

29 avril 2020



# CODES DES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION



Dépôt légal — Bibliothèque et Archives  
nationales du Québec, 2020

ISSN 1913-2808

ISBN 978-2-550-86496-7 (PDF)

Québec, le 29 avril 2020

## Introduction

### **Codes des médicaments d'exception Mise à jour du 29 avril 2020**

Certains médicaments d'exception peuvent être obtenus sans délai lorsque le prescripteur inscrit sur l'ordonnance le code correspondant à l'indication de paiement. Toutefois, le paiement est autorisé uniquement lorsque l'indication de paiement du médicament d'exception codifié, correspond à l'état de santé du patient.

La responsabilité de l'exactitude du code choisi et de son utilisation relève du prescripteur.

**La codification s'adresse uniquement aux personnes admissibles et inscrites au régime public d'assurance médicaments. Ainsi, les assureurs privés ne sont pas tenus de la considérer.**

**Comment sont présentés les médicaments d'exception codifiés et où en trouver la liste?**

Les médicaments d'exception codifiés sont présentés par classe anatomique, puis, par ordre alphabétique de dénomination commune. Les marques de commerce se trouvent sous chaque dénomination commune.

Le système de codification comporte deux lettres, qui représentent la classe anatomique, suivies de chiffres formant un numéro séquentiel.

Pour faciliter la recherche, un index alphabétique des dénominations communes (en gras) et des noms de commerce des médicaments d'exception codifiés est présenté à la fin du document.

Dans son site Web, la Régie publie la liste des médicaments codifiés, accompagnés des indications de paiement.

Le service en ligne *Patient et médicaments d'exception* permet aussi d'obtenir les codes des médicaments d'exception codifiés. Vous pouvez consulter le tout au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca).

## **Quand et où inscrire le code?**

Chaque code est associé à une indication de paiement précise.

Pour toute ordonnance, le code correspondant à la situation de la personne assurée doit accompagner le nom du médicament codifié prescrit. Sur présentation de l'ordonnance en pharmacie, le paiement sera automatiquement autorisé par la Régie pour la durée de l'ordonnance, à moins qu'une période de validité spécifique ne soit mentionnée dans le répertoire.

Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance, avec le nom du médicament codifié prescrit afin d'aviser le pharmacien que l'ordonnance ne peut être codifiée. Cela évitera au pharmacien de faire une démarche auprès du prescripteur.

## **Médicaments d'exception dont les indications reconnues demeurent couvertes pour les personnes en cours de traitement**

En vertu de l'article 60.0.4 de la Loi sur l'assurance médicaments, le ministre peut mettre fin à la couverture de certains médicaments. Il peut toutefois maintenir la couverture d'assurance d'un médicament à l'égard des personnes en cours de traitement pharmacologique.

L'**Annexe I** contient les médicaments d'exception qui ont fait l'objet d'une fin de couverture, leurs codes et les conditions donnant droit à leur paiement.

## Quand utiliser le formulaire?

Si vous utilisez la codification, vous n'avez pas à remplir un formulaire spécifique ni la *Demande d'autorisation de paiement – Médicament d'exception* (formulaire 3633), qu'il s'agisse d'une première demande ou non. Vous devez utiliser l'un de ces formulaires si vous désirez prescrire :

- un médicament d'exception qui ne se trouve pas au répertoire des codes des médicaments;
- un médicament d'exception codifié, quand la situation du patient ne correspond pas à une indication de paiement codifiée;
- un médicament d'exception codifié dont la période d'autorisation initiale est terminée (comme précisée dans les explications associées au code).

D'autre part, si vous voulez prescrire un médicament absent de la *Liste des médicaments* ou encore un médicament d'exception codifié mais pour une indication thérapeutique non reconnue pour le paiement, vous devez utiliser la *Demande d'autorisation de paiement – Mesure du patient d'exception* (formulaire 3996).

Ces formulaires peuvent être envoyés à la Régie par télécopieur ou par la poste. Les prescripteurs inscrits aux services en ligne peuvent aussi transmettre leur demande par l'application *Patient et médicaments d'exception* (applicable uniquement pour les formulaires 3633 et 3996).

Vous pouvez accéder aux formulaires suivants en vous adressant à la Régie :

Formulaires spécifiques

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement – Médicament d'exception* (3633)

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement – Mesure du patient d'exception* (3996)

- par le site Web : [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)  
Section *Professionnels*  
Votre profession  
Onglet *Médicaments*  
Rubrique *Médicaments d'exception et Patient d'exception*

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement – Médicament d'exception* (3633)

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement – Mesure du patient d'exception* (3996)

- par télécopieur : 418 646-9251 (Québec)
- par écrit : Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service du soutien et de la diffusion de l'information  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

**Pour toute information, n'hésitez pas à communiquer avec nous.**

Si vous êtes un **prescripteur**, vous pouvez communiquer avec le Centre d'assistance aux professionnels, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30 (mercredi de 10 h 30 à 16 h 30), au :

Québec : 418 643-8210

Montréal : 514 873-3480

Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776

Si vous êtes un **pharmacien**, vous pouvez communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30 (mercredi de 9 h 30 à 16 h 30), au :

Québec : 418 643-9025

Ailleurs au Québec : 1 888 883-7427



**Codification et indications  
reconnues pour le paiement**



## Table des matières

	Pages
<b>AI</b> Anti - infectieux - Usage systémique ou topique.....	1
<b>CV</b> Système cardiovasculaire.....	11
<b>DE</b> Dermatologie.....	21
<b>EN</b> Endocrinologie.....	55
<b>GI</b> Système gastro-intestinal.....	69
<b>GU</b> Système génito-urinaire.....	74
<b>GY</b> Gynécologie.....	76
<b>HE</b> Hématologie.....	83
<b>MS</b> Système musculo-squelettique.....	85
<b>OP</b> Ophtalmologie.....	86
<b>RE</b> Système respiratoire.....	91
<b>SN</b> Système nerveux autonome ou central.....	105
<b>VA</b> Varia.....	124



## Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p><b>adéfovir dipivoxil</b> <i>Apo-Adefovir Hepsera</i></p>	<p><b>AI125</b></p> <p>Pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ ayant une <b>résistance à la lamivudine</b> définie par un des éléments suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>● une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, confirmée par un deuxième test un mois plus tard;</li><li>● une épreuve de laboratoire qui démontre la résistance à la lamivudine;</li><li>● une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, avec une virémie supérieure à 20 000 UI/mL;</li></ul></li><li>◆ ayant une cirrhose décompensée ou à risque de décompensation, avec un score de Child-Pugh &gt; 6;</li><li>◆ ayant subi une transplantation hépatique ou ayant eu une infection du greffon par le virus de l'hépatite B;</li><li>◆ infectées par le VIH, mais non traitées avec des antirétroviraux pour cette maladie;</li><li>◆ ne présentant pas de résistance à la lamivudine et ayant une charge virale supérieure à 20 000 UI/mL (HBeAg-positif) ou à 2 000 UI/mL (HBeAg-négatif), avant le début du traitement;</li></ul>

## Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p><b>caspofongine (acétate de)</b> <i>Cancidas</i> <i>Caspofongine pour injection</i></p>	<p><b>A179</b></p> <p>Pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention;</p> <p><b>A180</b></p> <p>Pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole;</p> <p><b>A186</b></p> <p>Pour le traitement de la candidose oesophagienne chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à l'itraconazole ou au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B;</p>
<p><b>fluconazole Susp. Orale</b> <i>Diflucan</i></p>	<p><b>A18</b></p> <p>Pour le traitement de la candidose oesophagienne;</p> <p><b>A19</b></p> <p>Pour le traitement de la candidose oropharyngée pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole;</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>fluconazole</b> <b>Susp. Orale</b> <i>Diflucan</i></p>	<p><b>AI10</b></p> <p>Pour le traitement d'autres mycoses pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole;</p>
<p><b>isavuconazole</b> <i>Cresemba</i></p>	<p><b>AI74</b></p> <p>Pour le traitement de l'aspergillose invasive;</p> <p><b>AI299</b></p> <p>Pour le traitement de la mucormycose invasive.</p>
<p><b>linezolide</b> <b>Co.</b> <i>Apo-Linezolid</i> <i>Sandoz Linezolid</i> <i>Zyvoxam</i></p>	<p><b>AI69</b></p> <p>Pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée;</p> <p><b>AI70</b></p> <p>Pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine;</p> <p><b>AI160</b></p> <p>Pour la poursuite du traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline amorcé par voie intraveineuse en milieu hospitalier.</p>

## Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p><b>linezolide</b> <b>Sol. Perf. I.V.</b> <i>Linezolid Injection</i> <i>Zyvoxam</i></p>	<p><b>AI71</b></p> <p>Pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée et que le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé;</p> <p><b>AI72</b></p> <p>Pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine lorsque le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé;</p>
<p><b>moxifloxacine</b> <b>(chlorhydrate de)</b> <i>Avelox I.V.</i></p>	<p><b>AI87</b></p> <p>Pour le traitement des infections lorsque la moxifloxacine orale ne peut être utilisée;</p>
<p><b>oseltamivir</b> <b>(phosphate d')</b> <i>NAT-Oseltamivir</i> <i>Tamiflu</i></p>	<p><b>AI139</b></p> <p>Pour le traitement de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement;</li><li>● chez les personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (selon la définition du MSSS);</li></ul> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>



## Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>oseltamivir (phosphate d')</b> NAT-Oseltamivir Tamiflu</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● chez la femme enceinte qui sont au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (13 semaines ou plus);</li></ul> <p>La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant;</li><li>● le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures);</li></ul> <p>Les maladies chroniques sont définies ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● troubles cardiaques ou pulmonaires (dont la dysplasie broncho-pulmonaire, la fibrose kystique, la MPOC, l'emphysème et l'asthme) assez graves pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers;</li><li>● diabète ou autres troubles métaboliques chroniques, troubles hépatiques (incluant une cirrhose), rénaux, hématologiques (incluant une hémoglobinopathie), un cancer, un déficit immunitaire (dont le VIH) ou une immunosuppression (radiothérapie, chimiothérapie, médicaments anti-rejet);</li><li>● conditions médicales pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmentant les risques d'aspiration (ex. : un</li></ul> <p>(Voir page suivante)</p>

## Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>oseltamivir (phosphate d')</b> <i>NAT-Oseltamivir Tamiflu</i></p>	<p>trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires, une obésité morbide).</p> <p>Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code «XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien.</p> <p><b>AI140</b></p> <p>Pour la prophylaxie de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement en contact étroit avec une personne infectée (cas index);</li></ul> <p>La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant;</li><li>• le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures);</li></ul> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>oseltamivir (phosphate d')</b>  <i>NAT-Oseltamivir</i>  <i>Tamiflu</i></p>	<p>Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code «XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien.</p>
<p><b>tobramycine (sulfate de)</b>  <b>Sol. pour Inh.</b>  <i>Solution de Tobramycine pour Inhalation</i>  <i>Teva-Tobramycin</i>  <i>Tobi</i></p>	<p><b>AI90</b></p> <p>Chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à <i>pseudomonas aeruginosa</i> lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation;</p>
<p><b>tobramycine (sulfate de)</b>  <b>Pd. pour Inh.</b>  <i>Tobi Podhaler</i></p>	<p><b>AI90</b></p> <p>Chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à <i>pseudomonas aeruginosa</i> lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation;</p>
<p><b>voriconazole</b>  <i>Apo-Voriconazole</i>  <i>Sandoz Voriconazole</i>  <i>Teva-Voriconazole</i>  <i>Vfend</i>  <i>Voriconazole pour injection</i></p>	<p><b>AI74</b></p> <p>Pour le traitement de l'aspergillose invasive;</p> <p style="text-align: right;">(Voir page suivante)</p>

## Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>voriconazole</b> <i>Apo-Voriconazole</i> <i>Sandoz Voriconazole</i> <i>Teva-Voriconazole</i> <i>Vfend</i> <i>Voriconazole pour injection</i></p>	<p><b>AI76</b></p> <p>Pour le traitement de la candidémie chez les personnes non neutropéniques qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B;</p>
<p><b>zanamivir</b> <i>Relenza</i></p>	<p><b>AI139</b></p> <p>Pour le traitement de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement;</li><li>• chez les personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (selon la définition du MSSS);</li><li>• chez la femme enceinte qui sont au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (13 semaines ou plus);</li></ul> <p>La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant;</li></ul> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>zanamivir</b> <i>Relenza</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures);</li></ul> <p>Les maladies chroniques sont définies ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● troubles cardiaques ou pulmonaires (dont la dysplasie broncho-pulmonaire, la fibrose kystique, la MPOC, l'emphysème et l'asthme) assez graves pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers;</li><li>● diabète ou autres troubles métaboliques chroniques, troubles hépatiques (incluant une cirrhose), rénaux, hématologiques (incluant une hémoglobinopathie), un cancer, un déficit immunitaire (dont le VIH) ou une immunosuppression (radiothérapie, chimiothérapie, médicaments anti-rejet);</li><li>● conditions médicales pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmentant les risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires, une obésité morbide).</li></ul> <p>Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code «XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien.</p> <p>(Voir page suivante)</p>

## Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>zanamivir</b> <i>Relenza</i></p>	<p><b>AI140</b></p> <p>Pour la prophylaxie de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement en contact étroit avec une personne infectée (cas index);</li></ul> <p>La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant;</li><li>● le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures);</li></ul> <p>Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code «XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien.</p>

## Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p><b>aliskirène</b> <i>Rasilez</i></p>	<p><b>CV111</b></p> <p>Pour le traitement de l'hypertension artérielle, <b>en association</b> avec au moins un agent antihypertenseur, si échec thérapeutique, intolérance ou contre-indication à un agent de chacune des trois classes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un diurétique thiazidique</li> <li><b>et</b></li> <li>● un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)</li> <li><b>et</b></li> <li>● un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA).</li> </ul> <p>Toutefois, à la suite d'un échec thérapeutique à un IECA, l'essai d'un ARA n'est pas exigé et vice versa.</p>
<p><b>apixaban</b> <i>Eliquis</i></p>	<p><b>CV126</b></p> <p>Pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une <b>arthroplastie du genou</b>;</p> <p>Période d'autorisation : 14 jours</p> <p><b>CV127</b></p> <p>Pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une <b>arthroplastie de la hanche</b>;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i>  <b>apixaban</b>  <i>Eliquis</i></p>	<p>Période d'autorisation : 35 jours</p> <p><b>CV155</b></p> <p>Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'événement embolique systémique chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire <b>non valvulaire</b> nécessitant une anticoagulothérapie.</p>
<p><b>apixaban</b>  <b>Co.</b>  <b>5 mg</b>  <i>Eliquis</i></p>	<p><b>CV169</b></p> <p>Pour le <b>traitement</b> des personnes atteintes d'une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire).</p> <p>Ce code donne accès au remboursement d'une dose biquotidienne de <b>10 mg</b> pendant les <b>7 premiers jours</b> de traitement suivie d'une dose biquotidienne de <b>5 mg</b> pour une durée maximale de <b>6 mois</b>.</p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p>
<p><b>apixaban</b>  <b>Co.</b>  <b>2,5 mg</b>  <i>Eliquis</i></p>	<p><b>CV170</b></p> <p>Pour la <b>prévention des récurrences</b> de thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) chez les personnes ayant été traitées avec une anticoagulothérapie pendant une période d'au  <i>(Voir page suivante)</i></p>



## Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>apixaban</b> Co. <b>2,5 mg</b> <i>Eliquis</i></p>	<p>moins 6 mois pour un épisode aigu de thromboembolie veineuse <b>idiopathique</b>.</p> <p>Ce code donne accès au remboursement d'une dose biquotidienne de 2,5 mg pour chaque période d'autorisation de 12 mois.</p> <p><i>Note: L'usage de l'apixaban en prévention des récurrences de thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) dont la <b>cause a été identifiée</b> ne correspond pas à l'indication de paiement. Toutefois, une demande peut être transmise à la RAMQ au moyen du formulaire Demande d'autorisation de paiement - Mesure du patient d'exception (3996) ou par le service en ligne.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 mois</p>
<p><b>colésévélam</b> (chlorhydrate de) <i>Lodalis</i></p>	<p><b>CV163</b></p> <p>Pour le traitement de l'hypercholestérolémie, chez les personnes dont <b>le risque cardiovasculaire est élevé</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) à dose optimale ou à dose moindre en cas d'intolérance;</li> <li>● lors d'une contre-indication à un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine);</li> <li>● lors d'une intolérance ayant mené à un arrêt de traitement d'au moins 2 inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statine).</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>colésévélam (chlorhydrate de)</b></p> <p><i>Lodalis</i></p>	<p>Note : L'usage du colésévélam pour les personnes dont le <b>risque cardiovasculaire est faible ou moyen</b> ne correspond pas à l'indication de paiement. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que cette ordonnance ne peut être codifiée.</p> <p>Toutefois, si la situation de la personne assurée répond aux exigences de la mesure du patient d'exception, une demande peut être transmise à la Régie au moyen du formulaire <i>Demande d'autorisation de paiement - Mesure du patient d'exception</i> (3996) dûment rempli.</p>
<p><b>dabigatran etexilate</b></p> <p><i>Apo-Dabigatran Pradaxa</i></p>	<p><b>CV155</b></p> <p>Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'événement embolique systémique chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire <b>non valvulaire</b> nécessitant une anticoagulothérapie.</p>
<p><b>dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)</b></p> <p><i>Aggrenox Taro-Dipyridamole/ASA</i></p>	<p><b>CV14</b></p> <p>Pour la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez les personnes ayant déjà subi un AVC ou une ischémie cérébrale transitoire;</p>

## Systeme cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p><b>édoxaban</b> <i>Lixiana</i></p>	<p><b>CV155</b></p> <p>Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'événement embolique systémique chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire <b>non valvulaire</b> nécessitant une anticoagulothérapie.</p> <p><b>CV239</b></p> <p>Pour le traitement des personnes présentant une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire).</p> <p><i>Note : Toute demande d'autorisation dans le but de poursuivre le traitement au-delà de 12 mois doit être transmise à la RAMQ au moyen du formulaire - Mesure du patient d'exception (3996) ou par le biais du service en ligne.</i></p>
<p><b>pentoxifylline</b> <i>Pentoxifylline SR</i></p>	<p><b>CV15</b></p> <p>Pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques lors d'insuffisance veineuse avec ulcère cutané (ou antécédents);</p> <p><b>CV16</b></p> <p>Pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques lors d'insuffisance artérielle avec <i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>pentoxifylline</b> Pentoxifylline SR</p>	<p>ulcère cutané (ou antécédents), gangrène, antécédents d'amputation ou douleur au repos;</p>
<p><b>prasugrel</b> Effient</p>	<p><b>CV152</b></p> <p>Pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, <b>en association avec l'acide acétylsalicylique</b>, chez les personnes pour lesquelles une <b>angioplastie percutanée coronarienne</b> a été effectuée lors d'un syndrome coronarien aigu.</p> <p><i>Note : Toute demande d'autorisation pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois doit être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>
<p><b>rivaroxaban</b> Co. <b>10 mg</b> Xarelto</p>	<p><b>CV126</b></p> <p>Pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une <b>arthroplastie du genou</b>;</p> <p>Période d'autorisation : 14 jours</p> <p><b>CV127</b></p> <p>Pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une <b>arthroplastie de la hanche</b>;</p> <p>(Voir page suivante)</p>

## Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>rivaroxaban</b> Co. <b>10 mg</b> <i>Xarelto</i></p>	<p>Période d'autorisation : 35 jours</p>
<p><b>rivaroxaban</b> Co. <b>15 mg</b> <i>Xarelto</i></p>	<p><b>CV155</b></p> <p>Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'événement embolique systémique chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire <b>non valvulaire</b> nécessitant une anticoagulothérapie.</p> <p><b>CV157</b></p> <p>Pour le traitement des personnes présentant une <b>thrombose veineuse profonde</b>.</p> <p>Ce code donne accès au remboursement d'une dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.</p> <p><i>Note : Toute demande d'autorisation dans le but de poursuivre le traitement au-delà de 6 mois doit être transmise à la RAMQ au moyen du formulaire Demande d'autorisation de paiement - Mesure du patient d'exception (3996) ou par le service en ligne.</i></p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i> <b>rivaroxaban</b> <b>Co.</b> <b>15 mg</b> <i>Xarelto</i></p>	<p><b>CV165</b></p> <p>Pour le traitement des personnes présentant une <b>embolie pulmonaire</b>.</p> <p>Ce code donne accès au remboursement d'une dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.</p>
<p><b>rivaroxaban</b> <b>Co.</b> <b>20 mg</b> <i>Xarelto</i></p>	<p><b>CV155</b></p> <p>Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'événement embolique systémique chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire <b>non valvulaire</b> nécessitant une anticoagulothérapie.</p> <p><b>CV157</b></p> <p>Pour le traitement des personnes présentant une <b>thrombose veineuse profonde</b>.</p> <p>Ce code donne accès au remboursement d'une dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.</p> <p><i>Note : Toute demande d'autorisation dans le but de poursuivre le traitement au-delà de 6 mois doit être transmise à la RAMQ au moyen du formulaire Demande d'autorisation de paiement -</i></p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>rivaroxaban</b>  <b>Co.</b>  <b>20 mg</b>  <i>Xarelto</i></p>	<p>Mesure du patient d'exception (3996) ou par le service en ligne.</p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p> <p><b>CV165</b></p> <p>Pour le traitement des personnes présentant une <b>embolie pulmonaire</b>.</p> <p>Ce code donne accès au remboursement d'une dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.</p>
<p><b>ticagrélor</b>  <i>Brilinta</i></p>	<p><b>CV161</b></p> <p>Pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, <b>en association avec l'acide acétylsalicylique</b>, chez les personnes présentant un syndrome coronarien aigu.</p> <p><i>Note : Toute demande d'autorisation pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois doit être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>

## Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<b>trandolapril/ vérapamil (chlorhydrate de)</b>  <i>Tarka</i>	<b>CV17</b>  Pour les personnes déjà sous traitement avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et le vérapamil pris séparément;



Médicaments	Codes et indications
<p><b>azélaïque (acide)</b> <i>Finacea</i></p>	<p><b>DE164</b></p> <p>Pour le traitement de l'acné rosacée lorsqu'une préparation topique de métronidazole est inefficace, contre-indiqué ou mal tolérée;</p>
<p><b>calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)</b></p> <p><i>Dovobet Dovobet Gel Enstilar</i></p>	<p><b>DE128</b></p> <p>Pour le traitement du psoriasis en plaques chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un analogue de la vitamine D ou d'un corticostéroïde topique de puissance moyenne ou élevée.</p>
<p><b>collagénase</b> <i>Santyl</i></p>	<p><b>DE158</b></p> <p>Pour le débridement des plaies en présence de tissu dévitalisé. L'autorisation est accordée pour une durée maximale de traitement de 60 jours.</p> <p>Période d'autorisation : 60 jours</p>

## Dermatologie - DE

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement absorbant - chlorure de sodium</b></p> <p><i>Curity Pansement au chlorure de sodium (15cm x 17cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mesalt (1 m)</i></p> <p><i>Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Brûlures graves;</li><li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li><li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li><li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li><li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li></ul>

<b>Médicaments</b>	<b>Codes et indications</b>
<p><b>pansement absorbant - fibres gélifiantes</b></p> <p><i>Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Algisite M 30 cm</i>  <i>Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Algosteril (30 cm)</i>  <i>Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm)</i>  <i>Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Dermatologie - DE

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm)</i> <i>Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2")</i> <i>Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Biosorb (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Biosorb (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Biosorb (2 cm x 45 cm)</i> <i>Biosorb (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i> <i>CalciCare alginate de calcium (10,2 cm x 12 cm - 122 cm<sup>2</sup>)</i> <i>CalciCare alginate de calcium (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm<sup>2</sup>)</i> <i>CalciCare alginate de calcium (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i> <i>CalciCare alginate de calcium 46 cm</i> <i>Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Exufiber (2 cm x 45 cm)</i> <i>Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Kaltostat 40 cm</i> <i>Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Brûlures graves;</li><li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li><li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li><li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li><li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li></ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

<b>Médicaments</b>	<b>Codes et indications</b>
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall Pans. sup. alg. calcium (10,2 cmx10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2xm x 20,3cm-207 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm- 26cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm)</i></p> <p><i>Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Melgisorb Plus 45 cm</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Dermatologie - DE

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Nu-Derm Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Nu-Derm Alginate (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Nu-Derm Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Nu-Derm Alginate 30 cm</i></p> <p><i>Pansement à l'alginate de calcium 30 cm</i></p> <p><i>Pansement à l'alginate de calcium 60 cm</i></p> <p><i>Pansement à l'alginate de calcium 90 cm</i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité é 10x10-100cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité é 10x20-200cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Versiva XC Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Versiva XC Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Brûlures graves;</li><li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li><li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li><li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li><li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li></ul>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association</b></p> <p><i>Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Soft-Hold (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Soft-Hold (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Soft-Hold (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>



<b>Médicaments</b>	<b>Codes et indications</b>
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm- 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm -161 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 10 x 12,5-125cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 15-225 cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 20-300 cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 6 cm x 6cm-36cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm<sup>2</sup></i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

<b>Médicaments</b>	<b>Codes et indications</b>
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tielle non adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle non adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle non adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 306 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle non-adhésif (21 cm x 22 cm - 462 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>UrgoTul Absorb Non- Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>UrgoTul Absorb Non- Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul>
<p><b>pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne</b></p> <p><i>Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Dermatologie - DE

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne</b></p> <p><i>Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li></ul>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes</b></p> <p><i>Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association</b></p> <p><i>Allewyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

<b>Médicaments</b>	<b>Codes et indications</b>
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain adhésif (Sacrum 23 cm x 23 cm - 123 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Dermatologie - DE

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border (15 cm x 20 cm - 168 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Brûlures graves;</li><li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li><li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li><li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li><li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li></ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>



<b>Médicaments</b>	<b>Codes et indications</b>
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x15-100 cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x20-125 cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm<sup>2</sup></i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Dermatologie - DE

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tielle (11 cm x 11 cm - 49 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle (15 cm x 20 cm - 176 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle (18 cm x 18 cm - 196 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle (7 cm x 9 cm - 15 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle Plus (11 cm x 11 cm - 49 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle Plus (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle Plus (15 cm x 20 cm - 176 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tielle Plus (Sacrum 15 cm x 15 cm - 70 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Brûlures graves;</li><li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li><li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li><li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li><li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li></ul>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement antimicrobien - argent</b></p> <p><i>Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Allewyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE58</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;</p> <p>La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 semaines</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE58</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;</p> <p>La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 semaines</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

<b>Médicaments</b>	<b>Codes et indications</b>
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>CalciCare alginate de calcium avec argent (5cmx5cm-25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>CalciCare alginate de calcium avec argent(10,2cmx12cm-1 22cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE58</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;</p> <p>La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 semaines</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Dermatologie - DE

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm- 200 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm- 121 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm- 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement alginate ions argent 10,2x12,7-129 cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement alginate ions argent 5,1 x 5,1-26cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement aux ions d'argent (10cm x 20cm-200cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement aux ions d'argent (10cmx12,7cm-127cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement aux ions d'argent (20cm x 20cm-400cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement aux ions d'argent (5cm x 5cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>UrgoTul Ag Absorb Non-adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>UrgoTul Ag Absorb Non-adhésif (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE58</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;</p> <p>La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 semaines</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement antimicrobien - iode</b> <i>Iodosorb</i></p>	<p><b>DE58</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;</p> <p>La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 semaines</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement antimicrobien bordé - argent</b></p> <p><i>Allewyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Allewyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Allewyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Allewyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Allewyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Allewyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE58</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;</p> <p>La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 semaines</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>



Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Biatain silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE58</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;</p> <p>La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 semaines</p>

## Dermatologie - DE

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement anti-odeur - charbon activé</b></p> <p><i>Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE106</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ plaie de pression de stade 2 ou plus malodorante;</li><li>◆ plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li><li>◆ ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorant lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li><li>◆ plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante dont le processus de cicatrisation est compromis;</li></ul>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane</b></p> <p><i>Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Cutinova hydro (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Cutinova hydro (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>Cutinova hydro (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>  <i>DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 10 cm - 100cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (15 cm x 15 cm - 225cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 10cm-100cm<sup>2</sup></i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane</b></p> <p><i>DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 12 cm - 50 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (13 cm x 15 cm - 94 cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (17 cm x 20 cm - 187cm<sup>2</sup>)</i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde 16,1cm x 17,1cm-172cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 12cm-63cm<sup>2</sup></i></p> <p><i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 13cm x15cm-94cm<sup>2</sup></i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><i>Tegaderm 3M- Pansement hydrocolloïde mince 17cm x 20cm-187cm<sup>2</sup></i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Brûlures graves;</li><li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li><li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li><li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li><li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li></ul>

## Dermatologie - DE

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement interface - polyamide ou silicone</b> <i>Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm<sup>2</sup>)</i> <i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm<sup>2</sup></i> <i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm<sup>2</sup></i> <i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm<sup>2</sup></i></p>	<p><b>DE107</b></p> <p>Pour faciliter le traitement des personnes souffrant de brûlures graves très douloureuses;</p>
<p><b>pimécrolimus</b> <i>Elidel</i></p>	<p><b>DE56</b></p> <p>Pour le traitement de la dermatite atopique chez les <b>enfants</b> lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;</p>
<p><b>tacrolimus</b> <b>Pom. Top.</b> <i>Protopic</i></p>	<p><b>DE56</b></p> <p>Pour le traitement de la dermatite atopique chez les <b>enfants</b> lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>



Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>tacrolimus</b> <b>Pom. Top.</b> <i>Protopic</i></p>	<p><b>DE57</b></p> <p>Pour le traitement de la dermatite atopique chez l'<b>adulte</b>, lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance intermédiaire ou plus, ou bien lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance faible au visage;</p>
<p><b>trétinoïne</b> <b>Cr. Top.</b> <i>Retin-A</i> <i>Stieva-A</i> <i>Stieva-A Forte</i></p>	<p><b>DE20</b></p> <p>Pour le traitement de l'acné;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p><b>DE21</b></p> <p>Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.</p> <p><i>Note : À titre d'exemples , la dermatite séborrhéique, les folliculites, la kératose actinique et les verrues sont considérées.</i></p> <p><i>Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>

## Dermatologie - DE

Médicaments	Codes et indications
<p><b>trétinoïne</b> <b>Gel Top.</b> <i>Vitamin A Acid Gel</i> <i>Vitamin A Acid Gel</i> <i>Doux</i></p>	<p><b>DE20</b></p> <p>Pour le traitement de l'acné;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p><b>DE21</b></p> <p>Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.</p> <p><i>Note : À titre d'exemples , la dermatite séborrhéique, les folliculites, la kératose actinique et les verrues sont considérées.</i></p> <p><i>Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>alogliptine (benzoate d')</b> <i>Nesina</i></p>	<p><b>EN148</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec la metformine</b>, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><b>EN149</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec une sulfonylurée</b>, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><b>EN167</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en monothérapie</b> lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;</p>

## Endocrinologie - EN

Médicaments	Codes et indications
<p><b>alogliptine (benzoate d')/ metformine (chlorhydrate de)</b></p> <p><i>Kazano</i></p>	<p><b>EN150</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● lorsqu'une sulfonyleurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</li><li>et</li><li>● lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois;</li></ul> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p>
<p><b>canagliflozine</b></p> <p><i>Invokana</i></p>	<p><b>EN148</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec la metformine</b>, lorsqu'une sulfonyleurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><b>EN149</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec une sulfonyleurée</b>, (Voir page suivante)</p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)  <b>canagliflozine</b>  <i>Invokana</i></p>	<p>lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><b>EN167</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en monothérapie</b> lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;</p>
<p><b>dapagliflozine</b>  <i>Forxiga</i></p>	<p><b>EN148</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec la metformine</b>, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><b>EN149</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec une sulfonylurée</b>, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Endocrinologie - EN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i>  <b>dapagliflozine</b>  <i>Forxiga</i></p>	<p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p>
<p><b>dapagliflozine/  metformine  (chlorhydrate de)</b>  <i>Xigduo</i></p>	<p><b>EN150</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</li> <li>et</li> <li>● lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois;</li> </ul> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p>
<p><b>empagliflozine</b>  <i>Jardiance</i></p>	<p><b>EN148</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec la metformine</b>, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)  <b>empagliflozine</b>  <i>Jardiance</i></p>	<p><b>EN167</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en monothérapie</b> lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;</p> <p><b>EN179</b></p> <p>Pour le traitement du diabète de type 2, en association avec un ou plusieurs agents antidiabétiques, chez les personnes ayant des antécédents de maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ou de maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) et dont l'hémoglobine glyquée (HbA1c) est <math>\geq 7\%</math>.</p> <p>La nature de la maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ou de la maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) devra être fournie sur demande de la Régie.</p>
<p><b>empagliflozine / metformine (chlorhydrate de)</b>  <i>Synjardy</i></p>	<p><b>EN219</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 dont la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.</p> <p>Les personnes doivent répondre également aux exigences de l'indication reconnue pour le paiement de l'empagliflozine.</p>

## Endocrinologie - EN

Médicaments	Codes et indications
<p><b>glimépiride</b> <i>Sandoz Glimepiride</i></p>	<p><b>EN23</b></p> <p>Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p>
<p><b>insuline aspart/ insuline aspart protamine</b> <i>NovoMix30</i></p>	<p><b>EN22</b></p> <p>Pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un pré-mélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie;</p>
<p><b>insuline lispro/ insuline lispro protamine</b> <i>Humalog Mix 25 Humalog Mix 25 KwikPen</i></p>	<p><b>EN22</b></p> <p>Pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un pré-mélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie;</p>
<p><b>linagliptine</b> <i>Trajenta</i></p>	<p><b>EN148</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec la metformine</b>, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>



Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>linagliptine</b> <i>Trajenta</i></p>	<p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><b>EN167</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en monothérapie</b> lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;</p>
<p><b>linagliptine/ metformine (chlorhydrate de)</b> <i>Jentaduetto</i></p>	<p><b>EN150</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; et</li> <li>● lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois;</li> </ul> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pioglitazone (chlorhydrate de)</b></p> <p>Actos Apo-Pioglitazone Auro-Pioglitazone Co Pioglitazone Jamp-Pioglitazone Mint-Pioglitazone Novo-Pioglitazone Pioglitazone Pro-Pioglitazone Ran-Pioglitazone Sandoz Pioglitazone Teva-Pioglitazone VAN-Pioglitazone pms-Pioglitazone ratio-Pioglitazone</p>	<p><b>EN117</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 présentant une insuffisance rénale;</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p> <p><b>EN118</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, <b>en association avec la metformine</b>, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p> <p><b>EN119</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, <b>en association avec une sulfonylurée</b>, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>pioglitazone (chlorhydrate de)</b></p> <p>Actos Apo-Pioglitazone Auro-Pioglitazone Co Pioglitazone Jamp-Pioglitazone Mint-Pioglitazone Novo-Pioglitazone Pioglitazone Pro-Pioglitazone Ran-Pioglitazone Sandoz Pioglitazone Teva-Pioglitazone VAN-Pioglitazone pms-Pioglitazone ratio-Pioglitazone</p>	<p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p> <p><b>EN120</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, <b>en association avec la metformine et une sulfonylurée</b>, lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p> <p><b>EN121</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>rosiglitazone (maléate de)</b> <i>Avandia</i> <i>Rosiglitazone</i></p>	<p><b>EN117</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 présentant une insuffisance rénale;</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p> <p><b>EN118</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, <b>en association avec la metformine</b>, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p> <p><b>EN119</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, <b>en association avec une sulfonylurée</b>, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>rosiglitazone (maléate de)</b> Avandia Rosiglitazone</p>	<p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p> <p><b>EN120</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, <b>en association avec la metformine et une sulfonylurée</b>, lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p> <p><b>EN121</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p>

## Endocrinologie - EN

Médicaments	Codes et indications
<p><b>saxagliptine</b> <i>Onglyza</i></p>	<p><b>EN148</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec la metformine</b>, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><b>EN149</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec une sulfonylurée</b>, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p>
<p><b>saxagliptine/ metformine (chlorhydrate de)</b> <i>Komboglyze</i></p>	<p><b>EN150</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</li></ul> <p>et</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>saxagliptine/ metformine (chlorhydrate de)</b></p> <p><i>Komboglyze</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois;</li> </ul> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p>
<p><b>sitagliptine</b></p> <p><i>Januvia</i></p>	<p><b>EN148</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec la metformine</b>, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p> <p><b>EN167</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en monothérapie</b> lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;</p>
<p><b>sitagliptine/ metformine (chlorhydrate de)</b></p> <p><i>Janumet Janumet XR</i></p>	<p><b>EN150</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Endocrinologie - EN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>sitagliptine/ metformine (chlorhydrate de)</b></p> <p><i>Janumet Janumet XR</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</li><li>et</li><li>● lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois;</li></ul> <p>Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) adaptée au patient.</p>



## Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
<p><b>bisacodyl</b>  <i>Apo-Bisacodyl</i>  <i>Bisacodyl</i>  <i>Bisacodyl Suppository</i>  <i>Bisacodyl Suppository 5 mg</i>  <i>Bisacodyl-Odan</i>  <i>Jamp-Bisacodyl</i>  <i>pms-Bisacodyl</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>docusate de calcium</b>  <i>Docusate Calcium</i>  <i>Jamp-Docusate Calcium</i>  <i>Calcium</i>  <i>Novo-Docusate Calcium</i>  <i>pms-Docusate-Calcium</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>docusate de sodium</b>  <i>Alta-Docusate Sodium</i>  <i>Docusate Sodique</i>  <i>Docusate de Sodium</i>  <i>Docusate sodium</i>  <i>Euro-Docusate</i>  <i>Euro-Docusate C</i>  <i>Jamp Docusate S Oblong</i>  <i>Jamp-Docusate Sodium</i>  <i>M-Docusate Sodium</i>  <i>Selax</i>  <i>Soflax</i>  <i>pms-Docusate</i>  <i>pms-Docusate Sodium</i>  <i>ratio-Docusate Sodium</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>

## Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
<b>glycérine Supp.</b>	<b>GI27</b> Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie; <b>GI28</b> Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;
<b>huile minérale</b> <i>Fleet Huileux</i> <i>Huile Minérale</i>	<b>GI27</b> Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie; <b>GI28</b> Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;
<b>lactulose</b> <i>Apo-Lactulose</i> <i>Jamp-Lactulose</i> <i>Lactulose</i> <i>Pharma-Lactulose</i> <i>pms-Lactulose</i> <i>pms-Lactulose-Pharma</i> <i>ratio-Lactulose</i>	<b>GI27</b> Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie; <b>GI28</b> Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;  <i>(Voir page suivante)</i>

## Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>lactulose</b>  <i>Apo-Lactulose            Jamp-Lactulose            Lactulose            Pharma-Lactulose            pms-Lactulose            pms-Lactulose-Pharma            ratio-Lactulose</i></p>	<p><b>GI29</b></p> <p>Pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique;</p>
<p><b>magnésium (hydroxyde de)</b>  <i>Lait de Magnésie</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>phosphate monobasique de sodium/            phosphate dibasique de sodium</b>  <i>Ene-Med Enema            Fleet            Fleet Pédiatrique            Lax-A NEMA            Lax-A Nema            Pédiatrique</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>

## Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
<p><b>polyéthylène glycol</b>  <i>Comfilax</i>  <i>Emolax</i>  <i>Emolax (30 sachets de 17 grammes)</i>  <i>Lax-A-Day Pharma</i>  <i>M-Peg 3350</i>  <i>Peg 3350</i>  <i>Relaxa</i>  <i>Relaxa (30 sachets de 17 grammes)</i></p>	<p><b>GI27</b>            Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b>            Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)</b>  <i>Jamplyte (280g)</i>  <i>PegLyte (280 g)</i></p>	<p><b>GI27</b>            Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b>            Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>psyllium (mucilage de)</b></p>	<p><b>GI27</b>            Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b>            Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>psyllium (mucilage de)</b></p>	<p><b>GI30</b></p> <p>Pour le traitement de la diarrhée chronique;</p>
<p><b>sennosides A &amp; B</b></p> <p><i>Alta-Senna</i>  <i>Bio-Sennosides</i>  <i>Euro-Senna</i>  <i>Jamp-Senna</i>  <i>Jamp-Sennaquil</i>  <i>Jamp-Sennosides</i>  <i>Enrobé</i>  <i>Lax-A Senna</i>  <i>M-Senna 8,6 mg</i>  <i>M-Sennosides 12 mg</i>  <i>M-Sennosides 8,6 mg</i>  <i>Opus Senna</i>  <i>Opus Sennosides</i>  <i>Enrobé</i>  <i>Riva-Senna</i>  <i>SennAce</i>  <i>Sennalax</i>  <i>Sennalax Forte</i>  <i>Sennosides</i>  <i>Senokot</i>  <i>pms-Sennosides</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>

## Système génito-urinaire - GU

Médicaments	Codes et indications
<b>fésotérodine (fumarate de)</b> <i>Toviaz</i>	<b>GU178</b>  Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques, inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.
<b>mirabegron</b> <i>Myrbetriq</i>	<b>GU178</b>  Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques, inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.
<b>oxybutynine Timbre cut.</b> <i>Oxytrol</i>	<b>GU178</b>  Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques, inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.
<b>oxybutynine (chlorure d')</b> <b>Co. L.A.</b> <i>Ditropan XL</i>	<b>GU178</b>  Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques, inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

## Systeme génito-urinaire - GU

Médicaments	Codes et indications
<p><b>tropium (chlorure de)</b> <i>Mar-Tropium</i> <i>Trosec</i></p>	<p><b>GU178</b></p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques, inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.</p>

## Gynécologie - GY

Médicaments	Codes et indications
<p><b>cétrorélix</b> <i>Cetrotide</i></p>	<p><b>GY174</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p> <p><b>GY175</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>
<p><b>choriogonadotro- pine alpha</b> <i>Ovidrel</i></p>	<p><b>GY174</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p> <p><b>GY175</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation <i>(Voir page suivante)</i></p>



Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>choriogonadotro- pine alpha</b> <i>Ovidrel</i></p>	<p>avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>
<p><b>estradiol-17B</b> <i>Climara -50</i> <i>Climara-25</i> <i>Climara-75</i> <i>Estradot</i> <i>Estrogel</i> <i>Oesclim 25</i> <i>Oesclim 50</i> <i>Sandoz Estradiol Derm 100</i> <i>Sandoz Estradiol Derm 50</i> <i>Sandoz Estradiol Derm 75</i></p>	<p><b>GY34</b></p> <p>Chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique;</p>
<p><b>estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)</b> <i>Estalis 140/50</i> <i>Estalis 250/50</i></p>	<p><b>GY35</b></p> <p>Chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes ou de progestatifs par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique;</p>

## Gynécologie - GY

Médicaments	Codes et indications
<p><b>follitropine alpha</b> <i>Gonal-f</i></p>	<p><b>GY174</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p> <p><b>GY175</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>
<p><b>follitropine bêta</b> <i>Puregon</i></p>	<p><b>GY174</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p> <p><b>GY175</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>follitropine bêta</b> <i>Puregon</i></p>	<p>stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>
<p><b>follitropine delta</b> <i>Rekovele</i></p>	<p><b>GY174</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p> <p><b>GY175</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>

## Gynécologie - GY

Médicaments	Codes et indications
<p><b>ganirelix</b> <i>Orgalutran</i></p>	<p><b>GY174</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p> <p><b>GY175</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>
<p><b>gonadotrophine chorionique</b> <i>Gonadotrophine Chorionique Pregnyl</i></p>	<p><b>GY174</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p> <p><b>GY175</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>gonadotrophine chorionique</b>  <i>Gonadotrophine Chorionique</i>  <i>Pregnyl</i></p>	<p>stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>
<p><b>gonadotrophines</b>   <i>Menopur</i>  <i>Repronex</i></p>	<p><b>GY174</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p> <p><b>GY175</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>

## Gynécologie - GY

Médicaments	Codes et indications
<p><b>urofollitropine</b> <i>Bravelle</i></p>	<p><b>GY174</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p> <p><b>GY175</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>filgrastim</b> <b>(Grastofil)</b> <i>Grastofil</i></p>	<p><b>HE129</b></p> <p>Pour le traitement des personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ recevant des cycles de chimiothérapie <b>moyennement ou hautement myélosuppressive</b> (<math>\geq 40</math> p. cent de risque de neutropénie fébrile);</li> <li>◆ <b>à risque</b> de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie;</li> <li>◆ ayant déjà souffert d'une <b>neutropénie grave</b> (numération des <b>neutrophiles inférieure à <math>0,5 \times 10^9/L</math></b>) lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée lors des cycles subséquents de chimiothérapie;</li> <li>◆ ayant déjà souffert d'une <b>neutropénie</b> (numération de <b>neutrophiles inférieure à <math>1,5 \times 10^9/L</math></b>) lors des premiers cycles d'une chimiothérapie à visée curative et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables lors des cycles subséquents de chimiothérapie;</li> <li>◆ âgées de <b>moins de 18 ans</b>, atteintes d'une tumeur solide et qui reçoivent une chimiothérapie;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Hématologie - HE

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>filgrastim</b> <b>(Grastofil)</b> <i>Grastofil</i></p>	<p><b>HE130</b></p> <p>Pour les personnes qui requièrent un traitement dans l'une ou l'autre des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ aplasie médullaire grave (numération des neutrophiles inférieure à <math>0,5 \times 10^9/L</math>) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes;</li><li>◆ stimulation de la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe;</li><li>◆ neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles inférieure à <math>0,5 \times 10^9/L</math>;</li><li>◆ neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à <math>0,5 \times 10^9/L</math>) et infectée par le VIH;</li><li>◆ leucémie myéloïde aiguë;</li></ul>



## Système musculo-squelettique - MS

Médicaments	Codes et indications
<p><b>denosumab</b> Sol. Inj. S.C. (ser) <b>60 mg/mL</b> <i>Prolia</i></p>	<p><b>MS153</b></p> <p>Pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate <b>oral</b> en raison d'une <b>intolérance sérieuse ou d'une contre-indication</b>.</p> <p>Note : Le traitement de l'ostéoporose chez l'<b>homme</b> ou le traitement de l'ostéoporose chez la femme ayant présenté un <b>échec thérapeutique</b> à un bisphosphonate <b>oral</b> ne satisfait pas à cette indication de paiement.</p>
<p><b>zolédronique (acide)</b> Sol. Perf. I.V. <b>5 mg/ 100 mL</b> <i>Acide zolédronique injectable</i> <i>Aclasta</i> <i>Injection d'acide zolédronique</i></p>	<p><b>MS153</b></p> <p>Pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate <b>oral</b> en raison d'une <b>intolérance sérieuse ou d'une contre-indication</b>.</p> <p>Note : Le traitement de l'ostéoporose chez l'<b>homme</b> ou le traitement de l'ostéoporose chez la femme ayant présenté un <b>échec thérapeutique</b> à un bisphosphonate <b>oral</b> ne satisfait pas à cette indication de paiement.</p> <p><b>MS154</b></p> <p>Pour le traitement de la maladie de Paget.</p>

## Ophtalmologie - OP

Médicaments	Codes et indications
<p><b>carboxyméthyl-cellulose sodique</b> <i>Refresh Celluvisc</i> <i>Refresh plus</i></p>	<p><b>OP40</b></p> <p>Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;</p> <p><i>Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>carboxyméthyl-cellulose sodique/ purite</b> <i>Refresh tears</i></p>	<p><b>OP40</b></p> <p>Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;</p> <p><i>Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité</i> <i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>carboxyméthylcellulose sodique/ purite</b> Refresh tears</p>	<p>et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</p>
<p><b>diclofénac sodique</b> <b>Sol. Oph.</b> Apo-Diclofenac Ophthalmic Diclofenac Sandoz Diclofenac Ophtha Voltaren Ophta</p>	<p><b>OP38</b></p> <p>Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;</p>
<p><b>hydroxypropyl-méthylcellulose</b> Isopto Tears</p>	<p><b>OP40</b></p> <p>Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;</p> <p><i>Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>

## Ophtalmologie - OP

Médicaments	Codes et indications
<p><b>hydroxypropyl- méthylcellulose/ dextran 70</b> <i>Tears Naturelle</i> <i>Tears Naturelle II</i></p>	<p><b>OP40</b></p> <p>Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;</p> <p><i>Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>kétorolac (trométhamine de)</b>  <i>Acular</i> <i>Acuvail</i> <i>Ketorolac</i></p>	<p><b>OP38</b></p> <p>Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;</p>
<p><b>paraffine/huile minérale</b> <i>Lacrilube</i> <i>Paraffine/huile minérale</i></p>	<p><b>OP40</b></p> <p>Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>paraffine/huile minérale</b></p> <p>Lacrilube Paraffine/huile minérale</p>	<p><i>Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>polyvinylique (alcool)</b></p> <p>Refresh</p>	<p><b>OP40</b></p> <p>Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;</p> <p><i>Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>

## Ophtalmologie - OP

Médicaments	Codes et indications
<b>vertéporfine</b> <i>Visudyne</i>	<b>OP102</b> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge avec néovascularisation chez les personnes présentant une atteinte de 50% ou plus de la surface maculaire;</li><li>◆ Pour le traitement de la myopie pathologique avec néovascularisation;</li><li>◆ Pour le traitement du syndrome d'histoplasiose oculaire présumé avec néovascularisation;</li></ul>

## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p><b>dornase alfa</b> <i>Pulmozyme</i></p>	<p><b>RE43</b></p> <p>Lors d'initiation du traitement chez des personnes de plus de 5 ans atteintes de fibrose kystique dont la capacité vitale forcée est plus de 40 p.cent de la valeur prédite;</p> <p>Période d'autorisation : 3 mois</p> <p><b>RE44</b></p> <p>Lors d'un traitement de maintien, chez les personnes pour lesquelles une amélioration ou une stabilisation de l'état clinique est observée lors de l'utilisation de la dornase alfa. La durée d'autorisation est de 12 mois;</p>
<p><b>formotérol dihydraté (fumarate de )/ budésonide</b> <i>Symbicort 100 Turbuhaler</i> <i>Symbicort 200 Turbuhaler</i></p>	<p><b>RE41</b></p> <p>Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;</p> <p><b>RE172</b></p> <p>Pour la <b>demande initiale</b> lors du traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>formotérol dihydraté (fumarate de )/ budésonide</b></p> <p><i>Symbicort 100 Turbuhaler Symbicort 200 Turbuhaler</i></p>	<p>régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;</p> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ayant présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association;</li><li>ou</li><li>● dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml.</li></ul> <p>Période d'autorisation: 12 mois.</p> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action seul ou</i></p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>



## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>formotérol dihydraté (fumarate de )/ budésonide</b></p> <p><i>Symbicort 100 Turbuhaler Symbicort 200 Turbuhaler</i></p>	<p><i>avec une association d'un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.</i></p> <p><b>RE173</b></p> <p>Pour la <b>poursuite</b> de traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations. L'autorisation pourra être accordée si le médecin considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus.</li><li>ou</li><li>● ayant obtenu le traitement en raison d'une composante asthmatique. Le médecin devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.</li></ul> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action seul ou avec une association d'un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.</i></p>

## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p><b>formotérol dihydraté (fumarate de)/ mométasone (furoate de)</b> <i>Zenhale</i></p>	<p><b>RE41</b></p> <p>Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;</p>
<p><b>indacatérol (maléate d')/ glycopyrronium (bromure de)</b> <i>Ultibro Breezhaler</i></p>	<p><b>RE176</b></p> <p>Pour la <b>demande initiale</b> du traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.</p> <p>L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois.</p> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.</i></p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>indacatérol (maléate d')/ glycopyrronium (bromure de)</b> <i>Ultibro Breezhaler</i></p>	<p><b>RE177</b></p> <p>Pour la <b>poursuite</b> de traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● n'ayant pas obtenu un bon contrôle des symptômes de la maladie malgré l'usage d'un bronchodilatateur à longue action pendant au moins 3 mois ; et</li> <li>● dont le médecin peut fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.</li> </ul> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.</i></p>
<p><b>multivitamines Caps. ou Co.</b></p>	<p><b>RE131</b></p> <p>Pour les personnes souffrant de <b>fibrose kystique</b>;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications liés à l'utilisation de ce produit pour prévenir ou traiter des carences vitaminiques associées à une maladie <b>autre que la fibrose kystique</b>, ou encore pour servir de supplément alimentaire, ne satisfont pas à l'indication de paiement.</i></p>

## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p><b>multivitamines Co. Croq.</b></p>	<p><b>RE131</b></p> <p>Pour les personnes souffrant de <b>fibrose kystique</b>;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications liés à l'utilisation de ce produit pour prévenir ou traiter des carences vitaminiques associées à une maladie <b>autre que la fibrose kystique</b>, ou encore pour servir de supplément alimentaire, ne satisfont pas à l'indication de paiement.</i></p>
<p><b>olodatérol (chlorhydrate d')/tiotropium (bromure monohydraté de)</b></p> <p><i>Inspiolto Respimat</i></p>	<p><b>RE176</b></p> <p>Pour la <b>demande initiale</b> du traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.</p> <p>L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois.</p> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.</i></p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>olodatérol (chlorhydrate d')/tiotropium (bromure monohydraté de)</b></p> <p><i>Inspiroto Respimat</i></p>	<p><b>RE177</b></p> <p>Pour la <b>poursuite</b> de traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● n'ayant pas obtenu un bon contrôle des symptômes de la maladie malgré l'usage d'un bronchodilatateur à longue action pendant au moins 3 mois ; et</li> <li>● dont le médecin peut fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.</li> </ul> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.</i></p>
<p><b>salbutamol (sulfate de) Pd. pour Inh.</b></p> <p><i>Ventolin Diskus</i></p>	<p><b>RE112</b></p> <p>Pour le traitement des personnes présentant de la difficulté à utiliser un dispositif d'inhalation autre que le dispositif Diskus<sup>MC</sup>;</p> <p><b>RE113</b></p> <p>Pour le traitement des personnes qui reçoivent déjà un autre médicament au moyen du dispositif Diskus<sup>MC</sup>;</p>

## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p><b>salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)</b> <i>Advair 100 Diskus Advair 125 Advair 250 Advair 250 Diskus Advair 500 Diskus Wixela Inhub pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i></p>	<p><b>RE41</b></p> <p>Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;</p> <p><b>RE172</b></p> <p>Pour la <b>demande initiale</b> lors du traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation; ou</li><li>● ayant présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux</li></ul> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)</b></p> <p><i>Advair 100 Diskus Advair 125 Advair 250 Advair 250 Diskus Advair 500 Diskus Wixela Inhub pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i></p>	<p>bronchodilatateurs à longue action en association; ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml.</li> </ul> <p>Période d'autorisation: 12 mois.</p> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action seul ou avec une association d'un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.</i></p> <p><b>RE173</b></p> <p>Pour la <b>poursuite</b> de traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations. L'autorisation pourra être accordée si le médecin considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)</b> Advair 100 Diskus Advair 125 Advair 250 Advair 250 Diskus Advair 500 Diskus Wixela Inhub pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</p>	<p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ayant obtenu le traitement en raison d'une composante asthmatique. Le médecin devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.</li> </ul> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action seul ou avec une association d'un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.</i></p>
<p><b>vilantérol (trifénatate de)/ fluticasone (furoate de)</b> Breo Ellipta</p>	<p><b>RE41</b></p> <p>Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;</p>
<p><b>vilantérol (trifénatate de)/ fluticasone (furoate de) Pd. pour Inh. 25 mcg - 100 mcg/dose</b> Breo Ellipta</p>	<p><b>RE172</b></p> <p>Pour la <b>demande initiale</b> lors du traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation</li> </ul> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>



## Systeme respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>vilantérol (trifénatate de)/ fluticasone (furoate de)</b> <b>Pd. pour Inh. 25 mcg - 100 mcg/dose</b> <i>Breo Ellipta</i></p>	<p>régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;</p> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ayant présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association;</li><li>ou</li><li>● dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml.</li></ul> <p>Période d'autorisation: 12 mois.</p> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action seul ou</i></p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i> <b>vilantérol</b> <b>(trifénatate de)/</b> <b>fluticasone</b> <b>(furoate de)</b> <b>Pd. pour Inh.</b> <b>25 mcg - 100</b> <b>mcg/dose</b> <i>Breo Ellipta</i></p>	<p><i>avec une association d'un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.</i></p> <p><b>RE173</b></p> <p>Pour la <b>poursuite</b> de traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations. L'autorisation pourra être accordée si le médecin considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus.</li><li>ou</li><li>● ayant obtenu le traitement en raison d'une composante asthmatique. Le médecin devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.</li></ul> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action seul ou avec une association d'un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>vilantérol (trifénatate de)/ uméclidinium (bromure d')</b> <i>Anoro Ellipta</i></p>	<p><b>RE176</b></p> <p>Pour la <b>demande initiale</b> du traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.</p> <p>L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois.</p> <p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.</i></p> <p><b>RE177</b></p> <p>Pour la <b>poursuite</b> de traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● n'ayant pas obtenu un bon contrôle des symptômes de la maladie malgré l'usage d'un bronchodilatateur à longue action pendant au moins 3 mois ; et</li> <li>● dont le médecin peut fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>vilantérol (trifénatate de)/ uméclidinium (bromure d')</b></p> <p><i>Anoro Ellipta</i></p>	<p><i>Il est à noter que cette association (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste <math>\beta_2</math> à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><b>amphétamine (sels mixtes d')</b>  <i>ACT Amphetamine XR</i>  <i>Adderall XR</i>  <i>Apo-Amphetamine XR</i>  <i>Sandoz Amphetamine XR</i>  <i>pms-Amphetamines XR</i></p>	<p><b>SN280</b></p> <p>Pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.</p>
<p><b>aripiprazole Pd. Inj. I.M.</b>  <i>Abilify Maintena</i></p>	<p><b>SN94</b></p> <p>Pour la personne qui présente un problème d'observance avec la prise d'un <b>antipsychotique oral</b>;</p> <p><b>SN95</b></p> <p>Pour la personne chez qui l'administration d'un <b>antipsychotique injectable conventionnel</b> à action prolongée est inefficace ou mal toléré;</p>
<p><b>cabergoline</b>  <i>Apo-Cabergoline</i>  <i>Dostinex</i></p>	<p><b>SN46</b></p> <p>Pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les personnes pour qui la bromocriptine ou la quinagolide est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée;</p> <p><i>Note : Sans égard à l'indication de paiement énoncée ci-dessus, la cabergoline demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 1<sup>er</sup> octobre 2007 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>cabergoline</b> Apo-Cabergoline Dostinex</p>	<p>cadre des indications reconnues prévues antérieurement.</p>
<p><b>diméthyle (fumarate de)</b> Tecfidera</p>	<p><b>SN134</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de <b>forme rémittente</b> ayant présenté <b>1 poussée dans la dernière année</b> et dont le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7</b>.</p> <p>L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'<b>absence de détérioration</b>. Le résultat sur l'échelle <b>EDSS doit demeurer inférieur à 7</b>.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Toutefois, Avonex<sup>MC</sup>, Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup> demeurent couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.</p> </div>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><b>diphenhydramine (chlorhydrate de)</b></p> <p><i>Jamp-Diphenhydramine Nadryl 25 pdp-Diphenhydramine pms-Diphenhydramine</i></p>	<p><b>SN50</b></p> <p>Pour le traitement adjuvant de certains troubles psychiatriques;</p> <p><i>Note: Les diagnostics ou les justifications reliés aux propriétés antihistaminiques, antiémétiques et antispasmodiques ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p><b>SN51</b></p> <p>Pour le traitement adjuvant de la maladie de Parkinson;</p> <p><i>Note: Les diagnostics ou les justifications reliés aux propriétés antihistaminiques, antiémétiques et antispasmodiques ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>glatiramère (acétate de) - (GLATECT)</b></p> <p><i>Glatect</i></p>	<p><b>SN133</b></p> <p>Pour le traitement des personnes ayant présenté une <b>première poussée clinique aiguë de démyélinisation</b> documentée;</p> <p>Le médecin doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>glatiramère (acétate de) - (GLATECT)</b> <i>Glatect</i></p>	<p>symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière</p> <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.</li></ul> <p>La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par <b>l'absence de nouvelle poussée clinique</b>.</p> <p>Les posologies autorisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>30 mcg une fois par semaine pour Avonex<sup>MC</sup> ;</b></li><li>- <b>8 MUI aux deux jours pour le Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup>.</b></li></ul> <div data-bbox="293 1027 880 1294" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>Toutefois, Avonex<sup>MC</sup>, Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup> demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.</p></div> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>



## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>glatiramère (acétate de) - (GLATECT)</b> <i>Glatect</i></p>	<p><b>SN134</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de <b>forme rémittente</b> ayant présenté <b>1 poussée dans la dernière année</b> et dont le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7</b>.</p> <p>L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'<b>absence de détérioration</b>. Le résultat sur l'échelle <b>EDSS doit demeurer inférieur à 7</b>.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Toutefois, Avonex<sup>MC</sup>, Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup> demeurent couverts par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.</p> </div>
<p><b>interféron bêta-1A</b> <i>Avonex PS Avonex Pen Rebif</i></p>	<p><b>SN134</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de <b>forme rémittente</b> ayant présenté <b>1 poussée dans la dernière année</b> et</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>interféron bêta-1A</b> Avonex PS Avonex Pen Rebif</p>	<p>dont le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7.</b></p> <p>L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'<b>absence de détérioration</b>. Le résultat sur l'échelle <b>EDSS doit demeurer inférieur à 7.</b></p> <div data-bbox="291 692 880 959" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>Toutefois, Avonex<sup>MC</sup>, Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup> demeurent couverts par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.</p></div> <p><b>SN135</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques <b>progressive secondaire</b>, dont le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7.</b></p> <p>Les personnes qui commencent un traitement avec l'<b>Avonex<sup>MC</sup></b> doivent présenter une sclérose (Voir page suivante)</p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>interféron bêta-1A</b>  <i>Avonex PS</i>  <i>Avonex Pen</i>  <i>Rebif</i></p>	<p>en plaques progressive secondaire <b>avec poussées cliniques</b>.</p> <p>Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par <b>l'absence de détérioration</b> et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7</b>.</p> <p>Les posologies autorisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex<sup>MC</sup></b>;</li> <li>- <b>22 mcg trois fois par semaine pour le Rebif<sup>MC</sup></b>.</li> </ul> <p>Période d'autorisation : 12 mois</p>
<p><b>interféron bêta-1A</b>  <b>Sol. Inj. I.M.</b>  <i>Avonex PS</i>  <i>Avonex Pen</i></p>	<p><b>SN133</b></p> <p>Pour le traitement des personnes ayant présenté une <b>première poussée clinique aiguë de démyélinisation</b> documentée;</p> <p>Le médecin doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>interféron bêta-1A</b> <b>Sol. Inj. I.M.</b> Avonex PS Avonex Pen</p>	<p>4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière</p> <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.</li></ul> <p>La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par <b>l'absence de nouvelle poussée clinique</b>.</p> <p>Les posologies autorisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>30 mcg une fois par semaine pour Avonex<sup>MC</sup> ;</b></li><li>- <b>8 MUI aux deux jours pour le Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup>.</b></li></ul> <div data-bbox="291 995 883 1262" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>Toutefois, Avonex<sup>MC</sup>, Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup> demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.</p></div>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><b>interféron bêta-1B</b> <i>Betaseron</i> <i>Extavia</i></p>	<p><b>SN133</b></p> <p>Pour le traitement des personnes ayant présenté une <b>première poussée clinique aiguë de démyélinisation</b> documentée;</p> <p>Le médecin doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière</li></ul> <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.</li></ul> <p>La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par <b>l'absence de nouvelle poussée clinique</b>.</p> <p>Les posologies autorisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>30 mcg une fois par semaine pour Avonex<sup>MC</sup></b> ; <i>(Voir page suivante)</i></li></ul>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>interféron bêta-1B</b> <i>Betaseron</i> <i>Extavia</i></p>	<p>- <b>8 MUI aux deux jours pour le Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup>.</b></p> <div data-bbox="294 450 882 715" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>Toutefois, Avonex<sup>MC</sup>, Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup> demeurent couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.</p></div> <p><b>SN134</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de <b>forme rémittente</b> ayant présenté <b>1 poussée dans la dernière année</b> et dont le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7</b>.</p> <p>L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'<b>absence de détérioration</b>. Le résultat sur l'échelle <b>EDSS doit demeurer inférieur à 7</b>.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>interféron bêta-1B</b>  <i>Betaseron</i>  <i>Extavia</i></p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Toutefois, Avonex<sup>MC</sup>, Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup> demeurent couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.</p> </div> <p><b>SN135</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques <b>progressive secondaire</b>, dont le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7</b>.</p> <p>Les personnes qui commencent un traitement avec l'<b>Avonex<sup>MC</sup></b> doivent présenter une sclérose en plaques progressive secondaire <b>avec poussées cliniques</b>.</p> <p>Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par <b>l'absence de détérioration</b> et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7</b>.</p> <p>Les posologies autorisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex<sup>MC</sup></b>;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>interféron bêta-1B</b>  <i>Betaseron  Extavia</i></p>	<p>- <b>22 mcg trois fois par semaine pour le Rebif<sup>MC</sup>.</b></p> <p>Période d'autorisation : 12 mois</p>
<p><b>lacosamide</b>  <i>Auro-Lacosamide  Jamp-Lacosamide  Mar-Lacosamide  Mint-Lacosamide  Pharma-Lacosamide  Sandoz Lacosamide  Teva-Lacosamide  Vimpat</i></p>	<p><b>SN156</b></p> <p>Pour le traitement adjuvant des personnes souffrant d'épilepsie partielle réfractaire, c'est-à-dire qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante à au moins <b>deux</b> antiépileptiques.</p>
<p><b>lisdexamfetamine (dimesylate de)</b></p> <p><b>Caps.</b>  <i>Vyvanse</i></p>	<p><b>SN280</b></p> <p>Pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.</p>
<p><b>méthylphénidate (chlorhydrate de)</b></p> <p><b>Caps. L.A.</b>  <i>Biphentin</i></p>	<p><b>SN280</b></p> <p>Pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.</p>



## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><b>méthylphénidate (chlorhydrate de)</b></p> <p><b>Co. L.A. (12 h)</b>  <i>ACT Methylphenidate ER</i>  <i>Apo-Methylphenidate ER</i>  <i>Concerta</i>  <i>Novo-Methylphenidate ER-C</i>  <i>pms-Methylphenidate ER</i></p>	<p><b>SN280</b></p> <p>Pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.</p>
<p><b>modafinil</b>  <i>Apo-Modafinil</i>  <i>Auro-Modafinil</i>  <i>Bio-Modafinil</i>  <i>Mar-Modafinil</i>  <i>Teva-Modafinil</i></p>	<p><b>SN62</b></p> <p>Pour le traitement symptomatique de l'hypersomnolence diurne accompagnant la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique lorsque le sulfate de dexamphétamine ou le méthylphénidate sont inefficaces, contre-indiqués ou non-tolérés;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que le traitement des états de fatigue, du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, des symptômes résiduels de la dépression majeure ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p><b>SN63</b></p> <p>Pour le traitement d'appoint de l'hypersomnolence diurne secondaire au syndrome d'apnée ou d'hypopnée du sommeil  <i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>modafinil</b>  <i>Apo-Modafinil</i>  <i>Auro-Modafinil</i>  <i>Bio-Modafinil</i>  <i>Mar-Modafinil</i>  <i>Teva-Modafinil</i></p>	<p>persistant malgré l'usage d'un appareil à pression positive continue par voie nasale;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que le traitement des états de fatigue, du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, des symptômes résiduels de la dépression majeure ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>ocrélizumab</b>  <i>Ocrevus</i></p>	<p><b>SN134</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de <b>forme rémittente</b> ayant présenté <b>1 poussée dans la dernière année</b> et dont le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7</b>.</p> <p>L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'<b>absence de détérioration</b>. Le résultat sur l'échelle <b>EDSS doit demeurer inférieur à 7</b>.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Toutefois, Avonex<sup>MC</sup>, Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup> demeurent couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours</p> </div> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>ocrélizumab</b> <i>Ocrevus</i></p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.</p> </div> <p><b>SN259</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques <b>progressive primaire</b> présentant un résultat sur l'échelle <b>EDSS de 3,0 à 6,5</b>;</p> <p>L'autorisation de la demande initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont d'une durée maximale d'un an. Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve que le résultat sur l'échelle <b>EDSS demeure inférieur à 7</b>.</p>
<p><b>oxcarbazépine</b> <i>Apo-Oxcarbazépine</i> <i>Jamp-Oxcarbazépine</i> <i>Trileptal</i></p>	<p><b>SN96</b></p> <p>Pour le traitement de l'épilepsie;</p> <p><b>SN97</b></p> <p>Pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine;</p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><b>palipéridone (palmitate de) Susp. Inj. I.M. 1 mois</b> <i>Invega Sustenna</i></p>	<p><b>SN94</b></p> <p>Pour la personne qui présente un problème d'observance avec la prise d'un <b>antipsychotique oral</b>;</p> <p><b>SN95</b></p> <p>Pour la personne chez qui l'administration d'un <b>antipsychotique injectable conventionnel</b> à action prolongée est inefficace ou mal toléré;</p>
<p><b>rasagiline (mésylate de)</b> <i>Apo-Rasagiline Azilect Jamp Rasagiline Teva-Rasagiline</i></p>	<p><b>SN116</b></p> <p>Pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie;</p>
<p><b>riluzole</b> <i>Apo-Riluzole Mylan-Riluzole Rilutek</i></p>	<p><b>SN53</b></p> <p>Pour le traitement initial de la sclérose latérale amyotrophique chez les patients non trachéotomisés qui présentent des symptômes de la maladie depuis moins de 5 ans et une capacité vitale supérieure à 60 % de la valeur prédite.</p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>riluzole</b>  <i>Apo-Riluzole</i>  <i>Mylan-Riluzole</i>  <i>Rilutek</i></p>	<p><b>SN55</b></p> <p>Pour la poursuite du traitement de la sclérose latérale amyotrophique en l'absence d'une trachéotomie.</p> <p>Période d'autorisation : 6 mois.</p>
<p><b>rispéridone</b>  <i>Risperdal Consta</i></p>	<p><b>SN94</b></p> <p>Pour la personne qui présente un problème d'observance avec la prise d'un <b>antipsychotique oral</b>;</p> <p><b>SN95</b></p> <p>Pour la personne chez qui l'administration d'un <b>antipsychotique injectable conventionnel</b> à action prolongée est inefficace ou mal toléré;</p>
<p><b>tériflunomide</b>  <i>Aubagio</i></p>	<p><b>SN134</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de <b>forme rémittente</b> ayant présenté <b>1 poussée dans la dernière année</b> et dont le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7</b>.</p> <p>L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>tériflunomide</b> <i>Aubagio</i></p>	<p>traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'<b>absence de détérioration</b>. Le résultat sur l'échelle <b>EDSS doit demeurer inférieur à 7</b>.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Toutefois, Avonex<sup>MC</sup>, Betaseron<sup>MC</sup> et Extavia<sup>MC</sup> demeurent couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.</p> </div>
<p><b>tizanidine (chlorhydrate de)</b> <i>Tizanidine</i></p>	<p><b>SN47</b></p> <p>Pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré;</p>
<p><b>tocophéryle (acétate de dl-alpha)</b></p>	<p><b>SN52</b></p> <p>Pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E;</p> <p><i>Note : À titre d'exemples, la fibrose kystique, les cholestases et la dérivation bilio-pancréatique sont des conditions médicales qui entraînent une malabsorption de la vitamine E.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Systeme nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> <b>tocophéyle (acétate de dl-alpha)</b>	<i>Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage dans le traitement de certaines maladies psychiatriques ou comme supplément à la diète pour son effet antioxydant ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>

## Varia - VA

Médicaments	Codes et indications
<p><b>calcium (carbonate de) Mousse orale</b> <i>Pluscal</i></p>	<p><b>VA138</b> Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;</p>
<p><b>calcium (citrate de) Sol. Orale</b> <i>Jamp-Calcium Citrate liq MCal Citrate liquide</i></p>	<p><b>VA138</b> Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;</p>
<p><b>calcium (citrate de)/ vitamine D Sol. Orale</b> <i>Jamp Calcium Citrate Liq. D400 Jamp-Calcium Citrate liq D1000 MCal Citrate liquide D1000</i></p>	<p><b>VA138</b> Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;</p>
<p><b>calcium (gluconate de)/ calcium (lactate de)</b> <i>MCal Solution SoluCAL (toutes saveurs)</i></p>	<p><b>VA138</b> Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;</p>



Médicaments	Codes et indications
<p><b>calcium (gluconate de)/ calcium (lactate de)/vitamine D</b> <i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000</i> <i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400</i> <i>SoluCAL D (toutes saveurs)</i> <i>Solucal D+1000 (toutes saveurs)</i></p>	<p><b>VA138</b> Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;</p>
<p><b>cyanocobalamine</b>  <b>Sol. Orale</b> <i>Beduzil</i> <i>Jamp-Vitamine B12</i></p>	<p><b>VA159</b> Pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine B12;</p>
<p><b>cyanocobalamine</b>  <b>Co. L.A.</b> <i>Alta-B12</i> <i>Beduzil</i> <i>Beduzil 1500</i> <i>Bio-Vitamine B12</i> <i>Euro-B12 LA</i> <i>Jamp-Vitamine B12 L.A.</i> <i>M-B12 1200 mcg L.A.</i> <i>Opus Vitamine B12 L.A.</i></p>	<p><b>VA159</b> Pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine B12;</p>

## Varia - VA

Médicaments	Codes et indications
<p><b>extrait allergénique de pollen de graminées</b> <i>Grastek</i> <i>Oralair</i></p>	<p><b>VA171</b></p> <p>Pour le traitement des symptômes de rhinite allergique saisonnière modérée ou grave associée au pollen de graminées.</p> <p>La durée maximale de l'autorisation avec les extraits allergéniques de pollen oraux est de 3 saisons polliniques consécutives, peu importe le produit utilisé.</p> <p>Il est à noter que les extraits allergéniques de pollen de graminées ne sont pas autorisés en association avec l'immunothérapie sous-cutanée.</p>
<p><b>formule nutritive - glucose polymérisé</b> <i>SolCarb</i></p>	<p><b>VA2</b></p> <p>Pour augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives;</p>
<p><b>formule nutritive - huile de coco fractionnée</b> <i>Triglycérides à chaîne moyenne</i></p>	<p><b>VA5</b></p> <p>Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>formule nutritive - hydrolysat de caséine (nourrissons et enfants)</b> <i>Alimentum Nutramigen A+ Nutramigen A+ LGG Pregestimil A+</i></p>	<p><b>VA105</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes du lait. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation;</li> <li>◆ Pour les nourrissons et les enfants nécessitant une alimentation sans lactose lors de galactosémie;</li> <li>◆ Pour les nourrissons et les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves. Les résultats d'une réexposition au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.</li> </ul> <p><i>Note : Toute demande d'autorisation touchant un enfant âgé de 12 mois et plus doit être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p>
<p><b>formule nutritive - lait écrémé/ huile de coco</b> <i>Portagen</i></p>	<p><b>VA5</b></p> <p>Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;</p>

## Varia - VA

Médicaments	Codes et indications
<p><b>formule nutritive - monomérique</b> <i>Tolerex</i> <i>Vivonex Plus</i> <i>Vivonex Pédiatrique</i> <i>Vivonex T.E.N.</i></p>	<p><b>VA98</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Pour l'alimentation entérale ;</li><li>◆ Pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques ou des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées;</li><li>◆ Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale;</li><li>◆ Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;</li></ul>
<p><b>formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)</b> <i>Neocate Junior</i> <i>Neocate Junior avec fibres</i> <i>Neocate Splash</i> <i>Neocate avec DHA et ARA</i> <i>PurAmino A+</i> <i>PurAmino A+ Junior</i></p>	<p><b>VA136</b></p> <p>Pour les nourrissons ou les enfants souffrant de l'un ou l'autre des problèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● une allergie aux protéines intactes du lait;</li><li>● une allergie aux protéines de soya;</li><li>● une allergie à de multiples protéines alimentaires;</li><li>● une diarrhée persistante;</li><li>● un trouble gastro-intestinal grave;</li></ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)</b></p> <p><i>Neocate Junior Neocate Junior avec fibres Neocate Splash Neocate avec DHA et ARA PurAmino A+ PurAmino A+ Junior</i></p>	<p>et chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine n'a pas réussi à éliminer les symptômes;</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p> <p><b>VA137</b></p> <p>Pour les nourrissons ou les enfants ayant des troubles gastro-intestinaux majeurs, dont la cause confirmée est une <b>allergie aux protéines bovines</b> et dont l'état a nécessité une <b>hospitalisation</b>;</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 mois</p>
<p><b>formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)</b></p> <p><i>Enfamil Enfacare A+ Similac Neosure</i></p>	<p><b>VA104</b></p> <p>Pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 1 800 g ou qui sont nés après 34 semaines de grossesse ou moins. Dans ce cas, la durée maximale de l'autorisation sera jusqu'à l'âge corrigé d'un an, c'est-à-dire un an après la date prévue de la naissance;</p>

## Varia - VA

Médicaments	Codes et indications
<p><b>formule nutritive - semi- élémentaire</b></p> <p><i>PediaSure Peptide 1 Cal</i> <i>Peptamen</i> <i>Peptamen 1.5</i> <i>Peptamen AF</i> <i>Peptamen Junior</i> <i>Peptamen Junior 1.5</i> <i>Peptamen avec Prebio 1</i> <i>Vital Peptide 1 Cal</i> <i>Vital Peptide 1.5 Cal</i></p>	<p><b>VA98</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Pour l'alimentation entérale ;</li><li>◆ Pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques ou des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées;</li><li>◆ Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale;</li><li>◆ Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;</li></ul>
<p><b>lanthane hydraté (carbonate de)</b></p> <p><i>Fosrenol</i></p>	<p><b>VA109</b></p> <p>Comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave, lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.</p> <p>Il est à noter que la prise concomitante de lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>magnésium (hydroxyde de)/ aluminium (hydroxyde d')</b></p>	<p><b>VA59</b></p> <p>Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage comme antiacide ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>oxyhydroxyde sucro-ferrique</b> <i>Velphoro</i></p>	<p><b>VA109</b></p> <p>Comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave, lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.</p> <p>Il est à noter que la prise concomitante de lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.</p>
<p><b>sévélamer (carbonate de)</b> <i>Accel-Sevelamer Renvela</i></p>	<p><b>VA109</b></p> <p>Comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave, lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.</p> <p>Il est à noter que la prise concomitante de lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique <i>(Voir page suivante)</i></p>

## Varia - VA

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i> <b>sévélamer (carbonate de)</b> <i>Accel-Sevelamer Renvela</i></p>	<p>et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.</p>
<p><b>sévélamer (chlorhydrate de)</b> <i>Renagel</i></p>	<p><b>VA109</b></p> <p>Comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave, lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.</p> <p>Il est à noter que la prise concomitante de lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.</p>



## Annexe I

**Médicaments d'exception dont les indications reconnues demeurent couvertes pour les personnes en cours de traitement**

**Glatiramère (acétate de)**

Copaxone

### **SN133 :**

La personne doit avoir commencé le Copaxone<sup>MC</sup>, avoir reçu un remboursement de la Régie avant le 5 juillet 2018 et répondre à l'indication de paiement suivante :

Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée à la condition que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique démontré par **l'absence de nouvelle poussée clinique**.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'un an.

## SN134 :

La personne doit avoir commencé le Copaxone<sup>MC</sup>, avoir reçu un remboursement de la Régie avant le 5 juillet 2018 et répondre à l'indication de paiement suivante :

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de **forme rémittente**, à la condition que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique démontré par **l'absence de détérioration**. Le résultat sur l'échelle **EDSS doit demeurer inférieur à 7**.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'un an.

## **Index des médicaments codifiés**



Abilify Maintena, [aripiprazole] 105  
Accel-Sevelamer, [sévélamer (carbonate de)] 131  
Acide zolédronique injectable, [zolédronique (acide)] 85  
Aclasta, [zolédronique (acide)] 85  
ACT Amphetamine XR, [amphétamine (sels mixtes d')] 105  
Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39  
Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39  
Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39  
Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm<sup>2</sup>), [pansement anti-odeur - charbon activé] 46  
Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement anti-odeur - charbon activé] 46  
Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm<sup>2</sup>), [pansement anti-odeur - charbon activé] 46  
ACT Methylphenidate ER, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 117  
Actos, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62  
Acular, [kétorolac (trométhamine de)] 88  
Acuvail, [kétorolac (trométhamine de)] 88  
Adderall XR, [amphétamine (sels mixtes d')] 105  
**adéfovir dipivoxil, 1**  
Advair 100 Diskus, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 98  
Advair 125, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 98  
Advair 250, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 98  
Advair 250 Diskus, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 98  
Advair 500 Diskus, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 98  
Aggrenox, [dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)] 14

Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Algisite M 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Algosteril (30 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Alimentum, [formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)] 127

### **aliskirène, 11**

Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 31

Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 31

Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 31

Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27



Allewyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Allewyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

**alogliptine (benzoate d')**, 55

**alogliptine (benzoate d')/ metformine (chlorhydrate de)**, 56

Alta-B12, [cyanocobalamine] 125

Alta-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 69

Alta-Senna, [sennosides A & B] 73

**amphétamine (sels mixtes d')**, 105

Anoro Ellipta, [vilantérol (trifénatate de)/uméclicidium (bromure d')] 103

**apixaban**, 11, 12

Apo-Adefovir, [adéfovire dipivoxil] 1

Apo-Amphetamine XR, [amphétamine (sels mixtes d')] 105

Apo-Bisacodyl, [bisacodyl] 69

Apo-Cabergoline, [cabergoline] 105

Apo-Dabigatran, [dabigatran etexilate] 14

Apo-Diclofenac Ophthalmic, [diclofénac sodique] 87

Apo-Lactulose, [lactulose] 70

Apo-Linezolid, [linezolid] 3

Apo-Methylphenidate ER, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 117

Apo-Modafinil, [modafinil] 117

Apo-Oxcarbazepine, [oxcarbazépine] 119

Apo-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62

Apo-Rasagiline, [rasagiline (mésylate de)] 120

Apo-Riluzole, [riluzole] 120

Apo-Voriconazole, [voriconazole] 7

Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 39

Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23

Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

**aripiprazole**, 105

Aubagio, [tériflunomide] 121

Auro-Lacosamide, [lacosamide] 116

Auro-Modafinil, [modafinil] 117

Auro-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62

Avandia, [rosiglitazone (maléate de)] 64

Avelox I.V., [moxifloxacine (chlorhydrate de)] 4

Avonex Pen, [interféron bêta-1A] 109, 111

Avonex PS, [interféron bêta-1A] 109, 111

**azélaïque (acide)**, 21

Azilect, [rasagiline (mésylate de)] 120

Beduzil, [cyanocobalamine] 125

Beduzil 1500, [cyanocobalamine] 125

Betaseron, [interféron bêta-1B] 113

Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain adhésif (Sacrum 23 cm x 23 cm - 123 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 40

Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2"), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 44

Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 45

Biatain silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 45

Biatain silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 45

Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Biatain Soft-Hold (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Biatain Soft-Hold (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Biatain Soft-Hold (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Bio-Modafinil, [modafinil] 117

Bio-Sennosides, [sennosides A & B] 73

Biosorb (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Biosorb (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Biosorb (2 cm x 45 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Biosorb (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Bio-Vitamine B12, [cyanocobalamine] 125

Biphentin, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 116

**bisacodyl**, 69

Bisacodyl, [bisacodyl] 69  
 Bisacodyl-Odan, [bisacodyl] 69  
 Bisacodyl Suppository, [bisacodyl] 69  
 Bisacodyl Suppository 5 mg, [bisacodyl] 69  
 Bravelle, [urofollitropine] 82  
 Breo Ellipta, [vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)] 100  
 Brilinta, [ticagrélor] 19  
**cabergoline**, 105  
 CalciCare alginate de calcium (10,2 cm x 12 cm - 122 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24  
 CalciCare alginate de calcium (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24  
 CalciCare alginate de calcium (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24  
 CalciCare alginate de calcium 46 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24  
 CalciCare alginate de calcium avec argent (10,2cmx12cm-122cm<sup>2</sup>, [pansement antimicrobien - argent] 41  
 CalciCare alginate de calcium avec argent (5cmx5cm-25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41  
**calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)**, 21  
**calcium (carbonate de)**, 124  
**calcium (citrate de)**, 124  
**calcium (citrate de)/ vitamine D**, 124  
**calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)**, 124  
**calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D**, 125  
**canagliflozine**, 56  
 Cancidas, [caspofongine (acétate de)] 2  
**carboxyméthylcellulose sodique**, 86  
**carboxyméthylcellulose sodique/ purite**, 86  
**caspofongine (acétate de)**, 2  
 Caspofongine pour injection, [caspofongine (acétate de)] 2  
**cétrorélix**, 76  
 Cetrotide, [cétrorélix] 76



**choriogonadotropine alpha**, 76

Climara-25, [estradiol-17B] 77

Climara -50, [estradiol-17B] 77

Climara-75, [estradiol-17B] 77

**colésévélam (chlorhydrate de)**, 13

**collagénase**, 21

Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47

Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Comfilax, [polyéthylène glycol] 72  
Concerta, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 117  
Co Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62  
Cresemba, [isavuconazole] 3  
Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 22  
Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28  
Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28  
Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28  
Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36

Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36

Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36

Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36

Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36

Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29  
Cutinova hydro (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Cutinova hydro (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
Cutinova hydro (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
**cyanocobalamine**, 125  
**dabigatran etexilate**, 14  
**dapagliflozine**, 57  
**dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)**, 58  
**denosumab**, 85  
Diclofenac, [diclofénac sodique] 87  
**diclofénac sodique**, 87  
Diflucan, [fluconazole] 2  
**diméthyle (fumarate de)**, 106  
**diphenhydramine (chlorhydrate de)**, 107  
**dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)**, 14  
Ditropan XL, [oxybutynine (chlorure d')] 74  
Docusate Calcium, [docusate de calcium] 69  
**docusate de calcium**, 69  
**docusate de sodium**, 69  
Docusate de Sodium, [docusate de sodium] 69  
Docusate Sodique, [docusate de sodium] 69  
Docusate sodium, [docusate de sodium] 69  
**dornase alfa**, 91  
Dostinex, [cabergoline] 105  
Dovobet, [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 21  
Dovobet Gel, [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 21  
DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47  
DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 47

DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 48

DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 49

**édoxaban**, 15

Effient, [prasugrel] 16

Elidel, [pimécrolimus] 52

Eliquis, [apixaban] 11, 12

Emolax, [polyéthylène glycol] 72

Emolax (30 sachets de 17 grammes), [polyéthylène glycol] 72

**empagliflozine**, 58

**empagliflozine / metformine (chlorhydrate de)**, 59

Ene-Med Enema, [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 71

Enfamil Enfacare A+, [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)] 129

Enstilar, [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 21

Estalis 140/50, [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)] 77

Estalis 250/50, [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)] 77

**estradiol-17B**, 77

**estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)**, 77

Estradot, [estradiol-17B] 77

Estrogel, [estradiol-17B] 77

Euro-B12 LA, [cyanocobalamine] 125

Euro-Docusate, [docusate de sodium] 69

Euro-Docusate C, [docusate de sodium] 69

Euro-Senna, [sennosides A & B] 73

Extavia, [interféron bêta-1B] 113

**extrait allergénique de pollen de graminées**, 126

Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 49

Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 49

Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Exufiber (2 cm x 45 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

**fésotérodine (fumarate de)**, 74

**filgrastim (Grastofil)**, 83

Finacea, [azélaïque (acide)] 21

Fleet, [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 71

Fleet Huileux, [huile minérale] 70  
Fleet Pédiatrique, [phosphate monobasique de sodium/  
phosphate dibasique de sodium] 71  
**fluconazole**, 2  
Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm<sup>2</sup>), [pansement  
absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]  
36  
Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm<sup>2</sup>), [pansement  
absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]  
36  
Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement  
absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]  
36  
Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm<sup>2</sup>), [pansement  
absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]  
36  
Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement  
absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]  
36  
**follitropine alpha**, 78  
**follitropine bêta**, 78  
**follitropine delta**, 79  
**formotérol dihydraté (fumarate de )/ budésonide**, 91  
**formotérol dihydraté (fumarate de)/mométasone (furoate  
de)**, 94  
**formule nutritive - glucose polymérisé**, 126  
**formule nutritive - huile de coco fractionnée**, 126  
**formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et  
enfants)**, 127  
**formule nutritive - lait écrémé/ huile de coco**, 127  
**formule nutritive - monomérique**, 128  
**formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou  
enfants)**, 128  
**formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés  
(nourrissons)**, 129  
**formule nutritive - semi-élémentaire**, 130



Forxiga, [dapagliflozine] 57  
Fosrenol, [lanthane hydraté (carbonate de)] 130  
**ganirelix**, 80  
Glatect, [glatiramère (acétate de) - (GLATECT)] 107  
**glatiramère (acétate de) - (GLATECT)**, 107  
**glimépiride**, 60  
**glycérine**, 70  
**gonadotrophine chorionique**, 80  
Gonadotrophine Chorionique, [gonadotrophine chorionique] 80  
**gonadotrophines**, 81  
Gonal-f, [follitropine alpha] 78  
Grastek, [extrait allergénique de pollen de graminées] 126  
Grastofil, [filgrastim (Grastofil)] 83  
Hepsera, [adéfovir dipivoxil] 1  
**huile minérale**, 70  
Huile Minérale, [huile minérale] 70  
Humalog Mix 25, [insuline lispro/ insuline lispro protamine] 60  
Humalog Mix 25 KwikPen, [insuline lispro/ insuline lispro protamine] 60  
**hydroxypropylméthylcellulose**, 87  
**hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70**, 88  
**indacatérol (maléate d')/ glycopyrronium (bromure de)**, 94  
Injection d'acide zolédronique, [zolédronique (acide)] 85  
Inspiolto Respimat, [olodatérol (chlorhydrate d')/tiotropium (bromure monohydraté de)] 96  
**insuline aspart/ insuline aspart protamine**, 60  
**insuline lispro/ insuline lispro protamine**, 60  
**interféron bêta-1A**, 109, 111  
**interféron bêta-1B**, 113  
Invega Sustenna, [palipéridone (palmitate de)] 120  
Invokana, [canagliflozine] 56  
Iodosorb, [pansement antimicrobien - iode] 43  
**isavuconazole**, 3  
Isopto Tears, [hydroxypropylméthylcellulose] 87  
Jamp-Bisacodyl, [bisacodyl] 69  
Jamp-Calcium Citrate liq, [calcium (citrate de)] 124

Jamp Calcium Citrate Liq. D400, [calcium (citrate de)/ vitamine D] 124

Jamp-Calcium Citrate liq D1000, [calcium (citrate de)/ vitamine D] 124

Jamp-Diphenhydramine, [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 107

Jamp-Docusate Calcium, [docusate de calcium] 69

Jamp Docusate S Oblong, [docusate de sodium] 69

Jamp-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 69

Jamp-Lacosamide, [lacosamide] 116

Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000, [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 125

Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400, [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 125

Jamp-Lactulose, [lactulose] 70

Jamplyte (280g), [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 72

Jamp-Oxcarbazepine, [oxcarbazépine] 119

Jamp-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62

Jamp Rasagiline, [rasagiline (mésylate de)] 120

Jamp-Senna, [sennosides A & B] 73

Jamp-Sennaquil, [sennosides A & B] 73

Jamp-Sennosides Enrobé, [sennosides A & B] 73

Jamp-Vitamine B12, [cyanocobalamine] 125

Jamp-Vitamine B12 L.A., [cyanocobalamine] 125

Janumet, [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 67

Janumet XR, [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 67

Januvia, [sitagliptine] 67

Jardiance, [empagliflozine] 58

Jentaduoeto, [linagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 61

Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Kaltostat 40 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 24

Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Kazano, [alogliptine (benzoate d')/ metformine (chlorhydrate de)] 56

Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2xm x 20,3cm-207 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm- 26cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm<sup>2</sup>)  
, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm -161 cm<sup>2</sup>)  
, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm<sup>2</sup>)  
, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm<sup>2</sup>)  
, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Kendall Pans. sup. alg. calcium (10.2 cmx10.2 cm - 104 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm- 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Ketorolac, [kétorolac (trométhamine de)] 88

**kétorolac (trométhamine de)**, 88

Komboglyze, [saxagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 66

**lacosamide**, 116

Lacrilube, [paraffine/huile minérale] 88

**lactulose**, 70

Lactulose, [lactulose] 70

Lait de Magnésie, [magnésium (hydroxyde de)] 71

**lanthane hydraté (carbonate de)**, 130

Lax-A-Day Pharma, [polyéthylène glycol] 72

Lax-A NEMA, [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 71

Lax-A Nema Pédiatrique, [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 71

Lax-A Senna, [sennosides A & B] 73

**linagliptine**, 60

**linagliptine/metformine (chlorhydrate de)**, 61

**linezolid**, 3, 4

Linezolid Injection, [linezolid] 4

**lisdexamfetamine (dimesylate de)**, 116

Lixiana, [édoxaban] 15

Lodalis, [colésévélam (chlorhydrate de)] 13

**magnésium (hydroxyde de)**, 71

**magnésium (hydroxyde de)/ aluminium (hydroxyde d')**, 131

Mar-Lacosamide, [lacosamide] 116

Mar-Modafinil, [modafinil] 117

Mar-Trospium, [trospium (chlorure de)] 75

Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

M-B12 1200 mcg L.A., [cyanocobalamine] 125

MCal Citrate liquide, [calcium (citrate de)] 124

MCal Citrate liquide D1000, [calcium (citrate de)/ vitamine D] 124

MCal Solution, [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 124

M-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 69

Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Melgisorb Plus 45 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 25

Menopur, [gonadotrophines] 81

Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

- Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41
- Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41
- Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41
- Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41
- Mepilex Border (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36
- Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36
- Mepilex Border (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36
- Mepilex Border (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36
- Mepilex Border (15 cm x 20 cm - 168 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36
- Mepilex Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36
- Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 45
- Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 45
- Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 45
- Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 45
- Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 45

Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 45

Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36

Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36

Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36

Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 36

Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 29

Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm<sup>2</sup>), [pansement interface - polyamide ou silicone] 52

Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>), [pansement interface - polyamide ou silicone] 52

Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm<sup>2</sup>), [pansement interface - polyamide ou silicone] 52

Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm<sup>2</sup>), [pansement interface - polyamide ou silicone] 52

Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 22

Mesalt (1 m), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 22



Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 22

Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 22

**méthylphénidate (chlorhydrate de)**, 116, 117

Mint-Lacosamide, [lacosamide] 116

Mint-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62

**mirabegron**, 74

**modafinil**, 117

**moxifloxacine (chlorhydrate de)**, 4

M-Peg 3350, [polyéthylène glycol] 72

M-Senna 8,6 mg, [sennosides A & B] 73

M-Sennosides 12 mg, [sennosides A & B] 73

M-Sennosides 8,6 mg, [sennosides A & B] 73

**multivitamines**, 95, 96

Mylan-Riluzole, [riluzole] 120

Myrbetriq, [mirabegron] 74

Nadryl 25, [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 107

NAT-Osetamivir, [oseltamivir (phosphate d')] 4

Neocate avec DHA et ARA, [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 128

Neocate Junior, [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 128

Neocate Junior avec fibres, [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 128

Neocate Splash, [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 128

Nesina, [alogliptine (benzoate d')] 55

Novo-Docusate Calcium, [docusate de calcium] 69

Novo-Methylphenidate ER-C, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 117

NovoMix30, [insuline aspart/ insuline aspart protamine] 60

Novo-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62

Nu-Derm Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26

Nu-Derm Alginate (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26

Nu-Derm Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26

Nu-Derm Alginate 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26

Nutramigen A+, [formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)] 127

Nutramigen A+ LGG, [formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)] 127

**ocrélizumab**, 118

Ocrevus, [ocrélizumab] 118

Oesclim 25, [estradiol-17B] 77

Oesclim 50, [estradiol-17B] 77

**olodatérol (chlorhydrate d')/tiotropium (bromure monohydraté de)**, 96

Onglyza, [saxagliptine] 66

Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 45

Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Opus Senna, [sennosides A & B] 73

Opus Sennosides Enrobé, [sennosides A & B] 73  
Opus Vitamine B12 L.A., [cyanocobalamine] 125  
Oralair, [extrait allergénique de pollen de graminées] 126  
Orgalutran, [ganirelix] 80  
**oseltamivir (phosphate d')**, 4  
Ovidrel, [choriogonadotropine alpha] 76  
**oxcarbazépine**, 119  
**oxybutynine**, 74  
**oxybutynine (chlorure d')**, 74  
**oxyhydroxyde sucro-ferrique**, 131  
Oxytrol, [oxybutynine] 74  
**palipéridone (palmitate de)**, 120  
**pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne**, 31  
**pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes**, 33  
**pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association**, 34  
**pansement absorbant - chlorure de sodium**, 22  
**pansement absorbant - fibres gélifiantes**, 23  
**pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association**, 27  
Pansement à l'alginate de calcium 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26  
Pansement à l'alginate de calcium 60 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26  
Pansement à l'alginate de calcium 90 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26  
**pansement antimicrobien - argent**, 39  
**pansement antimicrobien bordé - argent**, 44  
**pansement antimicrobien - iode**, 43  
**pansement anti-odeur - charbon activé**, 46  
**pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane**, 50  
**pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane**, 47

Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 49

Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 49

Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 49

**pansement interface - polyamide ou silicone**, 52

**paraffine/huile minérale**, 88

Paraffine/huile minérale, [paraffine/huile minérale] 88

pdp-Diphenhydramine, [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 107

PediaSure Peptide 1 Cal, [formule nutritive - semi-élémentaire] 130

Peg 3350, [polyéthylène glycol] 72

PegLyte (280 g), [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 72

**pentoxifylline**, 15

Pentoxifylline SR, [pentoxifylline] 15

Peptamen, [formule nutritive - semi-élémentaire] 130

Peptamen 1.5, [formule nutritive - semi-élémentaire] 130

Peptamen AF, [formule nutritive - semi-élémentaire] 130

Peptamen avec Prebio 1, [formule nutritive - semi-élémentaire] 130

Peptamen Junior, [formule nutritive - semi-élémentaire] 130

Peptamen Junior 1.5, [formule nutritive - semi-élémentaire] 130

Pharma-Lacosamide, [lacosamide] 116

Pharma-Lactulose, [lactulose] 70

**phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium**, 71

**pimécrolimus**, 52

Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62

**pioglitazone (chlorhydrate de)**, 62

Pluscal, [calcium (carbonate de)] 124  
pms-Amphetamines XR, [amphétamine (sels mixtes d'')] 105  
pms-Bisacodyl, [bisacodyl] 69  
pms-Diphenhydramine, [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 107  
pms-Docusate, [docusate de sodium] 69  
pms-Docusate-Calcium, [docusate de calcium] 69  
pms-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 69  
pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 98  
pms-Lactulose, [lactulose] 70  
pms-Lactulose-Pharma, [lactulose] 70  
pms-Methylphenidate ER, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 117  
pms-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62  
pms-Sennosides, [sennosides A & B] 73  
**polyéthylène glycol**, 72  
**polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)**, 72  
**polyvinylique (alcool)**, 89  
Portagen, [formule nutritive - lait écrémé/ huile de coco] 127  
Pradaxa, [dabigatran etexilate] 14  
**prasugrel**, 16  
Pregestimil A+, [formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)] 127  
Pregnyl, [gonadotrophine chorionique] 80  
Prolia, [denosumab] 85  
Pro-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62  
Protopic, [tacrolimus] 52  
**psyllium (mucilage de)**, 72  
Pulmozyme, [dornase alfa] 91  
PurAmino A+, [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 128  
PurAmino A+ Junior, [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 128

Puregon, [follitropine bêta] 78  
Ran-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62  
**rasagiline (mésylate de)**, 120  
Rasilez, [aliskirène] 11  
ratio-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 69  
ratio-Lactulose, [lactulose] 70  
ratio-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62  
Rebif, [interféron bêta-1A] 109  
Refresh, [polyvinylique (alcool)] 89  
Refresh Celluvisc, [carboxyméthylcellulose sodique] 86  
Refresh plus, [carboxyméthylcellulose sodique] 86  
Refresh tears, [carboxyméthylcellulose sodique/ purite] 86  
Rekovel, [follitropine delta] 79  
Relaxa, [polyéthylène glycol] 72  
Relaxa (30 sachets de 17 grammes), [polyéthylène glycol] 72  
Relenza, [zanamivir] 8  
Renagel, [sévélamer (chlorhydrate de)] 132  
Renvela, [sévélamer (carbonate de)] 131  
Repronex, [gonadotrophines] 81  
Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 10 x 12,5-125cm<sup>2</sup>,  
[pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en  
association] 30  
Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 15-225 cm<sup>2</sup>,  
[pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en  
association] 30  
Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 20-300 cm<sup>2</sup>,  
[pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en  
association] 30  
Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 6 cm x  
6cm-36cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule  
ou en association] 30  
Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x15-100  
cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule  
ou en association] 37

Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x20-125 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Retin-A, [trétinoïne] 53

Rilutek, [riluzole] 120

**riluzole**, 120

Risperdal Consta, [rispéridone] 121

**rispéridone**, 121

**rivaroxaban**, 16–18

Riva-Senna, [sennosides A & B] 73

Rosiglitazone, [rosiglitazone (maléate de)] 64

**rosiglitazone (maléate de)**, 64

**salbutamol (sulfate de)**, 97

**salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)**, 98

Sandoz Amphetamine XR, [amphétamine (sels mixtes d'')] 105

Sandoz Diclofenac Ophtha, [diclofénac sodique] 87

Sandoz Estradiol Derm 100, [estradiol-17B] 77

Sandoz Estradiol Derm 50, [estradiol-17B] 77

Sandoz Estradiol Derm 75, [estradiol-17B] 77

Sandoz Glimépiride, [glimépiride] 60

Sandoz Lacosamide, [lacosamide] 116

Sandoz Linezolid, [linezolid] 3

Sandoz Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62

Sandoz Voriconazole, [voriconazole] 7

Santyl, [collagénase] 21

**saxagliptine**, 66

**saxagliptine/metformine (chlorhydrate de)**, 66

Selax, [docusate de sodium] 69

SennAce, [sennosides A & B] 73

Sennalax, [sennosides A & B] 73

Sennalax Forte, [sennosides A & B] 73

Sennosides, [sennosides A & B] 73

**sennosides A & B**, 73

Senokot, [sennosides A & B] 73

**sévélamer (carbonate de)**, 131

**sévélamer (chlorhydrate de)**, 132

Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 41

Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm- 200 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm- 121 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm- 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Similac Neosure, [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)] 129

**sitagliptine**, 67

**sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)**, 67

Soflax, [docusate de sodium] 69

SolCarb, [formule nutritive - glucose polymérisé] 126

SoluCAL (toutes saveurs), [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 124

SoluCAL D (toutes saveurs), [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 125

Solucal D+1000 (toutes saveurs), [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 125

Solution de Tobramycine pour Inhalation, [tobramycine (sulfate de)] 7

Stieva-A, [trétinoïne] 53

Stieva-A Forte, [trétinoïne] 53

Symbicort 100 Turbuhaler, [formotérol dihydraté (fumarate de )/budésonide] 91

Symbicort 200 Turbuhaler, [formotérol dihydraté (fumarate de )/budésonide] 91

Synjardy, [empagliflozine / metformine (chlorhydrate de)] 59

**tacrolimus**, 52

Tamiflu, [oseltamivir (phosphate d'')] 4

Tarka, [trandolapril/ vérapamil (chlorhydrate de)] 20



Taro-Dipyridamole/ASA, [dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)] 14

Tears Naturelle, [hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70] 88

Tears Naturelle II, [hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70] 88

Tecfidera, [diméthyle (fumarate de)] 106

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm<sup>2</sup>, [pansement interface - polyamide ou silicone] 52

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm<sup>2</sup>, [pansement interface - polyamide ou silicone] 52

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm<sup>2</sup>, [pansement interface - polyamide ou silicone] 52

Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 10,2x12,7-129 cm<sup>2</sup>, [pansement antimicrobien - argent] 42

Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 5,1 x 5,1-26cm<sup>2</sup>, [pansement antimicrobien - argent] 42

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cmx12,7cm-127cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cm x 20cm-200cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (20cm x 20cm-400cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (5cm x 5cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x10-100cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26

Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x20-200cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 37

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 30

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 10 cm - 100cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 49

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 12 cm - 50 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (13 cm x 15 cm - 94 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (15 cm x 15 cm - 225cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 49

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (17 cm x 20 cm - 187cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde 16,1cm x 17,1cm-172cm<sup>2</sup>, [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 10cm-100cm<sup>2</sup>, [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 49

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 12cm-63cm<sup>2</sup>, [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 13cm x15cm-94cm<sup>2</sup>, [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 17cm x 20cm-187cm<sup>2</sup>, [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

**tériflunomide**, 121

Teva-Lacosamide, [lacosamide] 116

Teva-Modafinil, [modafinil] 117

Teva-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62

Teva-Rasagiline, [rasagiline (mésylate de)] 120

Teva-Tobramycin, [tobramycine (sulfate de)] 7

Teva-Voriconazole, [voriconazole] 7

**ticagrélor**, 19

Tielle (11 cm x 11 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tielle (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tielle (15 cm x 20 cm - 176 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tielle (18 cm x 18 cm - 196 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tielle (7 cm x 9 cm - 15 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tielle non adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Tielle non adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Tielle non adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 306 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Tielle non-adhésif (21 cm x 22 cm - 462 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Tielle Plus (11 cm x 11 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tielle Plus (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tielle Plus (15 cm x 20 cm - 176 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tielle Plus (Sacrum 15 cm x 15 cm - 70 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Tizanidine, [tizanidine (chlorhydrate de)] 122

**tizanidine (chlorhydrate de)**, 122

Tobi, [tobramycine (sulfate de)] 7

Tobi Podhaler, [tobramycine (sulfate de)] 7

**tobramycine (sulfate de)**, 7

**tocophéryle (acétate de dl-alpha)**, 122

Tolerex, [formule nutritive - monomérique] 128

Toviaz, [fésotérodine (fumarate de)] 74

Trajenta, [linagliptine] 60

**trandolapril/ vérapamil (chlorhydrate de)**, 20

**trétinoïne**, 53, 54

Triglycérides à chaîne moyenne, [formule nutritive - huile de coco fractionnée] 126

Trileptal, [oxcarbazépine] 119

Trosec, [trospium (chlorure de)] 75

**trospium (chlorure de)**, 75

Ultibro Breezhaler, [indacatérol (maléate d')/ glycopyrronium (bromure de)] 94

UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

UrgoTul Ag Absorb Non-adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

UrgoTul Ag Absorb Non-adhésif (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

**urofollitropine**, 82

VAN-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 62

Velphoro, [oxyhydroxyde sucro-ferrique] 131

Ventolin Diskus, [salbutamol (sulfate de)] 97

Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33

Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26

Versiva XC Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26

Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),  
[pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26  
Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>),  
[pansement absorbant - fibres gélifiantes] 26  
Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm<sup>2</sup>), [pansement  
absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33  
**vertéporfine**, 90  
Vfend, [voriconazole] 7  
**vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)**, 100  
**vilantérol (trifénatate de)/uméclicidinium (bromure d')**, 103  
Vimpat, [lacosamide] 116  
Visudyne, [vertéporfine] 90  
Vital Peptide 1.5 Cal, [formule nutritive - semi-élémentaire] 130  
Vital Peptide 1 Cal, [formule nutritive - semi-élémentaire] 130  
Vitamin A Acid Gel, [trétinoïne] 54  
Vitamin A Acid Gel Doux, [trétinoïne] 54  
Vivonex Pédiatrique, [formule nutritive - monomérique] 128  
Vivonex Plus, [formule nutritive - monomérique] 128  
Vivonex T.E.N., [formule nutritive - monomérique] 128  
Voltaren Ophta, [diclofénac sodique] 87  
**voriconazole**, 7  
Voriconazole pour injection, [voriconazole] 7  
Vyvanse, [lisdexamfetamine (dimesylate de)] 116  
Wixela Inhub, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone  
(propionate de)] 98  
Xarelto, [rivaroxaban] 16–18  
Xigduo, [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)] 58  
**zanamivir**, 8  
Zenhale, [formotérol dihydraté (fumarate de)/mométasone  
(furoate de)] 94  
**zolédronique (acide)**, 85  
Zyvoxam, [linezolid] 3, 4