tab/Co. Orl 40mg	Telmisartan	02432897	PMS
Telmisartan / Telmisartan	Tab/Co. Orl 80mg	Telmisartan	02432900	PMS
Telmisartan/Hydrochlorothiazide / Telmisartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co.Orl 80mg/12.5mg	Mylan-Telmisartan HCTZ	02373564	MYL
		pms-Telmisartan/HCTZ	02401665	PMS
		Telmisartan-HCTZ	02433214	PMS
Telmisartan/Hydrochlorothiazide / Telmisartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co.Orl 80mg/25mg	Act Telmisartan/HCTZ	02393271	ATV
		Mylan-Telmisartan HCTZ	02373572	MYL
		pms-Telmisartan/HCTZ	02401673	PMS
		Telmisartan-HCTZ	02433222	PMS
Terbinafine / Terbinafine	Tab/Co. Orl 250mg	Jamp-Terbinafine	02357070	JPC
Topiramate / Topiramate	Tab/Co. Orl 25mg	Act Topiramate	02287765	ATV
		GD-Topiramate	02352850	GMD
		Phl-Topiramate	02271184	PHL
		Ran-Topiramate	02396076	RAN
		Sandoz Topiramate	02260050	SDZ
Topiramate / Topiramate	Tab/Co. Orl 100mg	Act Topiramate	02287773	ATV
		Phl-Topiramate	02271192	PHL
		Ran-Topiramate	02396084	RAN
		Sandoz Topiramate	02260069	SDZ
Topiramate / Topiramate	Tab/Co. Orl 200mg	Act Topiramate	02287781	ATV
		Phl-Topiramate	02271206	PHL
		Ran-Topiramate	02396092	RAN
Valsartan/Hydrochlorothiazide / Valsartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 80mg/12.5mg	Mylan-Valsartan-HCTZ	02373734	MYL
Valsartan/Hydrochlorothiazide / Valsartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 160mg/12.5mg	Mylan-Valsartan-HCTZ	02373742	MYL
Valsartan/Hydrochlorothiazide / Valsartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 160mg/25mg	Mylan-Valsartan-HCTZ	02373750	MYL
Valsartan/Hydrochlorothiazide / Valsartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 320mg/12.5mg	Mylan-Valsartan-HCTZ	02373769	MYL
Valsartan/Hydrochlorothiazide / Valsartan/Hydrochlorothiazide	Tab/Co. Orl 320mg/25mg	Mylan-Valsartan-HCTZ	02373777	MYL
Venlafaxine / Venlafaxine	SRC/Caps. L.L. Orl 37.5mg	GD-Venlafaxine XR	02360020	GMD
Venlafaxine / Venlafaxine	SRC/Caps. L.L. Orl 75mg	GD-Venlafaxine XR	02360039	GMD
Venlafaxine / Venlafaxine	SRC/Caps. L.L. Orl 150mg	GD-Venlafaxine XR	02360047	GMD
Zopiclone / Zopiclone	Tab/Co. Orl 7.5mg	Jamp-Zopiclone	02356805	JPC

Bulletin n° 970

le 2 mars, 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 2 mars 2018.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout aux garanties régulières
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>L'autorisation spéciale n'est plus requise</b>					
Capécitabine (Xeloda <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés de 150 mg comprimés de 500 mg	Voir formulaire des Régimes la de médicaments du N.-B. ou liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critères révisés – Médicaments pour le traitement de l'hépatite C</b>					
Les demandes de couverture visant les médicaments destinés au traitement de l'hépatite C ci-dessous sont maintenant admissibles sans égard au stade de la maladie. Veuillez consulter le formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. pour connaître les critères complets en cliquant <a href="#">ici</a> .					
Daclatasvir (Daklinza <sup>MD</sup> )	comprimés de 30 mg comprimés de 60 mg	02444747 02444755	BRI	(SA)	PCF
Elbasvir/grazoprévir (Zepatier <sup>MD</sup> )	comprimés de 50 mg/100 mg	02451131	FRS	(SA)	PCF
Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni <sup>MD</sup> )	comprimés de 90 mg/400 mg	02432226	GIL	(SA)	PCF
Sofosbuvir (Sovaldi <sup>MD</sup> )	comprimés de 400 mg	02418355	GIL	(SA)	PCF
Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa <sup>MC</sup> )	comprimés de 400 mg/100 mg	02456370	GIL	(SA)	PCF

### Critère révisé

Alendronate  
(marque générique)

comprimés de 40 mg

02258102

ATV

(SA)

PAM

Pour le traitement de la maladie de Paget.

### Notes pour les réclamations :

- Un maximum de 180 comprimés sera remboursé par année sans autorisation spéciale.

- Les demandes de reprise de traitement pourraient être acceptées par l'entremise du processus d'autorisation spéciale à la suite d'une période d'observation de six mois après le traitement.

### Critère révisé

Risédronate  
(marque générique)

comprimés de 30 mg                      02298384                      TEV                      (SA)                      PAM

Pour le traitement de la maladie de Paget.

#### Notes pour les réclamations :

- Un maximum de 60 comprimés sera remboursé par année sans autorisation spéciale.
- Les demandes de reprise de traitement pourraient être acceptées par l'entremise du processus d'autorisation spéciale à la suite d'une période d'observation de deux mois après le traitement.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Ivacaftor (Kalydeco <sup>MD</sup> )	comprimés de 150 mg	02397412	VTX	Fibrose kystique, chez les patients âgés de 18 ans et plus porteurs de la mutation R117H du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (CFTR).  Fibrose kystique, chez les patients âgés de 6 ans et plus porteurs de l'une des mutations du CFTR suivantes : G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N, S549R ou G970R.

Bulletin n°971

le 20 mars, 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 20 mars 2018.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout aux garanties régulières
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>L'autorisation spéciale n'est plus requise</b>					
Carvédilol (marques génériques)	comprimés pelliculés de 3,125 mg comprimés pelliculés de 6,25 mg comprimés pelliculés de 12,5 mg comprimés pelliculés de 25 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Nouvelle indication</b>					
Évérolimus (Afinitor <sup>MD</sup> )	comprimés de 2,5 mg comprimés de 5 mg comprimés de 7,5 mg comprimés de 10 mg	02369257 02339501 02450267 02339528	NVR	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement des tumeurs neuroendocrines (TNE) non fonctionnelles du tube digestif ou du poumon, bien différenciées, non résécables, localement avancées ou métastatiques, chez les patients dont la maladie a progressé au cours des six derniers mois selon les examens radiologiques.</p> <p>Critères de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.</li> </ul> <p><u>Notes cliniques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Le patient doit présenter un bon indice de performance.</li> <li>Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.</li> </ol> <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Période d'approbation initiale : 1 an.</li> <li>Période d'approbation du renouvellement : 1 an.</li> </ul>					
<b>Critère révisé et nouvelle puissance</b>					
Évérolimus (Afinitor <sup>MD</sup> )	comprimés de 2,5 mg comprimés de 5 mg comprimés de 7,5 mg comprimés de 10 mg	02369257 02339501 02450267 02339528	NVR	(SA)	PCF

### **Cancer du sein avancé**

Pour le traitement du cancer du sein avancé avec récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif chez les femmes ménopausées, en association avec l'exémestane, à la suite d'une récidive ou d'une progression de la maladie après un traitement par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- L'utilisation séquentielle du palbociclib et de l'évérolimus ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

### **Néphrocarcinome métastatique**

Pour le traitement du néphrocarcinome métastatique après l'échec d'un traitement par des inhibiteurs de tyrosine kinase.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes visant l'évérolimus ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'axitinib.
- L'utilisation séquentielle du nivolumab et de l'évérolimus ne sera pas remboursée. Une exception pourrait être envisagée en cas d'intolérance ou de contre-indication sans progression de la maladie.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

### **Tumeurs neuroendocrines**

Pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques (TNEP) évolutives bien ou modérément différenciées, non résécables, localement avancées ou métastatiques.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes visant l'évérolimus ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement par le sunitinib pour des TNEP.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

**Critère révisé**

Fludarabine (Fludara<sup>MD</sup>)

comprimés pelliculés de 10 mg      02246226      SAV      (SA)      PCF

1. Pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en association avec le rituximab (avec ou sans cyclophosphamide).
2. Pour le traitement de la LLC chez les patients qui n'ont pas répondu à un traitement antérieur par un agent alkylant ou qui ont présenté une récurrence pendant ou après un tel traitement.

**Critère révisé**

Lansoprazole  
(Prevacid<sup>MD</sup> et marques  
génériques)

capsules à libération  
prolongée de 15 mg  
capsules à libération  
prolongée de 30 mg      Voir formulaire des Régimes  
de médicaments du N.-B. ou  
la liste des PAM pour les  
produits.      (SA)      PAM

Pour les patients qui ont présenté un échec thérapeutique avec tous les inhibiteurs de la pompe à proton inscrits à titre de médicaments réguliers.

Note clinique :

- Dans le cas des patients qui ont présenté un échec thérapeutique après avoir essayé le traitement à la dose standard pendant au moins huit semaines, on peut envisager un essai de huit semaines au double de la dose. La couverture au-delà de huit semaines sera envisagée si le passage à la dose standard ne donne pas de bons résultats.

## Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Retrait de la liste</b> Acide acétylsalicylique/ caféine/butalbital (Fiorinal <sup>MD</sup> et marques génériques)	capsules et comprimés de 330 mg/40 mg/50 mg			Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.	PAM

Acide acétylsalicylique/ caféine/codéine/butalbital (Fiorinal <sup>MD</sup> C¼ et marques génériques)	capsules de 330 mg/40 mg/15 mg/50 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.	PAM
Acide acétylsalicylique/ caféine/codéine/butalbital (Fiorinal <sup>MD</sup> C½ et marques génériques)	capsules de 330 mg/40 mg/30 mg/50 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.	PAM

À compter du 20 mars, 2018, les produits contenant du butalbital, qui comprennent Fiorinal, Fiorinal C ¼, Fiorinal C ½ et les marques génériques, seront retirés du formulaire du Programme extra-mural en tant que médicaments assurés. Les produits contenant du butalbital ont été retirés du formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en tant que médicaments assurés en 1994. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Il n'y a aucune preuve de l'efficacité des produits contenant du butalbital pour le traitement de la douleur. En outre, ces produits sont associés à une dépendance physique, à un risque de surdose même à faibles doses, ainsi qu'à un risque de syndrome de sevrage.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Chlorhydrate de propivérine (Mictory <sup>MD</sup> )	capsules de 30 mg capsules de 45 mg	02460262 02460270	DUI	Hyperactivité vésicale chez les adultes

Bulletin no 972

Le 22 mars 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

### Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 22 mars 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 12 avril 2018, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 12 avril 2018, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

### Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 22 mars 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 12 avril 2018. Avant le 12 avril 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

### Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 12 avril 2018.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Generic Drug Product Additions / Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Acitretin Acitrétine							
Cap	Orl	10mg	Soriatane	2070847	ASP	ADEFGW	2.5930
Caps			Taro-Acitrein	2466074	TAR		1.9448
Atomoxetine Atomoxétine							
Cap	Orl	10mg	Atomoxetine	2467747	SAS	(SA)	0.5106
Caps		18mg	Atomoxetine	2467755	SAS	(SA)	0.5748
		25mg	Atomoxetine	2467763	SAS	(SA)	0.6420
		40mg	Atomoxetine	2467771	SAS	(SA)	0.7369
		60mg	Atomoxetine	2467798	SAS	(SA)	0.8092
		80mg	Atomoxetine	2467801	SAS	(SA)	1.2193
		100mg	Atomoxetine	2467828	SAS	(SA)	1.3382
Benzydamine							
Liq	Buc	0.15%	pms-Benzydamine	2239537	PMS	ADEFGW	0.0384
Liq							
Dexamphetamine Dexamphétamine							
SRC	Orl	15mg	Dexedrine	1924567	PAL	ADEFG	1.2117
Caps.L.L.			Act-Dextroamphetamine SR	2448327	TEV		0.9898
Perindopril							
Tab	Orl	2mg	Coversyl	2123274	SEV	ADEFGW	0.7080
Co.			Apo-Perindopril	2289261	APX		0.1632
			Auro-Perindopril	2459817	ARO		
			pms-Perindopril	2470675	PMS		
			Sandoz Perindopril	2470225	SDZ		
			Teva-Perindopril	2464985	TEV		
		4mg	Coversyl	2123282	SEV	ADEFGW	
			Apo-Perindopril	2289288	APX		0.2042
			Auro-Perindopril	2459825	ARO		
			pms-Perindopril	2470683	PMS		
			Sandoz Perindopril	2470233	SDZ		
			Teva-Perindopril	2464993	TEV		
		8mg	Coversyl	2246624	SEV	ADEFGW	
			Apo-Perindopril	2289296	APX		0.2831
			Auro-Perindopril	2459833	ARO		
			pms-Perindopril	2470691	PMS		
			Sandoz Perindopril	2470241	SDZ		
			Teva-Perindopril	2465000	TEV		

## Generic Drug Product Additions / Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM		
Rizatriptan ODT Co.D.O.	Orl	5mg	Jamp-Rizatriptan ODT Mar-Rizatriptan ODT	2465086 2462788	JPC MAR	(SA)	3.7050
		10mg	Jamp-Rizatriptan ODT Mar-Rizatriptan ODT	2465094 2462796	JPC MAR	(SA)	3.7050

## Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM		
Atomoxetine Atomoxétine Cap Caps	Orl	80mg	Mylan-Atomoxetine Sandoz Atomoxetine	2378973 2386461	MYL SDZ	(SA)	1.2193
		100mg	Mylan-Atomoxetine Sandoz Atomoxetine	2378981 2386488	MYL SDZ	(SA)	1.3382
Baclofen Baclofène Tab Co.	Orl	10mg	Apo-Baclofen Baclofen Mylan-Baclofen pms-Baclofen	2139332 2287021 2088398 2063735	APX SAS MYL PMS	ADEFGWW	0.1595
		20mg	Apo-Baclofen Baclofen Mylan-Baclofen pms-Baclofen	2139391 2287048 2088401 2063743	APX SAS MYL PMS	ADEFGWW	0.3104
Benzydamine Liq Liq	Buc	0.15%	Odan-Benzydamine	2463105	PMS	ADEFGWW	0.0384
Budesonide Budésónide Aem Aém	Nas	100mg	Mylan-Budesonide AQ	2230648	MYL	ADEFGV	0.0772
Cilazapril Tab Co.	Orl	1mg	Apo-Cilazapril Mylan-Cilazapril	2291134 2283778	APX MYL	ADEFGWW	0.1557
Cholestyramine Pws Pds.	Orl	4g	Olestyr	2210320	PMS	ADEFGWW	0.1319

## Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	
Cefixime Céfixime							
Tab	Orl	400mg	Suprax	868981	ODN	ABDEFGVW	2.7172
Co.			Auro-Cefixime	2432773	ARO		
Hydralazine							
Tab	Orl	25mg	Apo-Hydralazine	443627	APX	ADEFGV	0.0609
Co.			Jamp-Hydralazine	2457873	JPC		
		50mg	Apo-Hydralazine	443635	APX	ADEFGV	0.0956
			Jamp-Hydralazine	2457881	JPC		
Hydrocortisone							
Crm	Top	0.5%	Cortate	80021088	SCO	AEFGV	0.1267
Cr.			Hydrosone	564281	ROG		
Hydroxyzine							
Syr	Orl	2mg/mL	Atarax	24694	ERF	ADEFGVW	0.0429
Sir.							

## Delisted Generic Drug Products / Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	
Acetaminophen Acétaminophène							
Sup	Rt	325mg	Abenol	1919393	PDP	G	
Supp.							
Atomoxetine Atomoxétine							
Cap	Orl	80mg	Apo-Atomoxetine	2318075	APX	(SA)	
Caps		100mg	Apo-Atomoxetine	2318083	APX	(SA)	
Baclofen Baclofène							
Tab	Orl	10mg	ratio-baclofen	2236507	RPH	ADEFGVW	
Co.		20mg	ratio-baclofen	2236508	RPH		
Cilazapril							
Tab	Orl	1mg	pms-Cilazapril	2280442	PMS	ADEFGVW	
Co.			Teva-Cilazapril	2266350	TEV		
Ferrous Sulphate							
Liq	Orl	30mg	Jamp-Ferrous Sulphate	80008295	JPC	AEFGV	
Liq							

## Delisted Generic Drug Products / Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Hydrocortisone Crm Cr.	Top	0.5%	Hyderm	716820	TAR	AEFGV
Hydroxyzine Syr Sir.	Orl	2mg/mL	pms-Hydroxyzine	741817	PMS	ADEFGWW

Bulletin no 973

Le avril 30 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

**Des mises à jour relatives aux médicaments génériques sont incluses dans ce bulletin :**

- Ajouts de médicaments génériques
  - À compter du avril 30 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
  - À compter du 21 mai 2018, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 mai 2018, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments génériques
  - Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le avril 30 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 mai 2018. Avant le 21 mai 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits génériques retirés du formulaire
  - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 mai 2018.
- Déduction pour inventaire des pharmacies

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajouts de médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Acitrétine Caps	Orl	10mg	Mint-Acitrein	2468840	MNT	ADEFGV	1.2965
			Soriatane	2070863	ASP		4.5540
		25mg	Mint-Acitrein	2468859	MNT	ADEFGV	2.2770
			Taro-Acitrein	2466082	TAR		
Amoxicilline Pds.	Orl	50mg	Apo-Amoxi Sugar-Free	2230880	APX	ABDEFGWW	0.0540
Budesonide Susp.	Inh	0.125mg/mL	Pulmicort Nebuamp	2229099	AZE	W	0.2286
			Teva-Budesonide	2465949	TEV		0.1714
		0.5mg/mL	Pulmicort Nebuamp	1978926	AZE	ABDEFGWW	0.9118
			Teva-Budesonide	2465957	TEV		0.6839
Cyclobenzaprine Co.	Orl	10mg	Cyclobenzaprine	2424584	SIV	ADEFGWW	0.1022
Dexamphétamine Caps.L.L.	Orl	10mg	Dexedrine	1924559	PAL	ADEFG	1.1506
			Act-Dextroamphetamine SR	2448319	TEV		0.8096
Escitalopram Co.	Orl	10mg	Mint-Escitalopram	2407418	MNT	ADEFGWW	0.3109
		20mg	Mint-Escitalopram	2407434	MNT	ADEFGWW	0.3310
Hydralazine Co.	Orl	25mg	Mint-Hydralazine	2468786	MNT	ADEFGV	0.0609
		50mg	Mint-Hydralazine	2468794	MNT	ADEFGV	0.0956
Metformine Co.	Orl	500mg	Mint-Metformin	2388766	MNT	ADEFGWW	0.0247
		850mg	Mint-Metformin	2388774	MNT	ADEFGWW	0.0339
Méthylphénidate Co.L.P.	Orl	18mg	Act-Methylphenidate ER	2441934	TEV	(SA)	0.5099
		27mg	Act-Methylphenidate ER	2441942	TEV	(SA)	0.5884
		36mg	Act-Methylphenidate ER	2441950	TEV	(SA)	0.6669
		54mg	Act-Methylphenidate ER	2441969	TEV	(SA)	0.8240
Oseltamivir Caps	Orl	30mg	Tamiflu	2304848	HLR	(SA)	2.1150
			Nat-Oseltamivir	2472635	NAT		1.5540

## Ajouts de médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Oseltamivir Caps	Orl	45mg	Tamiflu	2304856	HLR	(SA)	3.2540
			Nat-Oseltamivir	2472643	NAT		2.3910
Paroxétine Co.	Orl	10mg	Paxil	2027887	GSK	ADEFV	0.3046
			Apo-Paroxetine	2240907	APX		
			Auro-Paroxetine	2383276	ARO		
			Jamp-Paroxetine	2368862	JPC		
			Mar-Paroxetine	2411946	MAR		
			Mint-Paroxetine	2421372	MNT		
Paroxetine	2388227	SIV					
Perindopril / Indapamide Co.	Orl	4mg / 1.25mg	Coversyl Plus	2246569	SEV	ADEFVW	1.0827
			Sandoz Perindopril /Indapamide	2470438	SDZ		0.5113
			Teva-Perindopril / Indapamide	2464020	TEV		
		8mg / 2.5mg	Coversyl Plus HD	2321653	SEV	ADEFVW	1.2110
			Sandoz Perindopril /Indapamide	2470446	SDZ		0.5718
			Teva-Perindopril / Indapamide	2464039	TEV		
Ziprasidone Caps	Orl	20mg	Zeldox	2298597	PFI	ADEFV	1.8197
			Auro-Ziprasidone	2449544	ARO		1.3648
		40mg	Zeldox	2298600	PFI	ADEFV	2.0845
			Auro-Ziprasidone	2449552	ARO		1.5634
		60mg	Zeldox	2298619	PFI	ADEFV	2.0845
			Auro-Ziprasidone	2449560	ARO		1.5634
		80mg	Zeldox	2298627	PFI	ADEFV	2.0845
			Auro-Ziprasidone	2449579	ARO		1.5634

## Changements de prix des médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Acetylcysteine Liq	Inj	200mg/mL	Acetylcysteine	2243098	SDZ	ADEFVW	0.7000
Acitrétine Caps	Orl	10mg	Taro-Acitrein	2466074	TAR	ADEFVW	1.2965
Clindamycine Liq	Top	1%	Taro-Clindamycin	2266938	TAR	ADEFV	0.2260
Clorazébate Caps	Orl	7,5mg	Clorazepate	860700	AAP	ADEFVW	0.1810
		15mg	Clorazepate	860697	AAP	ADEFVW	0.3259

## Changements de prix des médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Cyclosporine Caps	Orl	25mg	Sandoz Cyclosporine	2247073	SDZ	ADEFGRV	0.9952
		50mg	Sandoz Cyclosporine	2247074	SDZ	ADEFGRV	1.9400
		100mg	Sandoz Cyclosporine	2242821	SDZ	ADEFGRV	3.8815
Diclofénac Co. Ent.	Orl	50mg	Apo-Diclo	839183	APX	ADEFGV	0.2024
			Diclofenac EC	2352397	SAS		
			pms-Diclofenac	2302624	PMS		
			Sandoz Diclofenac	2261960	SDZ		
			Teva-Difenac	808547	TEV		
Diclofénac Co.L.L.	Orl	75mg	Apo-Diclo SR	216814	APX	ADEFGV	0.2320
			pms-Diclofenac	2231504	PMS		
			Sandoz Diclofenac SR	2261901	SDZ		
	Teva-Difenac SR	2158582	TEV				
	100mg	Apo-Diclo SR	2091194	APX	ADEFGV	0.4048	
		pms-Diclofenac	2231505	PMS			
Sandoz Diclofenac SR		2261944	SDZ				
Teva-Difenac SR	2048698	TEV					
Diclofénac Supp	Rt	50mg	pms-Diclofenac	2231506	PMS	ADEFGV	0.4339
			Sandoz Diclofenac	2261928	SDZ		
		100mg	pms-Diclofenac	2231508	PMS		
			Sandoz Diclofenac	2261936	SDZ		
Méthylphénidate Co.L.P.	Orl	36mg	Apo-Methylphenidate ER	2452766	APX	(SA)	0.6669
			pms-Methylphenidate ER	2413744	PMS		
			Teva-Methylphenidate ER	2315084	TEV		

## Produits génériques retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Acetylcysteine Liq	Inj	200mg/mL	Parvalex	2181460	BCH	W
Diclofénac Co.L.L.	Orl	75mg	Diclofenac SR	2352400	SAS	ADEFGV
Dimenhydrinate Liq	Inj	50mg/mL	Dimenhydrinate IM	392537	SDZ	W

## Déduction pour inventaire des pharmacies

Les provinces et les territoires établissent des prix pour les médicaments génériques les plus couramment prescrits par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. En date du 1er avril 2018, le prix de ces médicaments génériques a été fixé à 10 % ou à 18 % du prix du médicament de marque, comme il était communiqué dans le bulletin du 28 février 2018.

En rapport avec ces changements de prix, une déduction pour inventaire sera versée sous forme de paiement unique aux pharmacies inscrites à titre de fournisseurs participants au Nouveau-Brunswick. Le montant du paiement sera déterminé en fonction de toutes les demandes de règlement présentées par les pharmacies aux régimes de médicaments gouvernementaux (« Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick ») entre le 1er et le 21 avril 2018 pour les 68 catégories de médicaments génériques touchées. Le calcul du paiement total sera fondé sur la différence entre le prix admissible maximum (PAM) au 31 mars 2018 et le PAM au 1er avril 2018. Un chèque sera envoyé à chaque pharmacie en mai.

Bulletin n°974

le 8 mai, 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 8 mai 2018.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- Ajout aux garanties régulières
- Ajout relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>L'autorisation spéciale n'est plus requise</b>					
Ursodiol (Urso <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés à 250 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFV	PAM
Ursodiol (Urso DS <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés à 500 mg				

## Ajout relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Ixékizumab (Taltz <sup>MC</sup> )	solution injectable en auto-injecteurs, 80 mg/mL	02455102	LIL	(SA)	PCF
	solution injectable en seringues préremplies, 80 mg/mL	02455110			

- Indiqué pour le traitement des patients atteints d'une forme grave et débilante de psoriasis en plaques chronique qui répondent à tous les critères suivants :
  - plus de 10 % de la surface corporelle atteinte, ou psoriasis couvrant une partie importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux;
  - absence de réponse, contre-indications ou intolérance à la méthotrexate et à la cyclosporine;
  - absence de réponse ou intolérance à la photothérapie, ou inaccessibilité du traitement.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre des renseignements démontrant la réponse adéquate du patient, laquelle se définit comme suit :
  - une réduction de  $\geq 75$  % de l'indice d'étendue et de gravité du psoriasis (PASI pour Psoriasis Areas Severity Index) par rapport au début du traitement (PASI 75); ou
  - une réduction de  $\geq 50$  % de l'indice PASI (PASI 50) avec une amélioration d'au moins 5 points de l'indice dermatologique de qualité de vie (DLQI pour Dermatology Life Quality Index) par rapport au début du traitement; ou
  - une réduction quantitative de la surface corporelle touchée en prenant en compte l'aspect qualitatif de zones précises comme le visage, les mains, les pieds ou les organes génitaux.

### Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si aucune réponse n'est obtenue après 12 semaines.

### Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité de 160 mg à la semaine 0, suivie de 80 mg aux semaines 2, 4, 6, 8, 10 et 12 puis 80 mg toutes les quatre semaines.
- Approbation initiale : 12 semaines.



- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé – Médicaments pour le traitement de la vessie hyperactive</b>					
Darifénacine (Enablex <sup>MD</sup> )	comprimés à libération prolongée de 7,5 mg	02273217	MRS	(SA)	PCF
	comprimés à libération prolongée de 15 mg	02273225			
Fésotérodine (Toviaz <sup>MD</sup> )	comprimés à libération prolongée de 4 mg	02380021	PFI	(SA)	PCF
	comprimés à libération prolongée de 8 mg	02380048			
Mirabegron (Myrbetriq <sup>MD</sup> )	comprimés à libération prolongée de 25 mg	02402874	ASL	(SA)	PCF
	comprimés à libération prolongée de 50 mg	02402882			
Trospium (Trosec <sup>MD</sup> )	comprimés de 20 mg	02275066	SNV	(SA)	PCF

Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients qui ont été intolérants ou qui ont eu une réponse insuffisante à une période d'essai raisonnable avec un médicament destiné au traitement de l'hyperactivité vésicale inscrit à titre de garantie régulière (p. ex. oxybutynine à libération immédiate, solifénacine ou toltérodine).

### Notes cliniques :

1. Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.
2. À ne pas utiliser en association avec d'autres traitements pharmacologiques pour l'hyperactivité vésicale.

### **Critère révisé**

Oxybutynin (Ditropan XL <sup>MD</sup> )	comprimés à libération prolongée de 5 mg	02243960	JAN	(SA)	PCF
	comprimés à libération prolongée de 10 mg	02243961			

Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients qui ont eu une réponse insuffisante à une période d'essai raisonnable avec de la oxybutynine à libération immédiate.

Notes cliniques :

1. Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.
2. À ne pas utiliser en association avec d'autres traitements pharmacologiques pour l'hyperactivité vésicale.

**Nouvelle puissance**

Lénalidomide (Revlimid<sup>MD</sup>)

capsules de 2,5 mg

02459418

CEL

(SA)

PCF

**Syndrome myélodysplasique**

Pour le traitement du syndrome myélodysplasique chez les patients pour lesquels ce qui suit s'applique :

- Diagnostic démontré du syndrome myélodysplasique au moyen d'un prélèvement de moelle osseuse
- Présence d'une anomalie cytogénétique 5q de suppression documentée par un dépistage génétique approprié
- Risque faible ou intermédiaire-1 selon l'index IPSS (International Prognostic Scoring System)
- Présence d'anémie symptomatique (caractérisée par une dépendance transfusionnelle)

Critère de renouvellement :

- Pour les patients qui avaient une dépendance transfusionnelle et qui ont démontré une réduction des besoins de transfusion d'au moins 50 %.
- Les demandes de renouvellement pour tous les autres patients seront considérées si l'information décrivant les résultats d'une série de formule sanguine complète (FSC) (avant et après lénalidomide) et toute autre preuve de réponse objective sont fournies.

Note clinique :

- Les demandes pour les patients qui n'ont pas une dépendance transfusionnelle seront considérées. Le médecin doit fournir des preuves cliniques d'anémie symptomatique affectant la qualité de vie du patient, la raison pour laquelle des transfusions ne sont pas utilisées et les détails concernant les autres traitements prescrits pour traiter l'anémie.

Notes pour les réclamations :

- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période de renouvellement : 1 an
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes, comme il est indiqué [ici](#).

**Myélome multiple**

1. Pour le traitement du myélome multiple, en association avec la dexaméthasone, chez les patients qui ne sont pas des candidats pour une greffe de cellules souches autologues et qui :
  - n'ont reçu aucun traitement; et
  - ont un statut de rendement ECOG de  $\leq 2$ .
2. Pour le traitement du myélome multiple, en association avec la dexaméthasone, chez les patients qui ne sont pas des candidats pour une greffe de cellules souches autologues et :
  - dont la maladie a récidivé ou qui sont réfractaires après la fin des traitements initiaux ou subséquents; ou
  - qui ont suivi au moins un traitement complet comme thérapie initiale et manifeste de

- l'intolérance à leur traitement de chimiothérapie actuel.
3. Pour le traitement d'entretien des patients ayant récemment reçu un diagnostic de myélome multiple, à la suite d'une greffe autologue de cellules souches, dont la maladie s'est au moins stabilisée, sans évidence de progression de la maladie.

Note clinique:

- Posologie recommandée : dose initiale de 10 mg par jour. Une modification de la dose (5-15 mg) pourrait être nécessaire en fonction des caractéristiques/réponses individuelles du patient.

Critère de renouvellement:

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique:

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations:

- Le lénalidomide ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé malgré un traitement antérieur avec le lénalidomide.
- Durée de l'approbation initiale : 1 an
- Durée de l'approbation du renouvellement : 1 an
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**Nouvelle indication**

Ruxolitinib (Jakavi<sup>MD</sup>)

comprimés de 5 mg	02388006			
comprimés de 10 mg	02434814	NVR	(SA)	PCF
comprimés de 15 mg	02388014			
comprimés de 20 mg	02388022			

**Polycythémie vraie**

Pour le traitement des patients souffrant de Polycythémie vraie qui ont présenté une résistance ou une intolérance à l'hydroxycarbamide.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.
3. Nous considérons qu'il y a une résistance quand, après au moins trois mois de traitement avec de l'hydroxycarbamide à la dose maximale tolérée, le patient présente au moins un des éléments suivants :
  - A besoin d'une phlébotomie pour maintenir le taux d'hématocrite à < 45 %
  - Présente une myéloprolifération incontrôlée (c.-à-d., une numération plaquettaire > 400 x 10<sup>9</sup>/L et une leucocytémie > 10 x 10<sup>9</sup>/L)

- Incapacité de réduire une splénomégalie importante de plus de 50 %, tel que mesurée à la palpation
4. Nous considérons qu'il y a une intolérance à l'hydroxycarbamide quand le patient présente au moins un des éléments suivants :
- un nombre absolu de neutrophiles  $< 1,0 \times 10^9/L$ , une numération plaquettaire  $< 100 \times 10^9/L$  ou un taux d'hémoglobine  $< 100 \text{ g/L}$  à la plus petite dose l'hydroxycarbamide nécessaire pour obtenir une réponse hématologique. Une réponse à l'hydroxycarbamide est définie par un taux d'hématocrite  $< 45 \%$  sans phlébotomie, ou par tous les éléments suivants : numération plaquettaire  $< 400 \times 10^9/L$ , leucocytémie  $< 10 \times 10^9/L$ , et une rate non palpable.
  - Présence d'ulcères aux jambes ou autre effet toxique non hématologique inacceptable lié à l'hydroxycarbamide (défini par un stade 3 ou 4, ou plus d'une semaine au grade 2) tel que des manifestations cutanéomuqueuses, des symptômes gastro-intestinaux, une pneumonite ou de la fièvre
  - Effet toxique qui nécessite l'arrêt permanent de l'hydroxycarbamide, l'interruption de l'hydroxycarbamide jusqu'à la disparition de l'effet toxique ou une hospitalisation en raison des effets toxiques de l'hydroxycarbamide

Notes pour les réclamations :

- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an.

**Nouvelles indications**  
Sécukinumab (Cosentyx<sup>MD</sup>)

séringue préremplie et Stylo  
SensoReady de 150 mg/mL      02438070      NVR      (SA)      PCF

**Spondylarthrite ankylosante**

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score de  $\geq 4$  sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :
  - présentent des symptômes axiaux\* et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de trois mois ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
  - ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de trois mois, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
  - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
  - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

- Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose de 150 mg administrée aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4 sera approuvée, puis tous les mois ensuite.
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement: 1 an.

**Polyarthrite psoriasique**

- Pour le traitement des patients atteints de polyarthrite psoriasique active qui :
  - présentent au moins trois articulations atteintes et douloureuses;
  - n'ont pas répondu à un essai adéquat avec deux ARMM, ou sont intolérants ou présentent des contre-indications à l'égard de ces derniers.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
  - L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
  - Une dose de 150 mg administrée aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4 sera approuvée, puis tous les mois ensuite.
  - Les demandes pour une dose de 300 mg/mois seront admissibles après 6 mois d'essai à une dose de 150 mg/mois pour les patients qui ont obtenu une réponse inadéquate aux inhibiteurs du TNF.
  - Approbation initiale : 6 semaines.
  - Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
-

Bulletin no 975

Le mai 31 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

**Des mises à jour relatives aux médicaments génériques sont incluses dans ce bulletin :**

- Ajouts de médicaments génériques
  - À compter du mai 31 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
  - À compter du 21 juin 2018, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 juin 2018, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments génériques
  - Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le mai 31 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 juin 2018. Avant le 21 juin 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits génériques retirés du formulaire
  - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 juin 2018.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajouts de médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Almotriptan Co.	Orl	12,5mg	Almotriptan	2466821	SAS	(SA)	2.3478
Aripiprazole Co.	Orl	2mg	Abilify	2322374	OTS	(SA)	3.1367
			Apo-Aripiprazole	2471086	APX		2.4275
		5mg	Abilify	2322382	OTS	(SA)	3.5050
			Apo-Aripiprazole	2471094	APX		2.7138
		10mg	Abilify	2322390	OTS	(SA)	4.0500
			Apo-Aripiprazole	2471108	APX		3.2263
15mg	Abilify	2322404	OTS	(SA)	4.1300		
	Apo-Aripiprazole	2471116	APX		3.8075		
20mg	Abilify	2322412	OTS	(SA)	4.1717		
	Apo-Aripiprazole	2471124	APX		3.0050		
30mg	Abilify	2322455	OTS	(SA)	4.1717		
	Apo-Aripiprazole	2471132	APX		3.0050		
Bétahistine Co.	Orl	16mg	Betahistine	2466449	SAS	(SA)	0.1106
		24mg	Betahistine	2466457	SAS	(SA)	0.1659
Donépézil Co.	Orl	5mg	Donepezil	2426846	SAS	(SA)	0.4586
		10mg	Donepezil	2426854	SAS	(SA)	0.4586
Éplérénone Co.	Orl	25mg	Inspra	2323052	PFI	(SA)	2.7327
			Mint-Eplerenone	2471442	MNT		2.0595
50mg	Inspra	2323060	PFI	(SA)	2.7327		
	Mint-Eplerenone	2471450	MNT		2.0595		
Gliclazide Co.L.P.	Orl	30mg	Ran-Gliclazide MR	2463571	RAN	ADEFGV	0.0931
Hydralazine Co.	Orl	10mg	Mint-Hydralazine	2468778	MNT	ADEFGV	0.0355
Montélukast Co.C	Orl	5mg	Mint-Montelukast	2408635	MNT	(SA)	0.3082
Paroxétine Co.	Orl	10mg	pms-Paroxetine	2247750	PMS	ADEFGV	0.3046
Pravastatine Co.	Orl	10mg	Mar-Pravastatin	2432048	MAR	ADEFGV	0.2916

## Ajouts de médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Pravastatine Co.	Orl	20mg	Mar-Pravastatin	2432056	MAR	ADEFGV	0.3440
		40mg	Mar-Pravastatin	2432064	MAR	ADEFGV	0.4143
Ramipril / Hydrochlorothiazide Co.	Orl	2,5mg / 12,5mg	Ran-Ramipiril HCTZ	2449439	RAN	ADEFGV	0.1495
		5mg / 25mg	Ran-Ramipiril HCTZ	2449463	RAN	ADEFGV	0.1915
Rispéridone Liq	Orl	1mg/mL	Jamp-Risperidone	2454319	JPC	ADEFGV	0.4662
Ténofovir Co.	Orl	300mg	pms-Tenofovir	2453940	PMS	(SA)	4.8884

## Changements de prix des médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Énalapril Co.	Orl	2,5mg	Act Enalapril	2291878	TEV	ADEFGV	0.1863
			Apo-Enalapril	2020025	APX		
			Enalapril	2400650	SAS		
			Enalapril	2442957	SIV		
			Mylan-Enalapril	2300036	MYL		
			pms-Enalapril	2300079	PMS		
			Ran-Enalapril	2352230	RAN		
		Sandoz Enalapril	2299933	SDZ			
		5mg	Act Enalapril	2291886	TEV	ADEFGV	0.2203
			Apo-Enalapril	2019884	APX		
			Enalapril	2400669	SAS		
			Enalapril	2442965	SIV		
			Mylan-Enalapril	2300044	MYL		
			pms-Enalapril	2300087	PMS		
Ran-Enalapril	2352249		RAN				
Sandoz Enalapril	2299941	SDZ					
10mg	Act Enalapril	2291894	TEV	ADEFGV	0.2647		
	Apo-Enalapril	2019892	APX				
	Enalapril	2400677	SAS				
	Enalapril	2442973	SIV				
	Mylan-Enalapril	2300052	MYL				
	pms-Enalapril	2300095	PMS				
	Ran-Enalapril	2352257	RAN				
Sandoz Enalapril	2299968	SDZ					
Teva- Enalapril	2233006	TEV					

## Changements de prix des médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Énalapril Co.	Orl	20mg	Act Enalapril	2291908	TEV	ADEFVGV	0.3195
			Apo-Enalapril	2019906	APX		
			Enalapril	2400685	SAS		
			Enalapril	2442981	SIV		
			Mylan-Enalapril	2300060	MYL		
			Ran-Enalapril	2352265	RAN		
			Sandoz Enalapril	2299976	SDZ		
			Teva- Enalapril	2233007	TEV		
Entacapone Co.	Orl	200mg	Sandoz Entacapone	2380005	SDZ	ADEFVGV	0.4010
			Teva-Entacapone	2375559	TEV		
Fénofibrate Co.	Orl	160mg	Apo-Feno-Super	2246860	APX	ADEFVGV	0.2723
			Sandoz Fenofibrate S	2288052	SDZ		
Hydralazine Co.	Orl	10mg	Apo-Hydralazine	441619	APX	ADEFVGV	0.0355
			Jamp-Hydralazine	2457885	JPC		
Nitroglycerine Pth	Trd	0,2mg/hr	Minitran	2162806	VLN	ADEFV	0.4463
			Trinipatch	2230732	PAL		
		0,4mg/hr	Minitran	2163527	VLN	ADEFV	0.4704
			Trinipatch	2230733	PAL		
		0,6mg/hr	Minitran	2163535	VLN	ADEFV	0.4704
			Trinipatch	2230734	PAL		
Risperidone Liq	Orl	1mg/mL	pms-Risperidone	2279266	PMS	ADEFVGV	0.4662

## Produits génériques retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Entacapone Co.	Orl	200mg	Mylan-Entacapone	2390337	MYL	ADEFVGV
Ramipril / Hydrochlorothiazide Co.	Orl	2,5mg / 12,5mg	pms-Ramipril-HCTZ	2342138	PMS	ADEFVGV
		5mg / 25mg	pms-Ramipril-HCTZ Ramipril-HCTZ	2342162 2412667	PMS SAS	ADEFVGV

Bulletin n° 976

le 11 juin 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 11 juin 2018.

### **Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- Ajout aux garanties régulières
- Ajout relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Numéro d'identification du prescripteur et code de référence – Sages-femmes

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Acétate de glatiramère (Glatect <sup>MC</sup> )	seringues préremplies de 20 mg/mL	02460661	PDP	ADEFGV (SA)	PCF
Diazoxide (Proglycem <sup>MD</sup> )	capsules de 100 mg	00503347	FRS	ADEFGV	PCF
Nimodipine (Nimotop <sup>MD</sup> )	comprimés de 30 mg	02325926	BAY	ADEFGV	PCF

### L'autorisation spéciale n'est plus requise

Terbinafine (Lamisil <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés de 250 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
---	---------------------	--	--	--------	-----

## Ajout relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Chlorhydrate de propivéline (Mictory <sup>MD</sup> Pediatric)	comprimés de 5 mg	02460289	DUI	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement symptomatique de l'incontinence impérieuse ou des mictions fréquentes et de l'urgence mictionnelle chez les patients de moins de 18 ans qui présentent une hyperactivité vésicale.</p>					

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé</b> Glatiramère (Copaxone <sup>MD</sup> )	seringues préremplies de 20 mg/mL	02245619	TEV	(SA)	PCF
<p>1. Pour le traitement de la sclérose en plaques cliniquement certaine (SEPCC) y compris de la forme rémittente-récurrente ou la forme progressive secondaire de la sclérose en plaques chez les patients qui répondent aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux attaques aiguës de sclérose en plaques au cours des deux dernières années, et</li> <li>• Patient ambulatoire avec ou sans aide (score de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité)</li> </ul>					



## Numéro d'identification du prescripteur et code de référence – Sages-femmes

Les demandes de remboursement pour un médicament sur ordonnance soumises aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick doivent inclure le numéro de permis ou d'immatriculation du prescripteur, ainsi que le code de référence de l'ID du prescripteur qui identifie l'ordre professionnel du prescripteur.

Le tableau ci-dessous indique le numéro d'identification du prescripteur et le code de référence requis pour les sages-femmes.

Prescripteur		Champ	
Lieu	Type	Numéro d'ID du prescripteur	Code de référence d'ID du prescripteur
Nouveau-Brunswick	Sage-femme	Numéro d'immatriculation	99
Hors province	Sage-femme	D12	99

Il est possible d'obtenir le numéro d'enregistrement d'une sage-femme en :

- Accédant aux [Dossiers médicaux électroniques](#)
- Communiquant directement avec le bureau du prescripteur
- Consultant la page Web de l'organisme de réglementation – [Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes du Nouveau-Brunswick](#)

Les renseignements sur la soumission des demandes de remboursement aux Régimes de médicaments du N.-B. sont accessibles au [Soumission des demandes de remboursement aux Régimes de médicaments du N.-B.](#)

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Bulletin no 977

Le 28 juin 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

**Des mises à jour relatives aux médicaments génériques sont incluses dans ce bulletin :**

- Ajouts de médicaments génériques
  - À compter du 28 juin 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
  - À compter du 19 juillet 2018, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 19 juillet 2018, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments génériques
  - Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 28 juin 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 juillet 2018. Avant le 19 juillet 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits génériques retirés du formulaire
  - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 19 juillet 2018.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajouts de médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Atomoxétine							
Caps	Orl	80mg	Apo-Atomoxetine	2318075	APX	(SA)	1.2193
		100mg	Apo-Atomoxetine	2318083	APX	(SA)	1.3382
Nitrofurantoïne							
Caps	Orl	100mg	Macrobid	2063662	ALL	ADEFGVW	0.7965
			pms-Nitrofurantoin	2455676	PMS		0.5974
Paroxétine							
Co.	Orl	10mg	Paroxetine	2282844	SAS	ADEFGV	0.3046
Ténofovir							
Co.	Orl	300mg	Nat-Tenofovir	2472511	NAT	(SA)	4.8884
Varéicline							
Co.	Orl	0.5mg	Champix	2291177	PFI	(SA)	1.8548
			Apo-Varenicline	2419882	APX		1.3855
		1mg	Champix	2291185	PFI	(SA)	1.8541
			Apo-Varenicline	2419890	APX		1.3853

## Changements de prix des médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	25mg	Apo-Hydro	326844	APX	ADEFGV	0.0157
			pms-Hydrochlorothiazide	2247386	PMS		
			Teva-Hydrochlorothiazide	21474	TEV		
		50mg	Apo-Hydro	312800	APX	ADEFGV	0.0217
			Hydrochlorothiazide	2360608	SAS		
			pms-Hydrochlorothiazide	2247387	PMS		
			Teva-Hydrochlorothiazide	21482	TEV		
Hydromorphone							
Co.	Orl	1mg	Apo-Hydromorphone	2364115	APX	ADEFGVW	0.0950
			pms-Hydromorphone	885444	PMS		
			Teva-Hydromorphone	2319403	TEV		
Liq							
	Inj	2mg/mL	Hyfromorphone Hydrochloride	2145901	SDZ	ADEFGVW	1.5250
		10mg/mL	Hydromorphone HP 10	2145928	SDZ	ADEFGVW	3.3750
Ibuprofène							
Co.	Orl	400mg	Jamp-Ibuprofen	2401290	JPC	AEFGV	0.0372
			Novo-Profen	629340	TEV		

## Produits génériques retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	
Ibuprofène Co.	Oral	400mg	Apo-Ibuprofen	506052	APX	AEFGV

Bulletin n° 978

le 18 juillet 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 18 juillet 2018.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- Ajout aux garanties régulières
- Ajout relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Acétate de leuprolide (Eligard <sup>MD</sup> )	poudre pour injection à 7,5 mg poudre pour injection à 30 mg	02248239 02248999	SAV	ADEFV	PCF
<b>Ajouté à la liste d'autres régimes</b>					
Lamivudine (3TC <sup>MD</sup> )	solution buvable à 10 mg/mL	02192691	VIV	DEFGU	PCF
Zidovudine (Retrovir <sup>MD</sup> )	sirop à 50 mg/5 mL	01902652	VIV	DEFGU	PCF
<b>L'autorisation spéciale n'est plus requise</b>					
Atomoxétine (Strattera <sup>MD</sup> et marques génériques)	capsules de 10 mg capsules de 18 mg capsules de 25 mg capsules de 40 mg capsules de 60 mg capsules de 80 mg capsules de 100 mg			Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.	ADEFG PAM
Ézétimibe (Ezetrol <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés de 10 mg			Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.	ADEFGV PAM

## Ajout relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Évolocumab (Repatha <sup>MD</sup> )	autoinjecteur préremplie, 140 mg/mL	02446057	AGA	(SA)	PCF
	mini-doseur automatique avec cartouche préremplie, 120 mg/mL	02459779			

Pour le traitement de l'hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote chez les patients adultes qui doivent obtenir une diminution supplémentaire du taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL), si les critères suivants sont respectés :

- Diagnostic probable ou définitif d'HF hétérozygotes à l'aide des critères de Simon Broome ou du Dutch Lipid Network, ou d'un test génétique;
- Le patient n'arrive pas à atteindre la cible souhaitée pour le taux de C-LDL (moins de 2 mmol/L ou au moins une diminution de 50 % du taux de C-LDL par rapport à la valeur observée avant le traitement) malgré une adhésion au traitement confirmé d'au moins 3 mois avec :
  - une statine à dose élevée (p. ex., atorvastatine 80 mg, rosuvastatine 40 mg) en association avec ézétimibe; ou
  - ézétimibe seul, s'il y a une intolérance ou une contre-indication à l'utilisation d'une statine à dose élevée.

Critères visant le renouvellement initial :

- Une diminution du taux de C-LDL d'au moins 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou atteinte du taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Critères visant les renouvellements subséquents :

- Le patient doit continuer de maintenir une diminution du taux de C-LDL de 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou avoir atteint un taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Notes cliniques :

1. Les taux de C-LDL doivent être fournis.
2. L'intolérance à une statine à dose élevée sera considérée si le patient présente une rhabdomyolyse, une myopathie ou des biomarqueurs anormaux documentés (c.-à-d., créatinine kinase plus élevée que 5 fois la limite supérieure de la normale) après un essai d'au moins deux statines, et
  - pour chaque statine, une réduction de la dose a été tentée plutôt qu'un arrêt de la statine, et
  - l'intolérance a été réversible au moment de l'arrêt de la statine, mais est réapparue lors de la reprise du traitement avec la statine (lorsqu'approprié du point de vue clinique); et
  - au moins une statine a été instaurée à la plus faible de dose quotidienne de départ; et
  - les autres causes d'intolérance ont été éliminées.
3. Les détails doivent être fournis pour les patients qui ne peuvent pas prendre d'ézétimibe en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.

Notes pour les réclamations :

- Les approbations seront pour une quantité maximum de 140 mg chaque 2 semaines ou de 420 mg par mois.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période de renouvellement : 1 an

---

Phénylbutyrate de glycérol  
(Ravicti<sup>MC</sup>)

liquide à prise orale de 1,1 g/mL

02453304

HRZ

(SA)

PCF

Pour le traitement des patients atteints de troubles du cycle de l'urée.

Note clinique :

- Le diagnostic doit être confirmé par des tests sanguins, enzymatiques, biochimiques ou génétiques.

Note pour les réclamations :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant l'expérience du traitement des troubles du cycle de l'urée.
-

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé</b> Onabotulinumtoxin A (Botox <sup>MD</sup> )	50 unités Allergan par fiole 100 unités Allergan par fiole	00903741 01981501	ALL	(SA)	PCF
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pour le traitement du pied bot équin résultant de la spasticité chez les patients de 2 ans et plus.</li> <li>2. Pour réduire les symptômes subjectifs et objectifs de la dystonie cervicale (torticolis spasmodique) chez les adultes.</li> <li>3. Pour le traitement du blépharospasme, du spasme de l'hémiface (trouble du nerf VII) et du strabisme chez les patients de 12 ans et plus.</li> <li>4. Pour le traitement de la spasticité focale du membre supérieur et inférieur (au genou ou en dessous du genou) à la suite d'un accident vasculaire cérébral chez les adultes. La période d'approbation initiale sera de 6 mois pour la spasticité focale à la suite d'un AVC.</li> </ol> <p>Critère de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour une approbation prolongée, des documents faisant mention de l'amélioration de l'amplitude de mouvement passif ou actif, du tonus musculaire ou de la démarche (dans le cas de spasticité du membre inférieur) doivent être fournis.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients adultes qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante à une période d'essai raisonnable avec au moins deux autres traitements pharmacologiques (p. ex., avec des anticholinergiques ou le mirabegron).</li> </ol> <p>Critère de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les demandes de renouvellement doivent fournir des preuves objectives de la réponse au traitement, qui doit être caractérisée par une réduction d'au moins 50 % de la fréquence des épisodes d'incontinence urinaire.</li> </ul> <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doit être prescrit et administré par un urologue.</li> <li>• Approbation initiale : 12 semaines (une dose).</li> <li>• Approbation de renouvellement : Maximum de 3 doses par années chez les patients présentant une réponse, jusqu'à une fréquence maximale de 1 dose chaque 12 semaines.</li> </ul> <p><u>Critères d'exclusion :</u> Les conditions suivantes ne sont pas admissibles à la couverture:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Migraine chronique</li> <li>• Douleur chronique</li> <li>• Hyperhidrose</li> <li>• Contracture musculaire pour le soutien des soins du périnée</li> </ul>					

**Critère révisé**Riluzole (Rilutek<sup>MD</sup> et marques génériques)

comprimés pelliculés de 50 mg

Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.

(SA)

PAM

Pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique probable ou établie.

**Médicaments évalués et non-inscrits**

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Éliglustat (Cerdelga <sup>MC</sup> )	capsules de 84 mg	02463261	GZM	Maladie de Gaucher de type 1
Emtricitabine / Ténofovir Alafénamide (Descovy <sup>MD</sup> )	comprimés de 200 mg/10 mg comprimés de 200 mg/25 mg	02454416 02454424	GIL	Virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1)
pms-Zopiclone	comprimés de 3,75 mg	02458543	PMS	Insomnie

Bulletin no 979

Le 31 juillet 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

**Des mises à jour relatives aux médicaments génériques sont incluses dans ce bulletin :**

- Ajouts de médicaments génériques
  - À compter du 31 juillet 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
  - À compter du 21 août 2018, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 août 2018, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments génériques
  - Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 juillet 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 août 2018. Avant le 21 août 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits génériques retirés du formulaire
  - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 août 2018.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdugs-medicamentsnb.ca).

## Ajouts de médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Céfepime Pds.	Inj	1 g	Apo-Cefepime	2467496	APX	ADEFGVW	15.1003
		2 g	Apo-Cefepime	2467518	APX	ADEFGVW	30.1962
Entécavir Co.	Orl	0,5 mg	Jamp-Entecavir	2467232	JPC	(SA)	5.5000
Olopatadine Liq	Oph	0,1%	Sandoz Olopatadine	2358913	SDZ	ADEFGV	2.1714
		0,2%	Sandoz Olopatadine	2420171	SDZ	ADEFGV	4.3428
Trandolapril Caps	Orl	0,5 mg	Mavik	2231457	BGP	ADEFGV	0.2790
			pms-Trandolapril	2357755	PMS		0.1395
		1 mg	Mavik	2231459	BGP	ADEFGV	0.7046
			pms-Trandolapril	2357763	PMS		0.3523
2 mg	Mavik	2231460	BGP	ADEFGV	0.8098		
	pms-Trandolapril	2357771	PMS		0.4049		
4 mg	Mavik	2239267	BGP	ADEFGV	0.9990		
	pms-Trandolapril	2357798	PMS		0.4995		
Varénicline Tro	Orl	0,5 mg, 1 mg	Champix (Trousse de départ)	2298309	PFI	(SA)	1.8483
			Apo-Varenicline	2435675	APX		1.3804

## Changements de prix des médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Lévonorgestrel / Éthinylestradiol Co.	Orl	0,1 mg / 0,02 mg	Alysena (21)	2387875	APX	DEFGV	0.3629
			Aviane (21)	2298538	TEV		
			Alysena (28)	2387883	APX		
			Aviane (28)	2298546	TEV		
		0,15 mg / 0,03 mg	Ovima (21)	2387085	APX	DEFGV	0.3467
			Portia (21)	2295946	TEV		
			Ovima (28)	2387093	APX		
			Portia (28)	2295954	TEV		

## Changements de prix des médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Lisinopril							
Co.	Orl	5 mg	Act Lisinopril	2271443	ATV		
			Apo-Lisinopril	2217481	APX		
			Auro-Lisinopril	2394472	ARO		
			Lisinopril	2386232	SIV		
			pms-Lisinopril	2292203	PMS	ADEFGV	0.1347
			Ran-Lisinopril	2294230	RAN		
			Sandoz Lisinopril	2289199	SDZ		
			Teva-Lisinopril (Type P)	2285061	TEV		
			Teva-Lisinopril (Type Z)	2285118	TEV		
		10 mg	Act Lisinopril	2271451	ATV		
			Apo-Lisinopril	2217503	APX		
			Auro-Lisinopril	2394480	ARO		
			Lisinopril	2386240	SIV		
			pms-Lisinopril	2292211	PMS	ADEFGV	0.1619
			Ran-Lisinopril	2294249	RAN		
			Sandoz Lisinopril	2289202	SDZ		
			Teva-Lisinopril (Type P)	2285088	TEV		
			Teva-Lisinopril (Type Z)	2285126	TEV		
		20 mg	Act Lisinopril	2271478	ATV		
			Apo-Lisinopril	2217511	APX		
			Auro-Lisinopril	2394499	ARO		
			Lisinopril	2386259	SIV		
			pms-Lisinopril	2292238	PMS	ADEFGV	0.1945
			Ran-Lisinopril	2294257	RAN		
			Sandoz Lisinopril	2289229	SDZ		
			Teva-Lisinopril (Type P)	2285096	TEV		
			Teva-Lisinopril (Type Z)	2285134	TEV		
Lisinopril / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	20 mg / 25 mg	Lisinopril/HCTZ (Type Z)	2362961	SAS		
			Sandoz Lisinopril HCT	2302381	SDZ		
			Teva-Lisinopril HCTZ (Type P)	2302152	TEV	ADEFGV	0.2503
			Teva-Lisinopril HCTZ (Type Z)	2301784	TEV		

## Produits génériques retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Lévonorgestrel / Éthinylestradiol						
Co.	Orl	0,1 mg / 0,02 mg	Esme (21)	2388138	MYL	DEFGV
			Esme (28)	2388146	MYL	DEFGV
Lisinopril						
Co.	Orl	5 mg	Jamp-Lisinopril	2361531	JPC	ADEFGV
		10 mg	Jamp-Lisinopril	2361558	JPC	ADEFGV
		20 mg	Jamp-Lisinopril	2361566	JPC	ADEFGV
			Mylan-Lisinopril	2274868	MYL	ADEFGV

Bulletin n° 980

le 23 août 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 23 août 2018.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout aux garanties régulières
- Ajout relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie
- Calendrier de paiement pour les pharmaciens

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Lévonorgestrel (Kyleena <sup>MD</sup> )	système intra-utérin; 19,5 mg	02459523	BAY	DEFGV	PCF

## L'autorisation spéciale n'est plus requise

### Agonistes des récepteurs 5HT1 (Triptan)

Almotriptan (marques génériques)	comprimés de 12,5 mg				
Rizatriptan (Maxalt <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés de 5 mg comprimés de 10 mg				
Rizatriptan (Maxalt RPD <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés à dissolution orale de 5 mg comprimés à dissolution orale de 10 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFV	PAM
Sumatriptan (Imitrex DF et marques génériques)	comprimés de 50 mg comprimés de 100 mg				
Zolmitriptan (Zomig <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés de 2,5 mg				
Zolmitriptan (Zomig Rapimelt <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés à dissolution orale de 2,5 mg				

## Ajout relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
AbobotulinumtoxinA (Dysport Therapeutic <sup>MC</sup> )	300 unités par fiole	02460203	IPS	(SA)	PCF
	500 unités par fiole	02456117			
Déférasirox (Jadenu <sup>MD</sup> )	comprimés pelliculés de 90 mg	02452219	NVR	(SA)	PCF
	comprimés pelliculés de 180 mg	02452227			
	comprimés pelliculés de 360 mg	02452235			
Pour le traitement de la surcharge en fer chronique.					

Palmitate de Palipéridone (Invega Trinza <sup>MD</sup> )	seringue préremplie de 175 mg/0,875 mL	02455943	JAN	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 263 mg/1,315 mL	02455986			
	seringue préremplie de 350 mg/1,75 mL	02455994			
	seringue préremplie de 525 mg/2,625 mL	02456001			

Pour le traitement d'entretien de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés (non liés à la démence) chez les patients dont l'état a été stabilisé après au moins quatre mois de traitement par la palipéridone injectable.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé - Antirhumatismes modificateurs de la maladie biologique (ARMM) pour l'arthrite psoriasique</b>					
Adalimumab (Humira <sup>MD</sup> )	stylo et seringue préremplie de 40 mg/0,8 mL	02258595	ABV	(SA)	PCF
Certolizumab (Cimzia <sup>MD</sup> )	seringue préremplie de 200 mg/mL solution injectable en auto-injecteurs, 200 mg/mL	02331675	UCB	(SA)	PCF
		02465574			
Étanercept (Enbrel <sup>MD</sup> )	fiolle de 25 mg/mL solution injectable en auto-injecteurs et seringue préremplie de 50 mg/mL	02242903	AGA	(SA)	PCF
		02274728			
Golimumab (Simponi <sup>MD</sup> )	solution injectable en auto-injecteurs, 50 mg/0,5 mL	02324784	JAN	(SA)	PCF
	solution injectable en auto-injecteurs, 100 mg/mL	02413183			
	seringue préremplie de 50 mg/0,5 mL	02324776			
	seringue préremplie de 100 mg/mL	02413175			
Infliximab (Inflectra <sup>MD</sup> )	fiolle de 100 mg	02419475	HOS	(SA)	PCF
Sécukinumab (Cosentyx <sup>MD</sup> )	seringue préremplie et stylo SensoReady de 150mg/mL	02438070	NVR	(SA)	PCF

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
  - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
  - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose de  $\geq 20$  mg par semaine ( $\geq 15$  mg si le patient est âgé de  $\geq 65$  ans) pendant au moins 8 semaines; et

- au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Durée de l'approbation initiale : 16 semaines, 6 mois pour Sécukinumab
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
- Dose maximale approuvée :
  - Adalimumab : 40 mg toutes les deux semaines.
  - Certolizumab : 400 mg aux semaines 0, 2 et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines).
  - Étanercept : 50 mg une fois par semaine.
  - Golimumab : 50 mg par mois.
  - Sécukinumab : 150 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis une fois par mois. Les demandes portant sur une dose mensuelle de 300 mg seront prises en considération dans le cas des patients qui ont présenté une réponse inadéquate aux inhibiteurs du TNF.

**Critère révisé – Agonistes des récepteurs 5HT1 (Triptan)**

Naratriptan (Amerge <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés de 1 mg comprimés de 2,5 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits	(SA)	PAM
--	--	---	------	-----

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui présentent une intolérance ou une réponse insuffisante à tous les triptans inscrits à titre de médicaments réguliers (p. ex. almotriptan, élétriptan, rizatriptan, sumatriptan, zolmitriptan).

Notes pour les réclamations :

- La protection se limite à 6 doses par mois
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

Sumatriptan (Imitrex et marque générique)	seringue préremplie de 6 mg/0,5 mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.	(SA)	PAM
--	---------------------------------------	--	------	-----

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui ont présenté une réponse insuffisante aux triptans oraux et nasaux, ou qui ne peuvent les utiliser en raison de nausées ou de vomissements.

Notes pour les réclamations :

- La protection se limite à 6 doses par mois.
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

Sumatriptan (Imitrex)	vaporisation nasale de 5 mg vaporisation nasale de 20 mg	02230418 02230420	GSK	(SA)	PCF
Zolmitriptan (Zomig <sup>MD</sup> pour vaporisation nasale)	vaporisation nasale de 2,5 mg vaporisation nasale de 5 mg	02248992 02248993	AZE	(SA)	PCF

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui présentent une intolérance ou une réponse insuffisante aux triptans oraux inscrits à titre de médicaments réguliers.

Notes pour les réclamations :

- La protection se limite à 6 doses par mois.
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

**Critère révisé**

Cobimétinib (Cotellic <sup>MD</sup> )	comprimés de 20 mg	02452340	HLR	(SA)	PCF
---------------------------------------	--------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec mutation *BRAF* V600, en association avec le vémurafénib.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou présenter des symptômes stables.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Le cobimétinib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement par un inhibiteur du gène BRAF ou de la voie MEK.
- Durée de l'approbation initiale : 6 mois.
- Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois.

**Critère révisé**

Dabrafénib (Tafinlar<sup>MD</sup>)

capsule de 50 mg	02409607	NVR	(SA)	PCF
capsule de 75 mg	02409615			

Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec mutation *BRAF* V600, en monothérapie ou en association avec le tramétinib.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou présenter des symptômes stables.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Le dabrafénib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement par un inhibiteur du gène BRAF ou de la voie MEK.
- Durée de l'approbation initiale : 6 mois.
- Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois.

**Critère révisé**

Déférasirox (Exjade<sup>MD</sup> et marques génériques)

Comprimés à dissoudre pour suspension orale de 125 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits	(SA)	PAM
Comprimés à dissoudre pour suspension orale de 250 mg			
Comprimés à dissoudre pour suspension orale de 500 mg			

Pour le traitement de la surcharge en fer chronique.

**Critère révisé**

Tramétinib (Mekinist<sup>MD</sup>)

comprimés de 0,5 mg	02409623	NVR	(SA)	PCF
comprimés de 2 mg	02409658			

Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec mutation *BRAF* V600, en monothérapie ou en association avec le dabrafénib.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou présenter des symptômes stables.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Le tramétinib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement par un inhibiteur du gène *BRAF* ou de la voie MEK.
- Durée de l'approbation initiale : 6 mois.
- Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois.

---

**Critère révisé**

Vémurafénib (Zelboraf<sup>MD</sup>)

comprimés de 240 mg

02380242

HLR

(SA)

PCF

Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec mutation *BRAF* V600, en monothérapie ou en association avec le cobimétinib.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou présenter des symptômes stables.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Le vémurafénib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement par un inhibiteur du gène *BRAF* ou de la voie MEK.
  - Durée de l'approbation initiale : 6 mois.
  - Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois.
-

## Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Retrait de la liste</b> Almotriptan (Apo- Almotriptan)	comprimés de 6,25 mg	02405792	APX		
Almotriptan (Mylan- Almotriptan)	comprimés de 6,25 mg	02398435	MYL		

À compter du 23 août 2018, l'almotriptan à 6,25 mg sera retiré du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Il existe des triptans aussi efficaces et moins coûteux pour le traitement des crises de migraine aiguës qui sont couverts en vertu du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

## Calendrier de paiement pour les pharmaciens

Le Calendrier de paiement pour les pharmaciens pour les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick sera maintenant publié sur le site Web de Croix Bleue Medavie sur la page [Ressources pour les professionnels de la santé](#).

Le Calendrier de paiement pour l'exercice financier 2018/2019 est actuellement disponible. Le Calendrier de paiement pour les années suivantes sera publié annuellement, à la fin du mois de mars.

Bulletin no 981

Le 30 août 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

**Des mises à jour relatives aux médicaments génériques sont incluses dans ce bulletin :**

- Ajouts de médicaments génériques
  - À compter du 30 août 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments génériques
  - Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 30 août 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 septembre 2018. Avant le 20 septembre 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits génériques retirés du formulaire
  - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 septembre 2018.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdugs-medicamentsnb.ca).

## Ajouts de médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Aripiprazole						
Co.	Orl					
	2 mg	Auro-Aripiprazole	2460025	ARO		
		pms-Aripiprazole	2466635	PMS	(SA)	0.8092
		Sandoz Aripiprazole	2473658	SDZ		
	5 mg	Auro-Aripiprazole	2460033	ARO		
		pms-Aripiprazole	2466643	PMS	(SA)	0.9046
		Sandoz Aripiprazole	2473666	SDZ		
	10 mg	Auro-Aripiprazole	2460041	ARO		
		pms-Aripiprazole	2466651	PMS	(SA)	1.0754
		Sandoz Aripiprazole	2473674	SDZ		
	15 mg	Auro-Aripiprazole	2460068	ARO		
		pms-Aripiprazole	2466678	PMS	(SA)	1.2692
		Sandoz Aripiprazole	2473682	SDZ		
		Teva-Aripiprazole	2464179	TEV		
	20 mg	Auro-Aripiprazole	2460076	ARO		
		pms-Aripiprazole	2466686	PMS	(SA)	1.0017
		Sandoz Aripiprazole	2473690	SDZ		
		Teva-Aripiprazole	2464187	TEV		
	30 mg	Auro-Aripiprazole	2460084	ARO		
		pms-Aripiprazole	2466694	PMS	(SA)	1.0017
		Sandoz Aripiprazole	2473704	SDZ		
Candésartan						
Co.	Orl					
	4 mg	Auro-Candesartan	2445786	ARO	ADEFGV	0.1700
	8 mg	Auro-Candesartan	2445794	ARO	ADEFGV	0.2281
Diltiazem						
Caps.L.P.	Orl					
	120 mg	Mar-Diltiazem T	2465353	MAR	ADEFV	0.2133
	180 mg	Mar-Diltiazem T	2465361	MAR	ADEFV	0.2889
	240 mg	Mar-Diltiazem T	2465388	MAR	ADEFV	0.3832
	300 mg	Mar-Diltiazem T	2465396	MAR	ADEFV	0.4720
	360 mg	Mar-Diltiazem T	2465418	MAR	ADEFV	0.5778
Lactulose						
Sir	Orl					
	667 mg/mL	pms-Lactulose-pharma	2469391	PMS	(SA)	0.0145
Latanoprost						
Liq	Oph					
	0,005%	Med-Latanoprost	2426935	GMP	ADEFGV	3.6320
Pravastatine						
Co.	Orl					
	10 mg	Sandoz Pravastatin	2468700	SDZ	ADEFGV	0.2916
	20 mg	Sandoz Pravastatin	2468719	SDZ	ADEFGV	0.3440
	40 mg	Sandoz Pravastatin	2468727	SDZ	ADEFGV	0.4143

## Ajouts de médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Quétiapine							
Co.L.P.	Orl	50 mg	Apo-Quétiapine XR	2457229	APX	ADEFGVW	0.2501
		150 mg	Apo-Quétiapine XR	2457237	APX	ADEFGVW	0.4926
		200 mg	Apo-Quétiapine XR	2457245	APX	ADEFGVW	0.6661
		300 mg	Apo-Quétiapine XR	2457253	APX	ADEFGVW	0.9776
		400 mg	Apo-Quétiapine XR	2457261	APX	ADEFGVW	1.3270
Simvastatine							
Co.	Orl	10 mg	pharma-Simvastatin	2469987	PMS	ADEFGV	0.2023
Telmisartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	80 mg / 12,5 mg	ACH-Telmisartan HCTZ	2419114	AHI	ADEFGV	0.2098
		80 mg / 25 mg	ACH-Telmisartan HCTZ	2419122	AHI	ADEFGV	0.2098
Trandolapril							
Caps	Orl	0,5 mg	Sandoz Trandolapril	2325721	SDZ	ADEFGV	0.1395
		1 mg	Sandoz Trandolapril	2325748	SDZ	ADEFGV	0.3523
		2 mg	Sandoz Trandolapril	2325756	SDZ	ADEFGV	0.4049
		4 mg	Sandoz Trandolapril	2325764	SDZ	ADEFGV	0.4995

## Changements de prix des médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Aripiprazole							
Co.	Orl	2 mg	Apo-Aripiprazole	2471086	APX	(SA)	0.8092
		5 mg	Apo-Aripiprazole	2471094	APX	(SA)	0.9046
		10 mg	Apo-Aripiprazole	2471108	APX	(SA)	1.0754
		15 mg	Apo-Aripiprazole	2471116	APX	(SA)	1.2692
		20 mg	Apo-Aripiprazole	2471124	APX	(SA)	1.0017
		30 mg	Apo-Aripiprazole	2471132	APX	(SA)	1.0017
Métoprolol							
Co.	Orl	50 mg	Apo-Métoprolol	618632	APX		
			Apo-Métoprolol (Type L)	749354	APX		
			Jamp-Métoprolol-L	2356821	JPC		
			Metoprolol	2350394	SAS		
			Metoprolol-L	2442124	SIV	ADEFGV	0.0624
			pms-Métoprolol-L	2230803	PMS		
			Teva-Métoprolol	648035	TEV		
			Teva-Métoprolol	842648	TEV		

## Changements de prix des médicaments génériques

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
<b>Métoprolol</b>							
Co.	Orl	100 mg	Apo-Metoprolol	618640	APX		
			Apo-Metoprolol (Type L)	751170	APX		
			Jamp-Metoprolol-L	2356848	JPC		
			Metoprolol	2350408	SAS	ADEFGV	0.1250
			Metoprolol-L	2442132	SIV		
			pms-Metoprolol-L	2230804	PMS		
			Teva-Metoprolol	648043	TEV		
			Teva-Metoprolol	842656	TEV		
<b>Quétiapine</b>							
Co.L.P.	Orl	50 mg	Sandoz Quetiapine XR	2407671	SDZ	ADEFGVW	0.2501
			Teva-Quetiapine XR	2395444	TEV		
		150 mg	Sandoz Quetiapine XR	2407698	SDZ	ADEFGVW	0.4926
			Teva-Quetiapine XR	2395452	TEV		
		200 mg	Sandoz Quetiapine XR	2407701	SDZ	ADEFGVW	0.6661
			Teva-Quetiapine XR	2395460	TEV		
		300 mg	Sandoz Quetiapine XR	2407728	SDZ	ADEFGVW	0.9776
			Teva-Quetiapine XR	2395479	TEV		
		400 mg	Sandoz Quetiapine XR	2407736	SDZ	ADEFGVW	1.3270
			Teva-Quetiapine XR	2395487	TEV		

## Produits génériques retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
<b>Métoprolol</b>						
Co.	Orl	50 mg	Sandoz Metoprolol (Type L)	2354187	SDZ	ADEFGV
		100 mg	Sandoz Metoprolol (Type L)	2354195	SDZ	ADEFGV

Bulletin n° 982

Le 6 septembre 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 6 septembre 2018.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- Ajout aux garanties régulières
- Ajout relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Citrate de potassium (Urocit <sup>MD</sup> -K)	comprimés à libération prolongée de 10 mEq	02353997	PAL	ADEFGV	PCF

### Ajouté à la listes d'autre régimes – Médicaments pour la prophylaxie contre le VIH

Dolutégravir (Tivicay)	comprimés à 50 mg	02414945	VIV	ADEFGUV	PCF
Raltégravir (Isentress <sup>MD</sup> )	comprimés à 400 mg	02301881	FRS	ADEFGUV	PCF

Le dolutégravir et le raltégravir figurent sur la liste des médicaments réguliers d'autres régimes. Le dolutégravir et le raltégravir sont utilisés en association avec l'emtricitabine/ténofovir disoproxil (Truvada<sup>MD</sup> et les marques génériques) pour le traitement de l'infection par le VIH-1 et dans le cadre de la prophylaxie post-exposition (PPE).

Truvada<sup>MD</sup> et les marques génériques figurent actuellement sur la liste des médicaments réguliers. Aucune indication ne requiert d'autorisation spéciale, y compris le traitement de l'infection par le VIH-1, la prophylaxie post-exposition et la prophylaxie pré-exposition (PrEP).

### L'autorisation spéciale n'est plus requise

Témozolomide (Temodal <sup>MD</sup> et marques génériques)	capsules à 5 mg capsules à 20 mg capsules à 100 mg capsules à 140 mg capsules à 250 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
--	--	--	--	--------	-----

## Ajout relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Sélexipag (Upravi <sup>MD</sup> )	comprimés à 200 mcg	02451158	ACT	(SA)	PCF
	comprimés à 400 mcg	02451166			
	comprimés à 600 mcg	02451174			
	comprimés à 800 mcg	02451182			
	comprimés à 1000 mcg	02451190			
	comprimés à 1200 mcg	02451204			
	comprimés à 1400 mcg	02451212			
	comprimés à 1600 mcg	02451220			

Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) chez les patients en classe fonctionnelle II à IV de l'Organisation mondiale de la Santé, si les critères cliniques suivants sont respectés :

- Maîtrise inadéquate au moyen d'un traitement de première intention (c.-à-d. inhibiteur

de la phosphodiesterase-5) et de deuxième intention (c.-à-d. antagoniste des récepteurs de l'endothéline) contre l'HAP.

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les réclamations :

- Le traitement d'association avec la prostacycline ou des analogues de la prostacycline ne sera pas remboursé.
- Doit être prescrit par un clinicien possédant de l'expérience dans le diagnostic et le traitement de l'HAP.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle forme pharmaceutique et nouveau dosage Pirféridone (Esbriet <sup>MD</sup> )	Comprimés pelliculés de 267 mg	02464489	HLR	(SA)	PCF
	Comprimés pelliculés de 801 mg	02464500			

Pour le traitement des patients adultes souffrant de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) légère à modérée dont le diagnostic a été validé par un pneumologue et confirmé par une tomographie haute résolution (TDM HR) au cours des 24 mois précédents.

Critères du premier renouvellement :

La maladie ne doit pas avoir progressé entre le début du traitement et le renouvellement (6 premiers mois de traitement), la progression étant définie par un déclin absolu  $\geq 10\%$  du pourcentage de la capacité vitale forcée (CVF) prédite. Si la maladie a progressé suivant ce critère, les tests de la fonction pulmonaire doivent être refaits 4 semaines plus tard pour confirmer les résultats.

Critères pour les renouvellements subséquents :

La maladie ne doit pas avoir progressé depuis les 12 derniers mois, la progression étant définie par un déclin absolu  $\geq 10\%$  du pourcentage de la CVF prédite. Si la maladie a progressé suivant ce critère, les tests de la fonction pulmonaire doivent être refaits 4 semaines plus tard pour confirmer les résultats.

Notes cliniques :

- Une FPI légère à modérée est définie par une CVF  $\geq 50\%$  de la valeur prédite.
- Toutes les autres causes possibles d'une maladie pulmonaire restrictive (p. ex., maladie vasculaire du collagène ou pneumopathie d'hypersensibilité) doivent être exclues avant de commencer le traitement.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un médecin ayant l'expérience du traitement de la FPI, ou en consultation avec un tel médecin.
- Une polythérapie avec de la pirféridone et du nintédanib ne sera pas remboursée.

- Durée de l'approbation initiale : 7 mois (4 semaines plus tard pour confirmer les résultats des tests de la fonction pulmonaire)
  - Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois
  - Durée des renouvellements subséquents : 12 mois
-

Bulletin no 983

Le 27 septembre 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 27 septembre 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
  - À compter du 18 octobre 2018, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 18 octobre 2018, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
  - Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 27 septembre 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 18 octobre 2018. Avant le 18 octobre 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits retirés du formulaire
  - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 18 octobre 2018.
    - Le liquide concentré oral de méthadone (Methadose) 10 mg/mL

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Amlodipine							
Co.	Orl	2,5 mg	pharma-Amlodipine	2469022	PMS	ADEFGV	0.0767
		5 mg	pharma-Amlodipine	2469030	PMS	ADEFGV	0.1343
		10 mg	pharma-Amlodipine	2469049	PMS	ADEFGV	0.1993
Atomoxétine							
Caps	Orl	10 mg	Atomoxetine	2445883	SIV	ADEFG	0.5106
		18 mg	Atomoxetine	2445905	SIV	ADEFG	0.5748
		25 mg	Atomoxetine	2445913	SIV	ADEFG	0.6420
		40 mg	Atomoxetine	2445948	SIV	ADEFG	0.7369
		60 mg	Atomoxetine	2445956	SIV	ADEFG	0.8092
Escitalpram							
Co.	Orl	10 mg	pharma-Escitalopram	2469243	PMS	ADEFGV	0.3109
		20 mg	pharma-Escitalopram	2469251	PMS	ADEFGV	0.3310
Ézétimibe							
Co.	Orl	10 mg	ACH-Ezetimibe	2425610	AHI	ADEFGV	0.1811
Fosfomycine							
Pds.	Orl	3 g	Monurol	2240335	PAL	(SA)	6.4233
			Jamp-Fosfomycin	2473801	JPC		4.6750
Midodrine							
Co.	Orl	2,5 mg	Mar-Midodrine	2473984	MAR	ADEFGV	0.2305
		5 mg	Mar-Midodrine	2473992	MAR	ADEFGV	0.3842
Pipéracilline / Tazobactam							
Pds.	Inj	2 g / 0,25 g	Piperacillin and Tazobactam	2401312	TLG	ABDEFGW	4.1720
		3 g / 0,375 g	Piperacillin and Tazobactam	2401320	TLG	ABDEFGW	6.2591
		4 g / 0,5 g	Piperacillin and Tazobactam	2401339	TLG	ABDEFGW	8.3458
Pravastatine							
Co.	Orl	10 mg	Auro-Pravastatin	2458977	ARO	ADEFGV	0.2916
		20 mg	Auro-Pravastatin	2458985	ARO	ADEFGV	0.3440
		40 mg	Auro-Pravastatin	2458993	ARO	ADEFGV	0.4143
Ramipril							
Caps	Orl	1,25 mg	pharma-Ramipril	2469057	PMS	ADEFGV	0.0708
		2,5 mg	pharma-Ramipril	2469065	PMS	ADEFGV	0.0817
		5 mg	pharma-Ramipril	2469073	PMS	ADEFGV	0.0817

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Ramipril Caps	Orl	10 mg	pharma-Ramipril	2469081	PMS	ADEFGV	0.1034
Solifénacine Co.	Orl	10 mg	Ran-Solifenacin	2437996	RAN	ADEFGV	0.3041

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Méthadone Liq	Orl	10 mg/mL	Metadol-D	2244290	PAL	(SA)	0.0146
Midodrine Co.	Orl	2,5 mg	Midodrine	2278677	AAP	ADEFGV	0.2305
		5 mg	Midodrine	2278685	AAP	ADEFGV	0.3842
Oxybutynine Co.	Orl	5mg	Apo-Oxybutynin	2163543	APX	ADEFGV	0.0986
			Oxybutynin	2350238	SAS		
			pms-Oxybutynin	2240550	PMS		
			Teva-Oxybutynin	2230394	TEV		

## Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Méthadone Liq	Orl	10 mg/mL	Methadose sans saveur	2394618	MAL	(SA)
			Methadose saveur de cerise	2394596	MAL	

À compter du 18 octobre 2018, le liquide concentré oral de Methadose 10 mg/mL seront retirés de la liste des médicaments assurés en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, puisque le fabricant n'a pas confirmé les prix de ces produits au nouveau prix admissible maximum (PAM).

Le liquide concentré oral de Metadol-D 10 mg/ml est admissible au remboursement à l'heure actuelle pour le traitement du trouble de consommation d'un opiacé. Dès le 18 octobre 2018, le Metadol-D sera remboursé jusqu'à concurrence du nouveau PAM de 0,0146 \$. Avant cette date, le Metadol-D sera remboursé jusqu'à concurrence du PAM actuel de 0,0162 \$.

Une nouvelle autorisation spéciale n'est pas requise pour les bénéficiaires dont l'autorisation spéciale est actuellement approuvée pour la méthadone pour le trouble de consommation d'un opiacé, puisque le Metadol-D est inclus dans les médicaments autorisés existants.

Bulletin no 984

Le 31 octobre 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 31 octobre 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
  - À compter du 21 novembre 2018, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 novembre 2018, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
  - Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 octobre 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 novembre 2018. Avant le 21 novembre 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Changements touchant une catégorie de médicament
  - Les produits qui appartiennent à des catégories dans lesquelles il n'y a plus de produit générique seront déplacés sur la liste des Prix catalogue du fabricant (PCF) à compter du 21 novembre 2018.
- Produits retirés du formulaire
  - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 novembre 2018.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Aripiprazole							
Co.	Orl	2 mg	Teva-Aripiprazole	2464144	TEV	(SA)	0.8092
		5 mg	Teva-Aripiprazole	2464152	TEV	(SA)	0.9046
		10 mg	Teva-Aripiprazole	2464160	TEV	(SA)	1.0754
		30 mg	Teva-Aripiprazole	2464195	TEV	(SA)	1.0017
Céphalexine							
Co	Orl	250 mg	Auro-Cephalexin	2470578	ARO	ABDEFGVW	0.0866
		500 mg	Auro-Cephalexin	2470586	ARO	ABDEFGVW	0.1731
Dutastéride							
Caps	Orl	0,5 mg	Auro-Dutasteride	2469308	ARO	ADEFGV	0.3027
Éfavirenz / Emtricitabine / Ténofovir							
Co.	Orl	600 mg / 200 mg / 300 mg	Apo-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir	2468247	APX	DU	11.3300
Furosémide							
Co.	Orl	20 mg	Mint-Furosemide	2466759	MNT	ADEFGVW	0.0219
		40 mg	Mint-Furosemide	2466767	MNT	ADEFGVW	0.0327
Lacosamide							
Co.	Orl	50 mg	Vimpat	2357615	UCB		2.5000
			Auro-Lacosamide	2475332	ARO		
			pharma-Lacosamide	2478196	PMS	(SA)	0.6313
			Sandoz Lacosamide	2474670	SDZ		
			Teva-Lacosamide	2472902	TEV		
		100 mg	Vimpat	2357623	UCB		3.4793
			Auro-Lacosamide	2475340	ARO		
			pharma-Lacosamide	2478218	PMS	(SA)	0.8750
			Sandoz Lacosamide	2474689	SDZ		
			Teva-Lacosamide	2472910	TEV		
		150 mg	Vimpat	2357631	UCB		4.6600
			Auro-Lacosamide	2475359	ARO		
			pharma-Lacosamide	2478226	PMS	(SA)	1.1763
			Sandoz Lacosamide	2474697	SDZ		
			Teva-Lacosamide	2472929	TEV		
		200 mg	Vimpat	2357658	UCB		5.7500
			Auro-Lacosamide	2475367	ARO		
			pharma-Lacosamide	2478234	PMS	(SA)	1.4500
			Sandoz Lacosamide	2474700	SDZ		
			Teva-Lacosamide	2472937	TEV		
Paroxétine							
Co.	Orl	10 mg	Teva-Paroxetine	2248556	TEV	ADEFGV	0.3046

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Pinavérium Co.	Orl	50 mg	Dicetel Apo-Pinaverium	1950592 2469677	ABB PMS	ADEFGV	0.3607 0.3066
		100 mg	Dicetel Apo-Pinaverium	2230684 2469685	ABB PMS	ADEFGV	0.6289 0.5346
Quétiapine Co.L.P.	Orl	50 mg	Quetiapine XR	2417359	SIV	ADEFGVW	0.2501
		150 mg	Quetiapine XR	2417367	SIV	ADEFGVW	0.4926
		200 mg	Quetiapine XR	2417375	SIV	ADEFGVW	0.6661
		300 mg	Quetiapine XR	2417383	SIV	ADEFGVW	0.9776
		400 mg	Quetiapine XR	2417391	SIV	ADEFGVW	1.3270
Solfénacine Co.	Orl	5 mg	Apo-Solifenacin	2423375	APX	ADEFGV	0.3041
		10 mg	Apo-Solifenacin	2423383	APX	ADEFGV	0.3041
Trandolapril Caps	Orl	0,5 mg	Auro-Trandolapril Teva-Trandolapril	2471868 2415429	ARO TEV	ADEFGV	0.0698
		1 mg	Auro-Trandolapril Teva-Trandolapril	2471876 2415437	ARO TEV	ADEFGV	0.1762
		2 mg	Auro-Trandolapril Teva-Trandolapril	2471884 2415445	ARO TEV	ADEFGV	0.2025
		4 mg	Auro-Trandolapril Teva-Trandolapril	2471892 2415453	ARO TEV	ADEFGV	0.2498

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Céphalexine Co.	Orl	250 mg	Teva-Cephalexin	583413	TEV	ABDEFGVW	0.0866
		500 mg	Teva-Cephalexin	583421	TEV	ABDEFGVW	0.1731
Éfavirenz / Emtricitabine / Ténofovir Co.	Orl	600 mg / 200 mg / 300 mg	Mylan-Efavirenz/Emtricitabine/Ténofovir Teva- Efavirenz/Emtricitabine/Ténofovir	2461412 2393549	MYL TEV	DU	11.3300
Furosémide Co.	Orl	20 mg	Teva-Furosemide	337730	TEV	ADEFGVW	0.0219
		40 mg	Teva-Furosemide	337749	TEV	ADEFGVW	0.0327

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Nitroglycerine							
Aém.	Slg	0.4 mg	Mylan-Nitro SL Rho-Nitro	2243588 2238998	MYL SDZ	ADEFGVW	0.0421
Pindolol							
Co.	Orl	5 mg	Apo-Pindol Teva-Pindolol	755877 869007	APX TEV	ADEFGV	0.1361
		10 mg	Apo-Pindol Teva-Pindolol	755885 869015	APX TEV	ADEFGV	0.2323
		15 mg	Apo-Pindol Teva-Pindolol	755893 869023	APX TEV	ADEFGV	0.3370
Piroxicam							
Caps	Orl	10 mg	Teva-Piroxicam	695718	TEV	ADEFGV	0.2213
Polystyrène Sulfonate							
Susp	Orl	250 mg/mL	Solystat	769541	PDP	ADEFGV	0.1566
Prazosine							
Co.	Orl	1 mg	Teva-Prazosin	1934198	TEV	ADEFGV	0.1371
		2 mg	Teva-Prazosin	1934201	TEV	ADEFGV	0.1862
		5 mg	Teva-Prazosin	1934228	TEV	ADEFGV	0.2560
Trandolapril							
Cap	Orl	0.5 mg	pms-Trandolapril Sandoz Trandolapril	2357755 2325721	PMS SDZ	ADEFGV	0.0698
		1 mg	pms-Trandolapril Sandoz Trandolapril	2357763 2325748	PMS SDZ	ADEFGV	0.1762
		2 mg	pms-Trandolapril Sandoz Trandolapril	2357771 2325756	PMS SDZ	ADEFGV	0.2025
		4 mg	pms-Trandolapril Sandoz Trandolapril	2357798 2325764	PMS SDZ	ADEFGV	0.2498

## Changements touchant une catégorie de médicament

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PCF
Aurothiomalate sodique							
Liq	Inj	10 mg/mL	Myochrysin	1927620	SAV	ADEFGV	12.8900
		25 mg/mL	Myochrysin	1927612	SAV	ADEFGV	15.6700
Calcitonine							
Liq	Inj	200 U/mL	Calcimar	1926691	SAV	ADEFGV	29.9700
Dexaméthasone / Framycétine / Gramicidine							
Gtts	Oph	0,5 mg / 5 mg / 0,05 mg	Sofracort E/E	2224623	SAV	ADEFGV	2.0225

## Changements touchant une catégorie de médicament

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PCF
Erythromycin Caps.Ent.	Orl	250 mg	Eryc	607142	PFI	ABDEFGWW	0.7365
		333 mg	Eryc	873454	PFI	ABDEFGWW	0.2870
Flupenthixol Liq	Inj	100 mg/mL	Fluanoxol Depot	2156040	VLH	ADEFGV	39.4676
Fluphenazine Liq	Inj	100 mg/mL	Modecate Concentrate	755575	BRI	ADEFGV	29.7800
Levobunolol Liq	Oph	0.5%	Betagan	637661	ALL	ADEFGV	3.6000

## Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Céphalexine Co.	Orl	250 mg	Apo-Cephalex	768723	APX	ABDEFGWW
		500 mg	Apo-Cephalex	768715	APX	ABDEFGWW
Furosémide Co.	Orl	20 mg	Apo-Furosemide	396788	APX	ADEFGWW
			Furosemide	2351420	SAS	
			pms-Furosemide	2247493	PMS	
		40 mg	Apo-Furosemide	362166	APX	ADEFGWW
			Furosemide	2351439	SAS	
			pms-Furosemide	2247494	PMS	
Nitroglycerine Aém.	Slg	0,4 mg	Apo-Nitroglycerin	2393433	APX	ADEFGWW

Bulletin n° 985

Le 8 novembre 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 8 novembre 2018.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout aux garanties régulières
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdugs-medicamentsnb.ca).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Calcipotriol/bétaméthasone dipropionate (Enstilar <sup>MC</sup> )	mousse aérosol de 50 mcg/g /0,5 mg/g	02457393	LEO	ADEFGV	PCF
Citrate de potassium (Uroci <sup>MD</sup> -K)	comprimés à libération prolongée de 5 mEq	01914022	PAL	ADEFGV	PCF
Élériptan (Relpax <sup>MC</sup> et marque générique)	comprimés de 20 mg comprimés de 40 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Fluorouracil/acide salicylique (Actikerall <sup>MC</sup> )	0,5% / 10% solution topique	02428946	CIP	ADEFGV	PCF

### Ajouté à la listes d'autre régimes

Chlorhydrate d'éthambutol (Étibi)	comprimés de 100 mg comprimés de 400 mg	00247960 00247979	VLN	ADEFGPV	PAM
-----------------------------------	--	----------------------	-----	---------	-----

### L'autorisation spéciale n'est plus requise

Prégabaline (Lyrica <sup>MD</sup> et marques génériques)	capsules de 25 mg capsules de 50 mg capsules de 75 mg capsules de 150 mg capsules de 225 mg capsules de 300 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGVW	PAM
--	---	--	--	---------	-----

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Canagliflozine/metformine (Invokamet <sup>MD</sup> )	comprimés de 50 mg/500 mg comprimés de 50 mg/850 mg comprimés de 50 mg/1000 mg comprimés de 150 mg/500 mg comprimés de 150 mg/850 mg comprimés de 150 mg/1000 mg	02455404 02455412 02455420 02455439 02455447 02455455	JAN	Pour le traitement du diabète de type 2

## Mise à jour pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

### Horaires des Fêtes 2018

Des représentants des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront présents selon cet horaire pendant la période des Fêtes 2018 :

Date	Heures
Lundi 24 décembre	8 h à 13 h
Mardi 25 décembre	Fermé
Mercredi 26 décembre	Fermé
Jeudi 27 décembre	8 h à 5 h (heures régulières)
Vendredi 28 décembre	8 h à 5 h (heures régulières)
Samedi 29 décembre	Fermé
Dimanche 30 décembre	Fermé
Lundi 31 décembre	8 h à 5 h (heures régulières)
Mardi 1 <sup>er</sup> janvier	Fermé

Veuillez vous reporter au [Calendrier de paiement pour les pharmaciens](#) des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick pour connaître les dates des dépôts directs pendant cette période.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au **1 800 332-3691**.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

Bulletin no 987

Le 29 novembre 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 29 novembre 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
  - À compter du 20 décembre 2018, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 20 décembre 2018, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
  - Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 29 novembre 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 décembre 2018. Avant le 20 décembre 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Changements touchant une catégorie de médicament
  - Les produits qui appartiennent à des catégories dans lesquelles il n'y a plus de produit générique seront déplacés sur la liste des Prix catalogue du fabricant (PCF) à compter du 20 décembre 2018.
- Produits retirés du formulaire
  - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 décembre 2018.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdruqs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdruqs-medicamentsnb.ca).

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Atorvastatine							
Co.	Orl	10 mg	Mar-Atorvastatin	2454017	MAR	ADEFGV	0.1743
		20 mg	Mar-Atorvastatin	2454025	MAR	ADEFGV	0.2179
		40 mg	Mar-Atorvastatin	2454033	MAR	ADEFGV	0.2342
		80 mg	Mar-Atorvastatin	2454041	MAR	ADEFGV	0.2342
Candésartan							
Co.	Orl	8 mg	Mint-Candesartan	2476916	MNT	ADEFGV	0.2281
		16 mg	Mint-Candesartan	2476924	MNT	ADEFGV	0.2281
Ézétimibe							
Co.	Orl	10 mg	Auro-Ezetimibe	2469286	ARO	ADEFGV	0.1811
Halopéridol							
Co.	Orl	20 mg	Teva-Haloperidol	768820	TEV	ADEFGVW	1.1728
Hydromorphone							
Caps.L.L.	Orl	3 mg	Hydromorph Contin Apo-Hydromorphone CR	2125323 2476614	PFR APX	ADEFGVW	0.8030 0.6023
		4,5 mg	Hydromorph Contin Apo-Hydromorphone CR	2359502 2476622	PFR APX	ADEFGVW	0.9700 0.7275
		6 mg	Hydromorph Contin Apo-Hydromorphone CR	2125331 2476630	PFR APX	ADEFGVW	1.2040 0.9030
		9 mg	Hydromorph Contin Apo-Hydromorphone CR	2359510 2476649	PFR APX	ADEFGVW	1.5900 1.1925
		18 mg	Hydromorph Contin Apo-Hydromorphone CR	2243562 2476665	PFR APX	ADEFGVW	3.0120 2.2590
		24 mg	Hydromorph Contin Apo-Hydromorphone CR	2125382 2476673	PFR APX	ADEFGVW	3.8550 2.6138
		30 mg	Hydromorph Contin Apo-Hydromorphone CR	2125390 2476681	PFR APX	ADEFGVW	1.6180 3.1309
Thiamazole							
Co.	Orl	5 mg	Tapazole Mar-Methimazole	15741 2480107	PAL MAR	ADEFGV	0.3062 0.2297
		10 mg	Tapazole Mar-Methimazole	2296039 2480115	PAL MAR	ADEFGV	0.6125 0.5181
Ursodiol							
Co.	Orl	250 mg	Jamp-Ursodiol	2472392	JPC	ADEFGV	0.3818
		500 mg	Jamp-Ursodiol	2472406	JPC	ADEFGV	0.7242

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Ramipril / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg	pms-Ramipril/HCTZ	2342154	PMS	ADEFGV	0.2633
		10 mg / 25 mg	pms-Ramipril/HCTZ	2342170	PMS	ADEFGV	0.2633
Risédronate							
Co.	Orl	5 mg	Teva-Risedronate	2298376	TEV	ADEFGV	1.3661
Salbutamol							
Liq	Inh	2 mg/mL	pms-Salbutamol Teva-Salbutamol Sterinebs P.F.	2208237 2173360	PMS TEV	D-18G	0.2700
Ursodiol							
Co.	Orl	250 mg	pms-Ursodiol C Ursodiol	2273497 2426900	PMS GLM	ADEFGV	0.3818
		500 mg	pms-Ursodiol C Ursodiol	2273500 2426919	PMS GLM	ADEFGV	0.7242

## Changements touchant une catégorie de médicament

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Pilocarpine						
Co.	Orl	5 mg	Salagen	2216345	PFI	(SA)

## Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Pilocarpine						
Co.	Orl	5 mg	Pilocarpine	2402483	STR	(SA)
Ramipril						
Co.	Orl	1,25 mg	Sandoz Ramipril	2291398	SDZ	ADEFGV
		2,5 mg	Sandoz Ramipril	2291401	SDZ	ADEFGV
		5 mg	Sandoz Ramipril	2291428	SDZ	ADEFGV
		10 mg	Sandoz Ramipril	2291436	SDZ	ADEFGV
Ramipril / Hydrochlorothiazide						
Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg	Ramipril-HCTZ	2412659	SAS	ADEFGV

Bulletin n° 988

Le 30 novembre 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 30 novembre 2018.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Insuline dégludec (Tresiba <sup>MD</sup> FlexTouch <sup>MD</sup> )	stylo prérempli à 100 U/mL	02467879	NNO	ADEFV	PCF
	stylo prérempli à 200 U/mL	02467887			
Mométasone (Asmanex <sup>MD</sup> Twisthaler <sup>MD</sup> )	inhalation dosée de 100 mcg	02438690	FRS	DEFG	PCF

### L'autorisation spéciale n'est plus requise

Erlotinib (Tarceva <sup>MD</sup> et marques génériques)	comprimés à 25 mg comprimés à 100 mg comprimés à 150 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFV	PAM
Imatinib (Gleevec <sup>MD</sup> )	comprimés de 100 mg comprimés de 400 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFV	PAM

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Alirocumab (Praluent <sup>MD</sup> )	stylo préremplie de 75 mg/mL	02453819	SAV	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 75 mg/mL	02453754			
	stylo préremplie de 150 mg/mL	02453835			
	seringue préremplie de 150 mg/mL	02453762			

Pour le traitement de l'hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote chez les patients adultes qui doivent obtenir une diminution supplémentaire du taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL), si les critères suivants sont respectés :

- Diagnostic probable ou définitif d'HF hétérozygotes à l'aide des critères de Simon Broome ou du Dutch Lipid Network, ou d'un test génétique;
- Le patient n'arrive pas à atteindre la cible souhaitée pour le taux de C-LDL (moins de 2 mmol/L ou au moins une diminution de 50 % du taux de C-LDL par rapport à la valeur observée avant le traitement) malgré une adhésion au traitement confirmé d'au moins 3 mois avec :
  - une statine à dose élevée (p. ex., atorvastatine 80 mg, rosuvastatine 40 mg) en association avec ézétimibe; ou
  - ézétimibe seul, si une forte dose de statine n'est pas possible en raison d'une rhabdomyolyse, d'une contre-indication ou d'une intolérance.

Critères visant le renouvellement initial :

- Une diminution du taux de C-LDL d'au moins 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou atteinte du taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Critères visant les renouvellements subséquents :

- Le patient doit continuer de maintenir une diminution du taux de C-LDL de 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou avoir atteint un taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Notes cliniques :

1. Les taux de C-LDL doivent être fournis.
2. L'intolérance à une statine à dose élevée sera considérée si le patient présente une myopathie ou des biomarqueurs anormaux documentés (c.-à-d., créatinine kinase plus élevée que 5 fois la limite supérieure de la normale) après un essai d'au moins deux statines, et
  - pour chaque statine, une réduction de la dose a été tentée plutôt qu'un arrêt de la statine, et l'intolérance a été réversible au moment de l'arrêt de la statine, mais est réapparue lors de la reprise du traitement avec la statine (lorsqu'approprié du point de vue clinique); et
  - au moins une statine a été instaurée à la plus faible de dose quotidienne de départ; et
  - les autres causes d'intolérance ont été éliminées.
3. Les détails doivent être fournis pour les patients qui ne peuvent pas prendre d'ézétimibe en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.

Notes pour les réclamations :

- Les approbations seront pour une quantité maximum de 300 mg chaque 4 semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période de renouvellement : 1 an

---

Céritinib (Zykadia<sup>MD</sup>)

capsules de 150 mg

02436779

NVR

(SA)

PCF

En monothérapie pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ALK (anaplastic lymphoma kinase)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique, qui ont présenté une progression de leur maladie pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas ce médicament.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les réclamations :

- Le céritinib ne sera pas remboursé si la maladie a progressé pendant le traitement par tout autre inhibiteur de l'ALK reçu après le traitement par le crizotinib.
  - Période d'approbation initiale : 1 an
  - Période d'approbation du renouvellement : 1 an
-

Cystéamine (Procysbi <sup>MC</sup> )	capsules à libération retardée de 25 mg	02464705	HRZ	(SA)	PCF
	capsules à libération retardée de 75 mg	02464713			

Pour le traitement de la cystinose néphropathique infantile avec mutation génétique documentée de la cystinosine (transporteur de cystine lysosomale).

Note pour les réclamations :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant de l'expérience du diagnostic et de la gestion de la cystinose.

Emtricitabine, rilpivirine, ténofovir alafénamide (Odefsey <sup>MC</sup> )	comprimés de 200 mg / 25 mg / 25 mg	02461463	GIL	(SA)	PCF

Pour le traitement des patients adultes infectés par le VIH-1 qui répondent aux critères suivants :

- Aucune mutation connue associée à une résistance au ténofovir, à l'emtricitabine ou à la classe des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI).
- Charge virale ≤ 100 000 copies/mL.

Notes pour les réclamations :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Plan U par des spécialistes en maladies infectieuses et des microbiologistes médicaux qui ont de l'expérience avec le traitement des patients atteints du VIH ou du SIDA du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

Propranolol (Hemangioli <sup>MD</sup> )	solution orale de 3,75 mg/mL	02457857	PFB	(SA)	PCF
---	------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients présentant un hémangiome infantile prolifératif qui :

- entraîne un risque vital ou fonctionnel; ou
- est ulcéré et douloureux ou ne répond pas aux mesures simples de soins des plaies; ou
- est associé à un risque de cicatrices permanentes ou de défiguration.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé</b> Crizotinib (Xalkori <sup>MD</sup> )	capsules de 200 mg capsules de 250 mg	02384256 02384264	PFI	(SA)	PCF

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ALK (*anaplastic lymphoma kinase*)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique, en tant que :

- Traitement de première ligne, ou

- traitement de deuxième intention à la suite d'une chimiothérapie.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes visant le crizotinib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé pendant un traitement antérieur par un inhibiteur de l'ALK.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Ténofovir alafénamide (Vemlidy <sup>MC</sup> )	comprimés de 25 mg	02464241	GIL	Infection chronique au l'hépatite B

Bulletin n° 989

Le 17 décembre 2018

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 17 décembre 2018.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Méthotrexate (Metoject <sup>MD</sup> sous-cutané)	seringues préremplies, 15 mg/0,3 mL	02454858	MDX	ADEFGV	PCF

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Ivabradine (Lancora <sup>MC</sup> )	comprimés pelliculés à 5 mg comprimés pelliculés à 7,5 mg	02459973 02459981	SEV	(SA)	PCF

Pour le traitement de l'insuffisance cardiaque stable de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA), en association avec les traitements standards de l'insuffisance cardiaque chronique, afin de réduire l'incidence des décès et des hospitalisations d'origine cardiovasculaire, chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure à  $\leq 35\%$ ;
- rythme sinusal et fréquence cardiaque au repos  $\geq 77$  battements par minute (bpm);
- au moins une hospitalisation attribuable à l'insuffisance cardiaque au cours de la dernière année;
- symptômes de classe II ou III, selon la NYHA, malgré au moins 4 semaines de traitement avec les médicaments suivants :
  - dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II); et
  - une dose stable d'un bêtabloquant; et
  - un antagoniste de l'aldostérone.

### Notes cliniques :

1. La fréquence cardiaque au repos doit être de  $\geq 77$  bpm en moyenne, selon un ECG enregistré lors d'au moins trois consultations distinctes ou au moyen d'une méthode de surveillance continue.
2. Des détails doivent être fournis dans le cas des patients qui n'ont pas suivi un traitement de 4 semaines avec un IECA/ARA II, bêtabloquant et un antagoniste de l'aldostérone en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.
3. La mise en route du traitement et l'augmentation de la dose doivent être effectuées sous la supervision d'un médecin expérimenté dans le traitement des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Acide obéticholique (Ocaliva <sup>MD</sup> )	comprimés de 5 mg comprimés de 10 mg	02463121 02463148	INT	(SA)	PCF
--	---	----------------------	-----	------	-----

Pour le traitement de la cholangite biliaire primitive (CBP) chez les adultes, dans l'une des deux situations suivantes :

- En association avec l'acide ursodésoxycholique (AUDC) chez les patients ayant présenté une réponse inadéquate à un traitement d'au moins 12 mois par l'AUDC.

- En monothérapie chez les patients présentant une intolérance non traitable à l'AUDC.

Exigences relatives aux demandes initiales :

- Les taux de phosphatases alcalines (PAL) et de bilirubine mesurés avant le début du traitement par l'acide obéticholique doivent être fournis.

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement seront prises en considération pour les patients qui ont:
  - une réduction du taux de PAL à moins de 1,67 fois la limite supérieure de la normale (LSN); ou
  - une réduction d'au moins 15 % du taux de PAL par rapport au départ (c.-à-d. avant le début du traitement par l'acide obéticholique).

Notes cliniques :

1. Le diagnostic doit être confirmé par la présence d'anticorps antimitocondries ou par une biopsie hépatique mettant en évidence une CBP.
2. Une réponse inadéquate est définie comme suit :
  - Taux de PAL  $\geq$  1,67 fois la LSN, ou
  - Taux de bilirubine  $>$  LSN et  $<$  2 fois la LSN, ou
  - Signe de cirrhose compensée
3. Des détails doivent être fournis dans le cas des patients qui présentent une intolérance non traitable à l'AUDC.

Notes pour les réclamations :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un gastroentérologue, un hépatologue ou un autre médecin ayant l'expérience du traitement de la CBP.
- Période d'approbation: 12 mois.

Olaparib (Lynparza<sup>MD</sup>)

capsules de 50 mg	02454408			
comprimés de 100 mg	02475200	AZE	(SA)	PCF
comprimés de 150 mg	02475219			

En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes atteintes d'un cancer épithélial séreux de haut grade de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif récidivant et sensible aux sels de platine avec une mutation (germinale ou somatique) d'un gène *BRCA*, qui répondent à tous les critères suivants :

- Avoir reçu au moins deux chimiothérapies à base de sels de platine.
- Avoir reçu au moins quatre cycles de la plus récente chimiothérapie à base de sels de platine.
- Présenter une réponse radiographique (complète ou partielle) à la plus récente chimiothérapie à base de sels de platine.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. La sensibilité aux sels de platine est définie comme une progression de la maladie survenant au moins six mois après la fin d'une chimiothérapie à base de sels de platine.

2. Le traitement d'entretien doit commencer dans les huit semaines suivant la dernière dose de la chimiothérapie à base de sels de platine.
3. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
4. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Vandétanib (Caprelsa<sup>MD</sup>)

comprimés de 100 mg	02378582	GZM	(SA)	PCF
comprimés de 300 mg	02378590			

Pour le traitement du cancer médullaire de la thyroïde (CMT) symptomatique et/ou évolutif chez les patients ayant une maladie non résécable, localement avancée ou métastatique.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Nouvelle indication</b> AbobotulinumtoxinA (Dysport Therapeutic <sup>MC</sup> )	300 unités par fiole 500 unités par fiole	02460203 02456117	IPS	(SA)	PCF
Pour le traitement de la spasticité des membres inférieurs chez les enfants âgés de 2 ans et plus.					

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Reslizumab (Cinqair <sup>MC</sup> )	fiolle de 10 mg/mL	02456419	TEV	L'asthme éosinophile grave

Bulletin no 990

Le 19 décembre 2018

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 19 décembre 2018, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
  - À compter du 9 janvier 2019, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 9 janvier 2019, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
  - Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 19 décembre 2018 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 9 janvier 2019. Avant le 9 janvier 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits retirés du formulaire
  - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 9 janvier 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: [www.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp](http://www.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp). Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à [info@nbdrugs-medicamentsnb.ca](mailto:info@nbdrugs-medicamentsnb.ca).

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Amlodipine Co.	Orl	2,5 mg	Amlodipine Besylate	2419556	AHI	ADEFGV	0.0767
		5 mg	Amlodipine Besylate	2419564	AHI	ADEFGV	0.1343
		10 mg	Amlodipine Besylate	2419572	AHI	ADEFGV	0.1993
Dapsone Co.	Orl	100 mg	Dapsone	2041510	JCB	ADEFGV	1.4061
			Mar-Dapsone	2481227	MAR		1.1952
Dipyridamole / Acide Acétylsalicylique Caps	Orl	200 mg / 25 mg	Aggrenox	2242119	BOE	(SA)	0.8874
			Taro-Dipyridamole/ASA	2471051	TAR		0.6656
Furosémide Co.	Orl	80 mg	Mint-Furosemide	2466775	MNT	ADEFGVW	0.0703
Hydromorphone Caps.L.L.	Orl	12 mg	Hydromorph Contin	2125366	PFR	ADEFGVW	2.0870
			Apo-Hydromorphone CR	2476657	APX		1.5653
Mométasone Aém.	Nas	50 mcg	Teva-Mometasone	2475863	TEV	ADEFGV	0.0742
Montelukast Co.C.	Orl	4 mg	Jamp-Montelukast	2442353	JPC	(SA)	0.2758
		5 mg	Jamp-Montelukast	2442361	JPC	(SA)	0.3082
Ramipril / Hydrochlorothiazide Co.	Orl	5 mg / 12,5 mg	Ran-Ramipril HCTZ	2449447	RAN	ADEFGV	0.2011
		10 mg / 12,5 mg	Ran-Ramipril HCTZ	2449455	RAN	ADEFGV	0.1317
		10 mg / 25 mg	Ran-Ramipril HCTZ	2449471	RAN	ADEFGV	0.1317
Ranitidine Co.	Orl	150 mg	Jamp-Ranitidine	2463717	JPC	ABDEFGVW	0.1197
			Mar-Ranitidine	2443708	MAR		
		300 mg	Jamp-Ranitidine	2463725	JPC		ABDEFGVW
Mar-Ranitidine	2443716	MAR					

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Furosémide Co.	Orl	80 mg	Apo-Furosemide	707570	APX	ADEFGVW	0.0703
			Furosemide	2351447	SAS		
			Teva-Furosemide	765953	TEV		

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Mométasone							
Aém.	Nas	50 mcg	Apo-Mometasone	2403587	APX	ADEFVGV	0.0742
			Sandoz Mometasone	2449811	SDZ		
Ramipril / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	5 mg / 12,5 mg	pms-Ramipril HCTZ	2342146	PMS	ADEFVGV	0.2011
		10 mg / 12,5 mg	pms-Ramipril HCTZ	2342154	PMS	ADEFVGV	0.1317
		10 mg / 25 mg	pms-Ramipril HCTZ	2342170	PMS	ADEFVGV	0.1317
Spironolactone							
Co.	Orl	25 mg	Teva-Spironolactone	613215	TEV	ADEFVGV	0.1057
		100 mg	Teva-Spironolactone	613223	TEV	ADEFVGV	0.2461
Spironolactone / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	25 mg / 25 mg	Teva-Spironolactone/HCTZ	613231	TEV	ADEFVGV	0.1076
Tamsulosine							
Caps.L.L.	Orl	0,4 mg	Sandoz Tamsulosin	2319217	SDZ	ADEFV	0.1500
Théophylline							
Co.L.L.	Orl	400 mg	Theo ER	2360101	AAP	ADEFVGV	0.3631
		600 mg	Theo ER	2360128	AAP	ADEFVGV	0.4398

## Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Tamsulosine						
Caps.L.L.	Orl	0,4 mg	ratio-Tamsulosin	2294265	TEV	ADEFV
			Teva-Tamsulosin	2281392	TEV	