COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Déposé le 13 novembre 2015
No. : CSSS-047
Secrétaire

Liste des médicaments

dernière mise à jour le 1er octobre 2015

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISSN 1913-2786
ISBN 978-2-550-73774-2

Québec, le 29 septembre 2015

Annexe 1

Liste des médicaments
1er octobre 2015

Table des matières

1. Détermination des prix inscrits à la *Liste de médicaments* 3
2. Établissement du prix payable 3
3. Médicament magistral 6
4. Médicament d'exception 7
5. Fournitures 8
6. Présentation des cas, des conditions et des circonstances dans lesquels le coût de tout autre médicament est couvert par le régime général, à l'exception des médicaments ou des catégories de médicaments ci-après indiqués. 8

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

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

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

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

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

Sections et classes thérapeutiques

4:00 Antihistaminiques
8:00 Anti-infectieux
10:00 Antinéoplasiques
12:00 Médicaments s.n.a.
20:00 Médicaments du sang
24:00 Cardio-vasculaires
28:00 Médicaments s.n.c.
36:00 Agents diagnostiques
40:00 Électrolytes-diurétiques
48:00 Antitussifs, expectorants et agents mucolytiques
52:00 O.R.L.O.
56:00 Gastro-intestinaux
60:00 Sels d'or
64:00 Antidotes des métaux lourds
68:00 Hormones et substituts
84:00 Peau et muqueuses
86:00 Spasmolytiques
88:00 Vitamines
92:00 Autres médicaments

Médicaments d'exception

Fournitures

Liste des produits pour médicament magistral

Véhicules, solvants ou adjuvants

1. DÉTERMINATION DES PRIX INSCRITS À LA *LISTE DE MÉDICAMENTS*

Le prix d'un médicament inscrit à la *Liste de médicaments* est celui qui est établi selon le concept du « prix de vente garanti » en conformité avec les dispositions de l'engagement du fabricant et selon les méthodes d'établissement du prix de chaque médicament édictées par l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments.

Toutefois, dans certaines circonstances, aucun prix n'est indiqué à la liste. Le prix payable est alors le prix coûtant du pharmacien. Ceci peut être le cas notamment pour :

- un médicament d'un fabricant non reconnu qui a été jugé unique et essentiel : le symbole « UE » figure dans la colonne du prix unitaire;
- un produit pour médicament magistral;
- un solvant, véhicule ou adjuvant;
- une fourniture;
- un médicament inscrit sous sa dénomination commune seulement, sans marque de commerce ni nom de fabricant.

Pour les médicaments retirés du marché par un fabricant, le symbole « R » figure dans la colonne du prix unitaire. Pour permettre l'écoulement des stocks en circulation, ces produits demeurent payables durant la période de validité de la présente édition.

1.1 Prix de vente garanti

L'engagement du fabricant stipule qu'il doit soumettre un prix de vente garanti par format pour tout médicament qu'il désire faire inscrire à la *Liste de médicaments*; le nombre de formats est limité à deux. En outre, le prix soumis doit tenir compte des prix pour les quantités qui sont des multiples de ces formats.

Il peut arriver que l'utilité thérapeutique de plus de deux formats soit établie dans le cas de certains médicaments comme des antibiotiques en suspension orale, des solutions ophtalmiques, des crèmes et des pommades topiques. Le fabricant peut alors soumettre un prix de vente garanti pour chacun des formats.

Le prix de vente garanti doit demeurer en vigueur durant la période de validité de la *Liste de médicaments*.

Le prix de vente garanti peut être différent pour les ventes aux pharmaciens et aux grossistes. Si tel est le cas, l'écart entre le prix pour les pharmaciens et le prix pour les grossistes ne peut être supérieur à 6,50 % pour chaque format et il peut être différent pour chacun des produits visés. Pour un produit donné, l'écart est le même pour tous les formats. Les prix de vente garantis par un fabricant pour les grossistes doivent être les mêmes pour tous les grossistes.

Il est à noter que c'est le prix de vente garanti pour les pharmaciens qui est inscrit à la liste.

Les noms des fabricants ayant soumis des prix de vente garantis différents pour les pharmaciens et les grossistes paraissent à l'annexe **I**.

2. ÉTABLISSEMENT DU PRIX PAYABLE

Le prix d'un médicament dont la Régie de l'assurance maladie du Québec assume le paiement est le prix auquel il est vendu par un fabricant ou un grossiste reconnu. Ce prix est établi conformément à la méthode ci-dessous ou, le cas échéant, correspond au montant maximum indiqué à la liste.

2.1 Prix réel d'acquisition

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

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

Par ailleurs, le prix coûtant du pharmacien est payable par la Régie lorsque le nom du fabricant n'est pas indiqué à la liste. C'est le cas notamment pour les produits jugés uniques et essentiels, ceux inscrits sans marque de commerce ni nom de fabricant et certains inscrits dans les sections intitulées « Produits pour médicament magistral », « Véhicules, solvants ou adjuvants » et « Fournitures ».

2.2 Prix le plus bas

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

2.2.1 Méthode du prix le plus bas

Le prix payable pour un médicament de même dénomination commune, de même forme et de même teneur est celui de la marque de commerce dont le prix de vente garanti par le fabricant est le moins élevé pour un format donné.

2.2.2 Regroupement de formes pharmaceutiques et de teneurs

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

2.2.3 Exceptions à la méthode du prix le plus bas

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

1° de ne pas substituer un médicament de même dénomination commune à un médicament innovateur qu'il prescrit;

2° la raison, parmi les suivantes, pour laquelle il ne doit pas y avoir substitution, en utilisant à cet effet le code fourni par la Régie qui correspond à cette raison:

- le patient souffre d'une allergie ou d'une intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition du médicament de même dénomination commune le moins coûteux, mais absent de celle du médicament innovateur;
- le médicament prescrit est un médicament innovateur dont la forme pharmaceutique est essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés et est le seul inscrit à la liste des médicaments sous cette forme.
- jusqu'au 3 octobre 2016, dans le cas du Remicade[MC], celui-ci est prescrit de préférence à l'Inflectra[MC] parce que le centre de perfusion où est administré le Remicade[MC] est plus près du domicile du patient que le centre de perfusion où est administré l'Inflectra[MC] et lui est plus facilement accessible, compte tenu de son état de santé.

Toutefois, l'indication de la raison pour laquelle il ne doit pas y avoir substitution n'est requise qu'à partir du 1er juin 2015, dans le cas du renouvellement d'une ordonnance exécutée avant le 24 avril 2015 qui comportait la mention de ne pas substituer.

Elle n'est pas requise, dans le cas d'une ordonnance d'azathioprine, de mycophénolate mofétil, de mycophénolate sodique, de sirolimus, de tacrolimus ou de clozapine, pour les personnes qui, avant le 1er juin 2015, ont déjà obtenu une telle ordonnance avec la mention de ne pas substituer.

De même, jusqu'au 30 septembre 2015, elle n'est pas requise dans le cas d'une ordonnance de Prograf[MC] pour les personnes qui, avant le 1er juin 2015, ont déjà obtenu une telle ordonnance.

De plus, l'indication de la raison concernant le Remicade[MC] n'est pas requise pour la personne à qui ce médicament a déjà été délivré en pharmacie entre le 2 février et le 23 avril 2015.

La méthode du prix le plus bas ne s'applique pas pour les personnes assurées ayant obtenu un remboursement de Clozaril[MC] dans les 365 jours précédant le 21 avril 2008.

De même, la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas aux médicaments énumérés à l'annexe V. Est inscrit dans cette annexe un médicament qui possède l'une de caractéristiques suivantes :

- médicament hautement toxique ou ayant un index thérapeutique étroit;
- médicament dont le début d'action et le taux d'absorption sont cliniquement importants;
- médicament ayant une présentation ou une utilisation particulière.

2.3 Montant maximum

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

Toutefois, pourvu que les conditions prévues au point 6.5 soient par ailleurs respectées, le montant maximum indiqué à la liste pour le paiement des médicaments dont le numéro de code de facturation est 02244521, 02244522, 02249464 ou 02249472 ne s'applique pas lorsque le patient concerné est atteint de dysphagie grave ou porteur d'une sonde nasogastrique ou gastrojéjunale et qu'il ne peut prendre ce médicament que si celui-ci est dissous. Le prix payable est alors le prix réel d'acquisition par le pharmacien.

2.4 Marge bénéficiaire du grossiste en médicaments reconnu

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

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

On trouvera à l'annexe **II** la liste des grossistes en médicaments reconnus et la marge bénéficiaire de chacun d'eux pour la période de validité de la *Liste de médicaments*.

2.4.1 Plafonnement de la marge bénéficiaire

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

En effet, pour ces médicaments, la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum de 39 $. Les produits visés par cette mesure sont ceux dont le prix de vente garanti aux grossistes, du plus petit format ou de son multiple indivisible, se situe à 600 $ ou plus. Le prix paraissant à la liste est le prix de vente garanti pour les pharmaciens et n'inclut pas la marge bénéficiaire.

La liste des produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant de 39 $ paraît à l'annexe **III**.

2.4.2 Deux prix de vente garantis

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

Si l'écart en pourcentage entre le prix de vente garanti pour les grossistes et le prix de vente garanti pour les pharmaciens est égal ou supérieur à 5 %, cet écart constitue la marge bénéficiaire du grossiste. Le prix payable est alors égal au prix de vente garanti pour les pharmaciens, sauf s'il s'agit d'un produit coûteux, puisque la marge est alors limitée à 39 $. Si l'écart en pourcentage entre le prix de vente garanti pour les grossistes et le prix de vente garanti pour les pharmaciens est inférieur à 5 %, le prix payable est le prix de vente garanti pour les grossistes majoré de la marge bénéficiaire du grossiste.

2.5 Conditions d'approvisionnement

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

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

2.6 Prix payable pour les médicaments fournis par des établissements

En vertu de l'article 37 de la Loi sur la pharmacie (chapitre P-10), des établissements sont autorisés à fournir des médicaments à des personnes autres que celles qui sont admises ou inscrites auprès d'eux. En plus des responsabilités qui leurs sont confiées en vertu du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation, ces établissements peuvent facturer au régime général les médicaments inscrits à la *Liste de médicaments* dressée par le ministre en vertu de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments, lorsqu'ils sont fournis à des personnes assurées par le régime général.

Dans ce cas, le prix payable à l'établissement est le plus bas entre le prix réel d'acquisition et le prix établi, conformément à la méthode paraissant à la liste.

3. MÉDICAMENT MAGISTRAL

3.1 Définition

Par médicament magistral, on entend tout médicament qui est préparé en pharmacie d'après une ordonnance, par opposition au médicament officinal, tout préparé.

3.2 Médicament magistral dont le coût est garanti par le régime général

Le coût d'un médicament magistral est garanti par le régime général s'il s'agit d'un mélange extemporané de produits inscrits à la Liste de médicaments qui n'équivaut pas à un médicament déjà manufacturé et qui représente :

- Une préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la *Liste de médicaments* et qui renferme une seule substance active.

- Une préparation d'un rince-bouche résultant du mélange

  - de deux ou plusieurs des médicaments suivants sous forme non injectable : diphenhydramine (chlorhydrate de), érythromycine, hydroxyzine, kétoconazole, lidocaïne, magnésium (hydroxyde de) / aluminium (hydroxyde d'), nystatine, sucralfate, tétracycline et un corticostéroïde, en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants ou

  - d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants.

- Une préparation pour usage topique constituée du mélange d'un médicament inscrit à la classe 84:00 « Peau et muqueuses » de la *Liste de médicaments*, et d'un ou plusieurs produits pour médicament magistral suivants : acide salicylique, soufre et goudron en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants.

- Une préparation pour usage topique d'un ou plusieurs des produits suivants : acide salicylique, érythromycine, soufre, goudron et hydrocortisone dans une base de crème, d'éthanol, d'onguent, d'huile ou de lotion, à l'exception d'une préparation à base d'hydrocortisone seule dont la concentration est inférieure à 1 %.

- Une préparation ophtalmique renfermant :

  - de l'amikacine, de l'amphotéricine B, de la céfazoline, de la ceftazidime, du fluconazole, de la mitomycine, de la pénicilline G, de la vancomycine ou

  - de la tobramycine dans des concentrations de plus de 3 mg/mL ou

  - de la cyclosporine à la concentration de 1 % ou de 2 %;

- Une solution ou une suspension orale d'acide folique, de dexaméthasone, de méthadone, de phytonadione, ou de vancomycine.

– Une des préparations suivantes :

- une préparation pour usage rectal à base de sucralfate;

- une préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem.

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

3.3 Prix payable

La méthode applicable pour l'établissement du prix payable par la Régie pour les produits qui servent à préparer les médicaments magistraux est celle déterminée à la Liste. Lorsque aucun prix n'y est indiqué, le prix payable est le prix coûtant du pharmacien.

4. MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

4.1 Objectifs

La mesure des médicaments d'exception poursuit les objectifs suivants :

a) Que le coût des médicaments d'exception soit garanti par le régime général uniquement s'ils sont utilisés pour des indications thérapeutiques reconnues par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

b) Permettre, de façon exceptionnelle, le paiement des médicaments inscrits à la liste dans la section « Médicaments d'exception » lorsqu'il s'agit :

   – d'un médicament jugé efficace pour des indications restreintes, car ni son efficacité, ni le coût de traitement ne justifient son utilisation habituelle et continue pour d'autres indications;
   – d'un médicament qui n'offre pas d'avantages thérapeutiques justifiant un coût plus élevé que celui lié à l'utilisation des produits possédant les mêmes propriétés pharmacothérapeutiques inscrits à la liste, quand ceux-ci sont non tolérés, contre-indiqués ou rendus inefficaces à cause de la condition clinique du patient.

4.2 Présentation des médicaments d'exception dans la *Liste de médicaments*

Les médicaments répondant à la définition de médicament d'exception sont regroupés dans une section qui leur est propre, intitulée « Médicaments d'exception ».

4.3 Autorisation de paiement et durée d'autorisation

Les médicaments d'exception mentionnés à l'annexe **IV** font l'objet des garanties du régime général lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1° dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par la Régie de l'assurance maladie du Québec, une demande d'autorisation préalable dûment remplie selon la formule prévue à cet effet dans le Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29, r. 7) a été transmise à celle-ci;

2° dans le cas des personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par les assureurs en assurance collective ou par les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé, une demande préalable d'autorisation, si elle est requise en vertu du contrat d'assurance collective ou du régime d'avantages sociaux applicable, a été transmise à l'assureur ou à l'administrateur du régime d'avantages sociaux, selon les modalités prévues à ce contrat ou par ce régime.

Ces médicaments ne sont toutefois couverts que pour la durée autorisée, le cas échéant, par la Régie, par l'assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux visé, s'ils sont prescrits pour les indications thérapeutiques énoncées en regard de chacun d'eux.

5. FOURNITURES

La *Liste de médicaments* peut comporter certaines fournitures que le ministre juge essentielles à l'administration de médicaments d'ordonnance. Les fournitures dont le coût est garanti par le régime général sont regroupées dans les sections « Fournitures » et « Véhicules, solvants ou adjuvants » de la liste.

5.1 Prix payable

La méthode applicable pour l'établissement du prix payable par la Régie pour les fournitures est celle déterminée à la Liste. Lorsque aucun prix n'y est indiqué, le prix payable est le prix coûtant du pharmacien.

6. PRÉSENTATION DES CAS, DES CONDITIONS ET DES CIRCONSTANCES DANS LESQUELS LE COÛT DE TOUT AUTRE MÉDICAMENT EST COUVERT PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL, À L'EXCEPTION DES MÉDICAMENTS OU DES CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS CI-APRÈS INDIQUÉS

6.1 Objectif

La présente mesure vise à permettre, de façon exceptionnelle, le paiement d'un médicament qui n'est pas inscrit à la présente liste ou qui, dans le cas d'un médicament d'exception, est prescrit pour une indication thérapeutique non énoncée à cette liste au regard de ce médicament, dans les cas, les conditions et les circonstances ci-après décrites et à ce que son coût ainsi que celui des services pharmaceutiques fournis par un pharmacien à une personne admissible soient garantis par le régime général d'assurance médicaments.

6.2 Cas, conditions et circonstances

6.2.1 Conditions

Un médicament non inscrit à la présente liste ou un médicament d'exception prescrit pour une indication thérapeutique non énoncée à cette liste au regard de ce médicament, fait exceptionnellement l'objet de garanties du régime général d'assurance médicaments lorsqu'aucun autre traitement pharmacologique inscrit à la présente liste ou aucun autre traitement médical dont le coût est assumé en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ne peut être envisagé parce que le traitement est contre-indiqué, non toléré de façon significative ou rendu inefficace en raison de la condition clinique de la personne admissible.

Ce médicament doit être :

1° soit un médicament manufacturé, commercialisé au Canada et, sous réserve du quatrième alinéa du présent article, porteur d'un DIN attribué par Santé Canada ;

2° soit un médicament manufacturé, commercialisé au Canada et porteur d'un NPN attribué par Santé Canada, pourvu que ce médicament ait déjà été porteur d'un DIN attribué par cette même autorité ;

3° soit un médicament magistral dont les ingrédients sont commercialisés au Canada, pourvu qu'il n'existe pas de médicaments commercialisés au Canada, de même forme et de même teneur, contenant les mêmes ingrédients ;

4° soit une préparation stérile faite par un pharmacien à partir de produits pharmaceutiques stériles commercialisés au Canada, dont au moins un de ces produits n'est pas inscrit à la présente liste pour administration parentérale ou pour usage ophtalmique, pourvu qu'il n'existe pas de préparations commercialisées au Canada, de même forme et de même teneur, contenant les mêmes produits.

Un tel médicament fait l'objet des garanties du régime général lorsqu'il respecte toutes les conditions énoncées à l'égard de chacun des deux critères suivants:

1° critère relatif à la gravité de la condition médicale;

2° critère relatif à la chronicité, au traitement d'une infection aiguë et aux soins palliatifs.

Un médicament d'exception mentionné à l'annexe **IV** peut faire l'objet des garanties du régime général même si celui-ci n'est pas porteur d'un DIN attribué par Santé Canada, dans la mesure où il ne fait pas, par ailleurs, l'objet d'exclusion prévue à la présente liste.

6.2.1.1 Critère relatif à la gravité de la condition médicale

Le médicament vise le traitement d'une condition médicale grave dont souffre une personne admissible et pour qui la prise du médicament est une nécessité particulière, à caractère exceptionnel, documentée à son dossier médical.

On entend par «condition médicale grave», un symptôme, une maladie ou une complication grave découlant d'une telle maladie dont les conséquences constituent une atteinte importante à la santé, telle une atteinte fonctionnelle physique ou psychologique significative, et que les probabilités qu'elles entraînent un recours à plusieurs services du réseau de la santé, tels des services médicaux à répétition ou une hospitalisation, sont élevées si le médicament n'est pas administré, et dont la gravité est, selon le cas :

1° immédiate en ce qu'elle limite déjà sévèrement les activités ou la qualité de vie de la personne qui en souffre ou qu'elle entraînerait pour cette personne, selon l'état des connaissances scientifiques, une atteinte fonctionnelle significative ou son décès;

2° prévisible à brève échéance, en ce que son évolution ou ses complications pourraient avoir des répercussions sur l'état de la personne admissible en termes de morbidité ou de mortalité.

Toutefois, lorsque les conséquences de la condition médicale grave sont une atteinte fonctionnelle psychologique significative, l'atteinte doit être immédiate et doit, par conséquent, déjà limiter sévèrement les activités ou la qualité de vie de la personne admissible.

6.2.1.2 Critère relatif à la chronicité, au traitement d'une infection aiguë grave et aux soins palliatifs

Le médicament vise, selon le cas:

1° le traitement d'une condition médicale chronique ou d'une complication ou d'une manifestation découlant d'une telle condition médicale pourvu que sa gravité respecte les conditions décrites à l'un ou l'autre des paragraphes 1° et 2° du deuxième alinéa de l'article 6.2.1.1;

2° le traitement d'une infection aiguë grave;

3° nonobstant le critère de gravité prévu à l'article 6.2.1.1, à assurer l'administration d'un médicament requis en soins palliatifs ambulatoires au cours de la phase terminale, dans les cas d'une maladie mortelle.

6.3 Cas d'exclusion

Malgré que les conditions prévues à l'article 6.2.1 soient remplies pour qu'un médicament qui n'y est pas inscrit ou, dans le cas d'un médicament d'exception, prescrit pour une indication thérapeutique non énoncée à cette liste au regard de ce médicament fasse l'objet des garanties du régime général, une demande d'autorisation pour le paiement d'un tel médicament doit être refusée dans le cas des médicaments suivants :

1° (Supprimé)

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

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

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

5° les médicaments prescrits pour le traitement de l'obésité;

6° les médicaments prescrits pour la cachexie et pour stimuler l'appétit;

7° l'oxygène.

8° le lédipasvir/sofosbuvir et la trousse comprenant l'ombitasvir/paritaprévir/ritonavir et le dasabuvir sodique (monohydrate de), lorsqu'ils sont prescrits pour traiter l'hépatite C de génotype 1 pour des indications thérapeutiques autres que celles prévues à l'annexe IV, sauf dans le cas où la demande de paiement a été autorisée avant le 24 juillet 2015 et le traitement a débuté pendant la période d'autorisation.

6.4. Prix payable par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Le prix d'un médicament visé à l'article 6 et dont la Régie de l'assurance maladie du Québec assume le paiement, dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par elle, est le prix réel d'acquisition du médicament par le pharmacien.

6.5 Autorisation de paiement et durée d'autorisation

Le prescripteur doit faire parvenir:

1° à la Régie de l'assurance maladie du Québec, dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par elle, une demande d'autorisation préalable dûment remplie, sur la formule qui lui est fournie par la Régie;

2° si elle est requise en vertu du contrat d'assurance collective ou du régime d'avantages sociaux applicable, à l'assureur ou à l'administrateur du régime d'avantages sociaux, dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par les assureurs en assurance collective ou par les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé, une demande préalable d'autorisation dûment remplie, selon les modalités prévues à ce contrat ou par ce régime, le cas échéant.

Lorsque la demande est acceptée, le médicament qui en fait l'objet n'est toutefois couvert que pour la durée autorisée, le cas échéant, par la Régie, par l'assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux visé.

7. Cas d'exception à l'exclusion temporaire d'un médicament des garanties du régime général d'assurance médicaments

L'exclusion temporaire d'un médicament prévue à l'article 60.0.2 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01), aux fins de la conclusion d'une entente d'inscription, ne s'applique pas à l'égard d'une personne dont la gravité de la condition médicale est telle, à la date de la transmission de la demande d'autorisation de paiement faite à la Régie conformément à l'article 6.5, que la prise de ce médicament ne peut être retardée au-delà de 30 jours de cette date sans que cela n'entraîne des complications menant à une détérioration irréversible de sa condition ou à son décès. De plus, le prescripteur doit démontrer que les effets cliniques bénéfiques attendus de ce médicament pour cette personne sont médicalement reconnus sur la base de données scientifiques.

Pour les demandes d'autorisation de paiement qui sont en cours de traitement ou en attente de traitement à la date d'entrée en vigueur de l'avis d'exclusion temporaire d'un médicament, le délai de 30 jours au-delà duquel la prise du médicament ne peut être retardé se calcule à partir de la date d'entrée en vigueur de cet avis.

De même, cette exclusion ne s'applique pas à l'égard d'une personne qui a déjà obtenu une acceptation de paiement pour ce médicament à un moment quelconque avant la date de publication de l'avis d'exclusion.

ANNEXE I

LISTE DES FABRICANTS AYANT SOUMIS DES PRIX DE VENTE GARANTIS DIFFÉRENTS POUR LES GROSSISTES ET LES PHARMACIENS

	Fabricant		Écart entre le P.V.G. pharmaciens et le P.V.G. grossistes
	Alveda	Alveda Pharmaceuticals	3%
	Atlas	Laboratoire Atlas Inc.	5,66%, 5,65%, 5,7%, 5,71%
*	Bionime	Bionime Corporation	5,66%
	BioV	BioV Pharma	6%
*	Covidien	Covidien	6%
	Del	Del Pharmaceuticals Inc.	5,56%
*	Erfa	Erfa Canada 2012 Inc.	5%
*	GMP	Generic Medical Partners Inc.	5%
*	GSK	GlaxoSmithKline Inc.	5%
	Lalco	Laboratoire Lalco Enr.	6%
*	MedFutures	Medical Futures Inc.	6%
	Medihub	MediHub International	6,25%
	Medisure	Medi + Sure	6,25%
	Medline	Medline Canada Corporation	2%
*	Nipro Diag	Nipro Diagnostics Inc.	6%
*	Purdue	Purdue Pharma	5%
*	Red Leaf	Red Leaf Medical Inc.	6%
*	S. & N.	Smith & Nephew Inc.	6,25%
*	Septa	Septa Pharmaceuticals	5%
*	Serono	EMD Serono Canada Inc.	5%
	Sterigen	Sterigen	4%

* L'écart s'applique seulement sur certains produits de ce fabricant.

ANNEXE II

LISTE DES GROSSISTES EN MÉDICAMENTS RECONNUS PAR LE MINISTRE ET MARGE BÉNÉFICIAIRE DE CHAQUE GROSSISTE RECONNU

FAMILIPRIX INC.

Siège social: **FAMILIPRIX INC.**
6000, rue Armand-Viau
Québec (Québec) G2C 2C5

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement A

LE GROUPE JEAN COUTU (PJC) INC.

Siège social: **LE GROUPE JEAN COUTU (PJC) INC.**
530, rue Bériault
Longueuil (Québec) J4G 1S8

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement D

MCMAHON DISTRIBUTEUR PHARMACEUTIQUE INC.

Siège social: **MCMAHON DISTRIBUTEUR PHARMACEUTIQUE INC.**
12225, boul. Industriel, suite 100
Montréal (P.A.T.) Québec H1B 5M7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement F

MCKESSON SERVICES PHARMACEUTIQUES

Siège social: **MCKESSON SERVICES PHARMACEUTIQUES**
8290, boul. Pie IX
Montréal (Québec) H1Z 4E8

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement G

AMERISOURCE BERGEN CANADA

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

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement H

KOHL & FRISCH LIMITED

Siège social: **KOHL & FRISCH LIMITED**
7622, Keele Street
Concord (Ontario) L4K 2R5

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement I

SHOPPERS DRUG MART LIMITED

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

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement J

DISTRIBUTIONS PHARMAPLUS INC.

Siège social: **DISTRIBUTIONS PHARMAPLUS INC.**
2797, avenue Turbide
Beauport (Québec) G1E 3R1

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement M

INNOMAR STRATEGIES INC.

Siège social: **INNOMAR STRATEGIES INC.**
3450, Harvester Road
Burlington (Ontario) L7N 3M7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement N

GMD DISTRIBUTION INC.

Siège social: **GMD DISTRIBUTION INC.**
1215, North Service Rd. W.
Oakville (Ontario) L6M 2W2

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement O

PharmaTrust MedServices Inc.

Siège social: **PharmaTrust MedServices Inc.**
2880 Brighton Road, Unit 2
Oakville (Ontario) L6H 5S3

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement P

DEX Medical Distribution Inc.

Siège social: **DEX Medical Distribution Inc.**
70 Esna Park Drive, Unit 11
Markham (Ontario) l3r 6e7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement Q

ANNEXE III

PRODUITS POUR LESQUELS LA MARGE BÉNÉFICIAIRE DU GROSSISTE EST LIMITÉE À UN MONTANT MAXIMUM

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Novartis	Aclasta Sol. Perf. I.V. 5 mg/ 100 mL	1
ActavisPhm	ACT Bosentan Co. 62,5 mg	60
ActavisPhm	ACT Bosentan Co. 125 mg	60
ActavisPhm	ACT Imatinib Co. 400 mg	30
ActavisPhm	ACT Temozolomide Caps. 140 mg	5
ActavisPhm	ACT Temozolomide Caps. 140 mg	20
ActavisPhm	ACT Temozolomide Caps. 250 mg	5
ActavisPhm	ACT Temozolomide Caps. 250 mg	20
Roche	Actemra Sol. Perf. I.V. 20 mg/mL (20 mL)	1
S. & N.	Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm^2) Pans. Plus de 500 cm^2 (surface active)	6
Lilly	Adcirca Co. 20 mg	56
Bayer	Adempas Co. 0,5 mg	42
Bayer	Adempas Co. 1 mg	42
Bayer	Adempas Co. 1,5 mg	42
Bayer	Adempas Co. 2 mg	42
Bayer	Adempas Co. 2,5 mg	42
Astellas	Advagraf Caps. L.A. 5 mg	50
Novartis	Afinitor Co. 10 mg	30
Apotex	Apo-Adefovir Co. 10 mg	30
Apotex	Apo-Imatinib Co. 400 mg	30
Apotex	Apo-Lamivudine Co. 300 mg	100
Apotex	Apo-Linezolid Co. 600 mg	30
Bo. Ing.	Aptivus Caps. 250 mg	120
Amgen	Aranesp Seringue 60 mcg/0,3 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 80 mcg/0,4 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 100 mcg/0,5 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 130 mcg/0,65 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 150 mcg/0,3 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 300 mcg/0,6 mL	1
Amgen	Aranesp Seringue 500 mcg/1,0 mL	1
B.M.S.-Gil	Atripla Co. 600 mg - 200 mg - 300 mg	30
Genzyme	Aubagio Co. 14 mg	28
Biogen	Avonex Pen Sol. Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)	4
Biogen	Avonex PS Sol. Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)	4
B.M.S.	Baraclude Co. 0,5 mg	30
Bayer	Betaseron Pd. Inj. 0,3 mg	15

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Bayer	Betaseron Pd. Inj. 0,3 mg	45
Bayer	Betaseron - Trousse de mise en route Trousse 0,3 mg	1
Allergan	Botox Pd. Inj. I.M. 200 UI	1
Gilead	Cayston Sol. pour Inh. 75 mg	84
Sterimax	Céfuroxime pour injection USP Pd. Inj. 1,5 g	25
Sterimax	Céfuroxime pour injection USP Pd. Inj. 7,5 g	10
ViiV	Celsentri Co. 150 mg	60
ViiV	Celsentri Co. 300 mg	60
U.C.B.	Cimzia Sol. Inj. S.C. (ser) 200 mg/ml (1 ml)	2
Gilead	Complera Co. 200 mg - 25 mg - 300 mg	30
Teva Innov	Copaxone Sol. Inj. S.C. (ser) 20 mg/mL	30
Novartis	Cosentyx Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	2
Novartis	Cosentyx (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	2
RDT	Cystadane Pd. Orale 1 g/1,7 mL	180 g
Biocodex	Diacomit Caps. 500 mg	60
Biocodex	Diacomit Pd. Orale 500 mg/sachet	60
Optimer	Dificid Co. 200 mg	20
SanofiAven	Eligard Trousse 22,5 mg	1
SanofiAven	Eligard Trousse 30 mg	1
SanofiAven	Eligard Trousse 45 mg	1
Amgen	Enbrel Pd. Inj. S.C. 25 mg	4
Amgen	Enbrel Sol. Inj. S.C. (ser) 50 mg/mL	4
Amgen	Enbrel SureClick Sol. Inj. S.C. (ser) 50 mg/mL	4
Janss. Inc	Eprex Seringue 8 000 UI/0,8 mL	6
Janss. Inc	Eprex Seringue 10 000 UI/1,0 mL	6
Novartis	Extavia Pd. Inj. 0,3 mg	15
Bayer	Eylea Sol. Inj. 40 mg/mL (1 mL)	1
Shire HGT	Firazyr Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (3 mL)	1
Ferring	Firmagon Trousse 120 mg	1
Lilly	Forteo Sol. Inj. S.C. 250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL)	1
Roche	Fuzeon Pd. Inj. S.C. 108 mg	60
Janss. Inc	Galexos Caps. 150 mg	28
Pfizer	Genotropin GoQuick Cartouche ou Sty 12 mg	5
Pfizer	Genotropin GoQuick Sty 5,3 mg	5
Novartis	Gilenya Caps. 0,5 mg	28
Novartis	Gleevec Co. 100 mg	120
Novartis	Gleevec Co. 400 mg	30
Serono	Gonal-f Pd. Inj. 1050 UI	1
Serono	Gonal-f Sty 900 UI	1
Gilead	Harvoni Co. 90 mg -400 mg	28

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Gilead	Hepsera Co. 10 mg	30
Abbvie	Holkira Pak Trousse 12,5 mg - 75 mg - 50 mg et 250 mg	1
Lilly	Humatrope Cartouche 24 mg	1
AbbVie	Humira Sol. Inj. S.C. 40 mg	2
AbbVie	Humira (stylo) Sol. Inj. S.C. 40 mg	2
Pendopharm	Ibavyr Co. 400 mg	100
Pendopharm	Ibavyr Co. 600 mg	100
Janss. Inc	Imbruvica Caps. 140 mg	90
Hospira	Inflectra Pd. Perf. I.V. 100 mg	1
Pfizer	Inlyta Co. 1 mg	60
Pfizer	Inlyta Co. 5 mg	60
Janss. Inc	Intelence Co. 100 mg	120
Janss. Inc	Intelence Co. 200 mg	60
Merck	Intron A (sans albumine) Sol. Inj. S.C. (ser) 60 M UI/ 1,2 mL	1
Janss. Inc	Invega Sustenna Susp. Inj. I.M. 150 mg/1,5 mL	1
AZC	Iressa Co. 250 mg	30
Merck	Isentress Co. 400 mg	60
Novartis	Jakavi Co. 5 mg	56
Novartis	Jakavi Co. 10 mg	56
Novartis	Jakavi Co. 15 mg	56
Novartis	Jakavi Co. 20 mg	56
AbbVie	Kaletra Co. 200 mg -50 mg	120
ViiV	Kivexa Co. 600 mg - 300 mg	30
Biomarin	Kuvan Co. 100 mg	120
Genzyme	Lemtrada Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (1,2 mL)	1
Novartis	Lioresal Intrathécal Sol. Inj. 2 mg/mL (5 mL)	5
Novartis	Lucentis Sol. Inj. 10 mg/mL (0,23ml)	1
Novartis	Lucentis Sol. Inj. (ser) 10 mg/mL (0,165 ml)	1
AbbVie	Lupron Depot Trousse 11,25 mg	1
AbbVie	Lupron Depot Trousse 22,5 mg	1
AbbVie	Lupron Depot Trousse 30 mg	1
Pfizer	Macugen Seringue 0,3 mg	1
GSK	Mekinist Co. 0,5 mg	30
GSK	Mekinist Co. 2 mg	30
Mylan	Mylan-Bosentan Co. 62,5 mg	56
Mylan	Mylan-Bosentan Co. 125 mg	56
Genzyme	Myozyme Pd. Perf. I.V. 50 mg	1
Amgen	Neupogen Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL)	10
Amgen	Neupogen Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6mL)	10

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Bayer	Nimotop Co. 30 mg	100
Valeant	Nitoman Co. 25 mg	112
Roche	Nutropin AQ NuSpin 20 Cartouche ou Sty 20 mg	1
Actelion	Opsumit Co. 10 mg	30
B.M.S.	Orencia Sol. Inj. S.C. (ser) 125 mg/mL (1 mL)	4
Celgene	Otezla Co. 30 mg	56
Allergan	Ozurdex Implant Intravitréen 0,7 mg	1
Merck	Pegetron Trousse 200 mg-50 mcg/0,5 mL	1
Merck	Pegetron Trousse 200 mg-150 mcg/0,5 mL	1
Merck	Pegetron Clearclick Trousse 200 mg-80 mcg/0,5 mL	1
Merck	Pegetron Clearclick Trousse 200 mg-100 mcg/0,5 mL	1
Merck	Pegetron Clearclick Trousse 200 mg-120 mcg/0,5 mL	1
Merck	Pegetron Clearclick Trousse 200 mg-150 mcg/0,5 mL	1
Phmscience	pms-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Phmscience	pms-Bosentan Co. 125 mg	60
Phmscience	pms-Imatinib Co. 100 mg	120
Phmscience	pms-Imatinib Co. 400 mg	30
Merck	Posanol Co. L.A. 100 mg	60
Merck	Posanol Susp. Orale 40 mg/mL	1
Janss. Inc	Prezista Co. 75 mg	480
Janss. Inc	Prezista Co. 150 mg	240
Janss. Inc	Prezista Co. 600 mg	60
Merck	Primaxin Pd. Inj. I.V. 500 mg -500 mg	25
Astellas	Prograf Caps. 5 mg	100
Roche	Pulmozyme Sol. pour Inh. 1 mg/mL (2,5 mL)	30
Merck	Puregon Cartouche 900 UI	1
Pfizer	Rapamune Co. 1 mg	100
Serono	Rebif Sol. Inj. S.C. 22 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	4
Serono	Rebif Sol. Inj. S.C. 44 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	4
Janss. Inc	Remicade Pd. Perf. I.V. 100 mg	1
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 1 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 2,5 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 5 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 10 mg/mL	20 ml
Pfizer	Revatio Co. 20 mg	90
Celgene	Revlimid Caps. 5 mg	28
Celgene	Revlimid Caps. 10 mg	28
Celgene	Revlimid Caps. 15 mg	21
Celgene	Revlimid Caps. 25 mg	21
GSK	Revolade Co. 25 mg	14

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
GSK	Revolade Co. 25 mg	28
GSK	Revolade Co. 50 mg	14
GSK	Revolade Co. 50 mg	28
B.M.S.	Reyataz Caps. 150 mg	60
B.M.S.	Reyataz Caps. 200 mg	60
B.M.S.	Reyataz Caps. 300 mg	30
Serono	Saizen Cartouche ou Sty 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 10 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 30 mg	1
Sandoz	Sandoz Bosentan Co. 62,5 mg	60
Sandoz	Sandoz Bosentan Co. 125 mg	60
Sandoz	Sandoz Linezolid Co. 600 mg	20
Sandoz	Sandoz Tacrolimus Caps. 5 mg	100
Amgen	Sensipar Co. 90 mg	30
Janss. Inc	Simponi Sol. Inj. S.C. (App.) 50 mg/0,5 mL	1
Janss. Inc	Simponi Sol. Inj. S.C. (ser) 50 mg/0,5 mL	1
Janss. Inc	Simponi I.V. Sol. Perf. I.V. 12,5 mg/mL (4 mL)	1
Tercica	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 60 mg/0,3 mL	1
Tercica	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/0,3 mL	1
Tercica	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 120 mg/0,5 mL	1
Gilead	Sovaldi Co. 400 mg	28
B.M.S.	Sprycel Co. 20 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 50 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 70 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 100 mg	30
Janss. Inc	Stelara Seringue 45 mg/0,5 mL	1
Janss. Inc	Stelara Seringue 90 mg/1 mL	1
Gilead	Stribild Co. 150 mg -150 mg -200 mg -300 mg	30
SanofiAven	Suprefact Depôt Implant 6,3 mg	1
SanofiAven	Suprefact Depôt 3 mois Implant 9,45 mg	1
Pfizer	Sutent Caps. 12,5 mg	28
Pfizer	Sutent Caps. 25 mg	28
Pfizer	Sutent Caps. 50 mg	28
Ferring	Système Lutrepulse Trousse 3,2 mg - 3,2 mg - 3,2 mg	1
GSK	Tafinlar Caps. 50 mg	120
GSK	Tafinlar Caps. 75 mg	120
Roche	Tarceva Co. 100 mg	30
Roche	Tarceva Co. 150 mg	30
Novartis	Tasigna Caps. 150 mg	112

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Novartis	Tasigna Caps. 200 mg	112
Biogen	Tecfidera Caps. L.A. 240 mg	56
Merck	Temodal Caps. 100 mg	5
Merck	Temodal Caps. 140 mg	5
Merck	Temodal Caps. 250 mg	5
Teva Can	Teva-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Teva Can	Teva-Bosentan Co. 125 mg	60
Teva Can	Teva-Erlotinib Co. 100 mg	30
Teva Can	Teva-Erlotinib Co. 150 mg	30
Teva Can	Teva-Imatinib Co. 100 mg	120
Teva Can	Teva-Imatinib Co. 400 mg	30
Celgene	Thalomid Caps. 50 mg	28
Celgene	Thalomid Caps. 100 mg	28
Celgene	Thalomid Caps. 200 mg	28
Apotex	Tigecycline Pd. Perf. I.V. 50 mg	10
Novartis	Tobi Sol. pour Inh. 300 mg/5 mL	56
Novartis	Tobi Podhaler Pd. pour Inh. 28 mg	224
Actelion	Tracleer Co. 62,5 mg	56
Actelion	Tracleer Co. 125 mg	56
Actavis	Trelstar Trousse 22,5 mg	1
Actavis	Trelstar LA Trousse 11,25 mg	1
ViiV	Triumeq Co. 50 mg - 600 mg - 300 mg	30
ViiV	Trizivir Co. 300 mg - 150 mg - 300 mg	60
Gilead	Truvada Co. 200mg- 300mg	30
Pfizer	Tygacil Pd. Perf. I.V. 50 mg	10
GSK	Tykerb Co. 250 mg	70
Biogen	Tysabri Sol. Inj. I.V. 300mg/15ml	1
Roche	Valcyte Co. 450 mg	60
B.M.S.	Vepesid Caps. 50 mg	20
Xediton	Vesanoid Caps. 10 mg	100
Pfizer	Vfend Co. 200 mg	30
Merck	Victrelis Caps. 200 mg	168
Merck	Victrelis Triple Trousse 200 mg - 200 mg - 80 mcg/0,5 mL	1
Merck	Victrelis Triple Trousse 200 mg - 200 mg - 100 mcg/0,5 mL	1
Merck	Victrelis Triple Trousse 200 mg - 200 mg - 120 mcg/0,5 mL	1
Merck	Victrelis Triple (84) Trousse 200 mg - 200 mg - 150 mcg/ 0,5 mL	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Merck	Victrelis Triple (98) Trousse 200 mg - 200 mg - 150 mcg/ 0,5 mL	1
Novartis	Visudyne Pd. Inj. I.V. 15 mg	1
GSK	Volibris Co. 5 mg	30
GSK	Volibris Co. 10 mg	30
GSK	Votrient Co. 200 mg	120
Pfizer	Xalkori Caps. 200 mg	60
Pfizer	Xalkori Caps. 250 mg	60
Pfizer	Xeljanz Co. 5 mg	60
Roche	Xeloda Co. 500 mg	120
Astellas	Xtandi Caps. 40 mg	120
Roche	Zelboraf Co. 240 mg	56
AZC	Zoladex LA Implant 10,8 mg	1
Janss. Inc	Zytiga Co. 250 mg	120
Pfizer	Zyvoxam Co. 600 mg	20

ANNEXE IV

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

ABATACEPT, Pd. Perf. I.V. :

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

  Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

  - la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
    - un facteur rhumatoïde positif;
    - des érosions au plan radiologique;
    - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
    - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
    - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

    et
  - la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

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

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

  - une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
    - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
    - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
    - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
    - un retour au travail.

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

  Les autorisations pour l'abatacept sont données à raison de 10mg/kg aux 2 semaines pour 3 doses, puis à 10 mg/kg toutes les 4 semaines.

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

  Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

  - la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 2 éléments suivants :
    - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
    - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

    et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m^2 ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
  - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
  - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
  - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

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

Les autorisations pour l'abatacept sont données à raison de 10 mg/kg aux 2 semaines pour 3 doses, puis à 10 mg/kg toutes les 4 semaines.

ABATACEPT, Sol. Inj. S.C. (ser) :

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

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au plan radiologique;
  - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;

- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'abatacept, Sol. Inj. S.C. (ser) sont données à raison de 125 mg par semaine.

ABIRATÉRONE :

- pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les hommes :

  - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'une chimiothérapie à base de docetaxel à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
  - présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer de 0 à 2.

  Il est à noter que l'abiratérone n'est pas autorisée à la suite d'un échec avec l'enzalutamide si ce dernier a été administré pour le traitement du cancer de la prostate.

  Toutefois, l'abiratérone demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014, en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de la progression de la maladie et que le statut de performance selon l'ECOG demeure de 0 à 2.

- en association avec la prednisone pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les hommes :

  - asymptomatiques ou légèrement symptomatiques après l'échec d'un traitement anti-androgénique;
  - n'ayant jamais reçu de chimiothérapie à base de docetaxel;
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer à 0 ou 1.

  L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne d'abiratérone de 1 000 mg.

ACAMPROSATE :

- pour le maintien de l'abstinence chez les personnes souffrant de dépendance alcoolique qui sont abstinentes à l'alcool depuis au moins 5 jours et qui font partie d'un programme de prise en charge complet axé sur l'abstinence à l'alcool.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois. Lors des demandes de poursuite de traitement, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique défini par le maintien de l'abstinence alcoolique. La durée maximale totale du traitement est de 12 mois.

ADALIMUMAB :

♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave et de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde.

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif pour la polyarthrite rhumatoïde seulement;
  - des érosions au plan radiologique;
  - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être :

  pour la polyarthrite rhumatoïde :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

  pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

    ou
  - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

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

Pour la polyarthrite rhumatoïde, les autorisations pour l'adalimumab sont données à raison de 40 mg aux 2 semaines. Cependant, après 12 semaines de traitement avec l'adalimumab en monothérapie, une autorisation pourra être donnée à raison de 40 mg par semaine.

Pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde, les autorisations pour l'adalimumab sont données à raison de 40 mg aux 2 semaines.

♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde.

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
    ou
  - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score de HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'adalimumab sont données à raison de 40 mg aux 2 semaines.

♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :

- Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
  - le score au BASDAI;
  - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
  - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
    ou
  - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
    ou
  - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour l'adalimumab sont données pour un maximum de 40 mg aux 2 semaines.

♦ pour le traitement de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes. L'essai d'un immunosuppresseur doit avoir été d'au moins 8 semaines.

Lors de la demande initiale, le médecin devra mentionner l'immunosuppresseur utilisé ainsi que la durée du traitement. La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 3 mois qui comprend un traitement d'induction à raison de 160 mg initialement et de 80 mg à la deuxième semaine, suivi d'un traitement d'entretien à la dose de 40 mg aux deux semaines.

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

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

Toutefois, si la condition médicale justifie d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12e semaine de traitement, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 3 mois. Après quoi, le médecin devra démontrer les bénéfices cliniques obtenus à cette dose, pour le renouvellement des autorisations subséquentes, d'une durée maximale de 12 mois.

- pour le traitement de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes, lorsque les immunosuppresseurs sont contre-indiqués, non tolérés ou qu'ils ont été inefficaces dans le passé lors d'un épisode similaire après un traitement combiné avec des corticostéroïdes.

  Lors de la demande initiale, le médecin devra préciser la nature de la contre-indication ou de l'intolérance ainsi que l'immunosuppresseur utilisé. La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 3 mois qui comprend un traitement d'induction à raison de 160 mg initialement et de 80 mg à la deuxième semaine, suivi d'un traitement d'entretien de 40 mg aux deux semaines.

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

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

  Toutefois, si la condition médicale justifie d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12e semaine de traitement, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 3 mois. Après quoi, le médecin devra démontrer les bénéfices cliniques obtenus à cette dose, pour le renouvellement des autorisations subséquentes, d'une durée maximale de 12 mois.

- pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique :

  - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;
    et
  - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI);
    et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
    et
  - lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
    - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
      ou

- la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
  ou
- l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

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

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI;
  ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI;
  ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 6 mois.

Les autorisations pour l'adalimumab sont données pour une dose d'induction de 80 mg suivie d'un traitement d'entretien commençant la deuxième semaine à la dose de 40 mg aux deux semaines.

ADÉFOVIR DIPIVOXIL :

♦ pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les personnes :

- ayant une résistance à la lamivudine définie par l'un des éléments suivants :
  - une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, confirmée par un deuxième test un mois plus tard;
  - une épreuve de laboratoire démontrant la résistance à la lamivudine;
  - une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, avec une virémie supérieure à 20 000 UI/mL.
- avec une cirrhose décompensée ou à risque de décompensation, avec un score de Child-Pugh > 6;
- après une transplantation hépatique ou lors d'une infection du greffon par le virus de l'hépatite B;
- infectées par le VIH, mais qui ne sont pas traitées avec des antirétroviraux pour cette condition;
- qui ne présentent pas de résistance à la lamivudine et qui ont une charge virale supérieure à 20 000 UI/mL (HBeAg-positif) ou 2 000 UI/mL (HBeAg-négatif), avant le début du traitement.

AFLIBERCEPT :

♦ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 4 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
- dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
- absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique qui soit telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le médecin traitant;
- évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de 4 mois. Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique. Les autorisations seront alors d'une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose de 2 mg par mois les trois premiers mois et tous les 2 mois par la suite, et par œil. Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le ranibizumab ou la vertéporfine pour traiter le même œil.

- pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 2 critères suivants :

  - acuité visuelle optimale après correction entre 6/9 et 6/96;
  - épaisseur du centre de la rétine supérieur ou égale à 250 µm.

  L'autorisation initiale est accordée pour une durée maximale de 6 mois à raison d'un maximum d'une dose par mois, par œil.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée par une tomographie de cohérence optique. Les demandes de renouvellement seront autorisées pour une durée maximale de 12 mois à raison d'un maximum d'une dose aux 2 mois, par œil.

  Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le ranibizumab pour traiter le même œil.

- pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 2 critères suivants :

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

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

  Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée par une tomographie de cohérence optique. Les demandes de renouvellement seront autorisées pour des durées maximales de 12 mois. Les autorisations sont données à raison d'un maximum d'une dose par mois, par œil.

  Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le ranibizumab pour traiter le même oeil.

ALEMTUZUMAB :

- pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, diagnostiquée selon les critères de McDonald (2010), ayant présenté au moins 2 poussées au cours des 2 dernières années dont l'une doit avoir eu lieu durant la dernière année. De plus, l'une d'entre elles doit être survenue alors que la personne prenait depuis au moins 6 mois un agent modificateur de la maladie inscrit sur la liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions. Le résultat sur l'échelle EDSS doit être égal ou inférieur à 5.

  L'autorisation de la demande initiale est pour un cycle de 5 jours consécutifs de traitement à la dose quotidienne de 12 mg pour couvrir la première année de traitement.

  Pour la poursuite du traitement après la première année, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique sur la fréquence annuelle des poussées en plus d'une stabilisation du résultat sur l'échelle EDSS ou d'une augmentation de moins de 2 points sans qu'il excède 5.

L'autorisation de la seconde demande est pour un cycle de 3 jours consécutifs de traitement à la dose quotidienne de 12 mg administré 12 mois après le premier cycle. Ainsi, la durée totale de traitement permise est de 24 mois.

ALGLUCOSIDASE ALPHA :

- pour le traitement de la forme infantile (ou à évolution rapide) de la maladie de Pompe, chez les enfants dont les symptômes sont apparus avant l'âge de 12 mois.

  Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de détérioration importante. Il y a détérioration importante lorsque les deux critères suivants sont satisfaits :

  - présence de ventilation invasive;
    et
  - augmentation de deux points et plus au score-Z de l'indice de masse ventriculaire par rapport à la valeur précédente.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

ALISKIRÈNE :

- pour le traitement de l'hypertension artérielle, en association avec au moins un agent antihypertenseur, si échec thérapeutique, intolérance ou contre-indication à :

  - un diurétique thiazidique;
    et
  - un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA);
    et
  - un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA).

  Toutefois, à la suite d'un échec thérapeutique à un IECA, l'essai d'un ARA n'est pas exigé et vice versa.

ALISKIRÈNE / HYDROCHLOROTHIAZIDE :

- pour le traitement de l'hypertension artérielle si échec thérapeutique à un diurétique thiazidique et si échec thérapeutique, intolérance ou contre-indication à :

  - un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA);
    et
  - un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA).

  Toutefois, à la suite d'un échec thérapeutique à un IECA, l'essai d'un ARA n'est pas exigé et vice versa.

ALITRÉTINOÏNE :

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

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

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

  - le traitement précédent a conduit à la disparition complète ou quasi complète des symptômes;

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

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

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

ALOGLIPTINE (benzoate d') :

♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

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

ALOGLIPTINE (benzoate d') / METFORMINE (chlorhydrate de) :

♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

- lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
  et
- lorsque les doses quotidiennes de metformine sont stables depuis au moins trois mois.

AMBRISENTAN :

♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

AMINOLÉVULINATE MÉTHYLIQUE :

♦ pour le traitement du carcinome basocellulaire superficiel lorsqu'une chirurgie est contre-indiquée et qu'un autre traitement de destruction physique ou chimique est mal toléré ou contre-indiqué.

AMLODIPINE (bésylate d') / ATORVASTATINE CALCIQUE :

♦ chez les personnes sous traitement à doses stables avec l'amlodipine et l'atorvastatine depuis au moins 3 mois.

AMPHÉTAMINE (sels mixtes d') :

♦ pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.

ANÉTHOLE TRITHIONE :

- pour le traitement de la xérostomie grave.

★ APIXABAN :

- chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire non valvulaire nécessitant une anticoagulothérapie :
  - chez qui l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone ne se trouve pas dans l'écart thérapeutique visé;
    ou
  - pour qui le suivi de l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone n'est pas possible ou n'est pas disponible.

- pour le traitement des personnes atteintes d'une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire).

  L'autorisation est donnée pour une dose biquotidienne de 10 mg pendant les 7 premiers jours de traitement suivie d'une dose biquotidienne de 5 mg.

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

- pour la prévention des récidives de thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) chez les personnes ayant été traitées avec une anticoagulothérapie pendant une période d'au moins 6 mois pour un épisode aigu de thromboembolie veineuse idiopathique.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois et pourra être accordée à chaque 12 mois si le médecin considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus. L'autorisation est donnée pour une dose biquotidienne de 2,5 mg.

APREMILAST :

- pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, avant d'avoir recours à un agent biologique inscrit sur les listes de médicaments pour soigner cette maladie :
  - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;
    et
  - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI);
    et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
    et
  - lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
    - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
      ou

- la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
  ou
- l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

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

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI;
  ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI;
  ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 6 mois.

Les autorisations pour l'apremilast sont données à raison d'un maximum de 30 mg 2 fois par jour.

Il est à noter que l'apremilast n'est pas autorisé s'il est administré en concomitance avec un traitement systémique standard ou biologique indiqués pour le traitement du psoriasis en plaques.

★ APRÉPITANT :

♦ Comme thérapie antiémétique de première intention des nausées et vomissements lors d'un traitement de chimiothérapie hautement émétisante, en association avec la dexaméthasone et un antagoniste des récepteurs de la 5-HT_3. Ce dernier doit toutefois être administré uniquement au cours de la première journée du traitement de chimiothérapie.

Les autorisations sont données à raison d'un maximum de trois doses d'aprépitant par traitement de chimiothérapie.

ARIPIPRAZOLE, Pd. Inj. I.M. :

♦ pour les personnes qui présentent un problème d'observance avec un antipsychotique oral, ou chez qui un antipsychotique injectable conventionnel à action prolongée est inefficace ou mal toléré.

ATOMOXÉTINE (chlorhydrate d') :

♦ pour le traitement des enfants et des adolescents avec trouble déficitaire de l'attention chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie avec le méthylphénidate et une amphétamine ou lorsque ceux-ci sont contre-indiqués.

Avant de conclure à l'inefficacité de ces médicaments, ils doivent avoir été titrés à doses optimales, et, de surcroît, une forme à libération contrôlée sur 12 heures de méthylphénidate, ou une forme de sels mixtes d'amphétamine ou la lisdexamfétamine doit avoir été essayée, à moins d'une justification pertinente empêchant ces exigences.

AXITINIB :

♦ pour le traitement de deuxième intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires après échec à un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuses, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse complète, partielle ou d'une stabilisation de la maladie, confirmée par imagerie dans les 6 semaines avant la fin de l'autorisation en cours. De plus, le statut de performance selon l'ECOG devra demeurer de 0 ou 1. Les autorisations subséquentes seront également pour des durées maximales de 4 mois.

AZÉLAÏQUE (acide) :

- pour le traitement de l'acné rosacée lorsqu'une préparation topique de métronidazole est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

AZTRÉONAM :

- pour le traitement des personnes atteintes de fibrose kystique, infectées de façon chronique par le *Pseudomonas aeruginosa* :

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

BÉTAHISTINE (dichlorhydrate de) :

- pour réduire la sévérité des vertiges d'origine périphérique.

BISACODYL :

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

BOCÉPRÉVIR :

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, non infectées par le VIH-1, en l'absence d'une cirrhose et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC, lorsque utilisé en concomitance avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé. Avant d'amorcer le traitement au bocéprévir, elles doivent d'abord avoir reçu 4 semaines de traitement préliminaire avec l'association ribavirine/interféron alfa péguylé.

  L'autorisation est accordée pour une période de 24 semaines.

  Si la charge virale de l'ARN du VHC est indétectable aux semaines 8, 12 et 24 du traitement, la durée totale du traitement, incluant le traitement préliminaire, sera de 28 semaines.

  Si la charge virale est détectable à la semaine 8, inférieure à 100 UI/ml à la semaine 12, et indétectable à la semaine 24, la durée totale du traitement sera de 48 semaines, incluant le traitement préliminaire et le traitement subséquent avec l'association ribavirine/interféron alfa péguylé.

  Si la baisse de la charge virale est inférieure à 1 $\log_{10}$ après 4 semaines de traitement préliminaire avec l'association ribavirine/interféron alfa péguylé, la durée totale de la trithérapie sera de 44 semaines.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, non infectées par le VIH-1, en l'absence d'une cirrhose et qui ont déjà eu une réponse partielle ou une rechute à la suite d'un traitement associant la ribavirine et un interféron, lorsque utilisé en concomitance avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé. Avant d'amorcer le traitement au bocéprévir, elles doivent d'abord avoir reçu 4 semaines de traitement préliminaire avec l'association ribavirine/interféron alfa péguylé.

On entend par réponse partielle une diminution de la charge virale (ARN-VHC) d'au moins 1,8 log_{10} à la semaine 12, mais sans obtention d'une réponse virologique soutenue, alors que la rechute est définie par une charge virale (ARN-VHC) indétectable à la fin du traitement, mais détectable par la suite.

L'autorisation initiale est accordée pour une période de 26 semaines.

La demande sera renouvelée pour 6 semaines si la charge virale (ARN-VHC) est inférieure à 100 UI/ml à la semaine 12 et indétectable à la semaine 24 du traitement. Dans ce cas, la durée totale du traitement, incluant le traitement préliminaire, sera de 36 semaines. Elle sera de 48 semaines, incluant le traitement préliminaire et subséquent, avec l'association ribavirine/interféron alfa péguylé, si la charge virale (ARN-VHC) est détectable à la semaine 8, mais indétectable à la semaine 24.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, non infectées par le VIH-1 et en présence d'une fibrose hépatique grave ou d'une cirrhose, lorsque utilisé en concomitance avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé. Avant d'amorcer le traitement au bocéprévir, elles doivent d'abord avoir reçu 4 semaines de traitement préliminaire avec l'association ribavirine/interféron alfa péguylé.

  L'autorisation initiale est accordée pour une période de 26 semaines.

  La demande sera renouvelée pour 18 semaines si la charge virale (ARN-VHC) est inférieure à 100 UI/ml à la semaine 12 et indétectable à la semaine 24 du traitement. Dans ce cas, la durée totale du traitement, incluant le traitement préliminaire, sera de 48 semaines.

BOCÉPRÉVIR / RIBAVIRINE / INTERFÉRON ALFA-2B PÉGUYLÉ :

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, non infectées par le VIH-1, en l'absence d'une cirrhose et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC, lorsque utilisé en concomitance avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé. Avant d'amorcer le traitement au bocéprévir, elles doivent d'abord avoir reçu 4 semaines de traitement préliminaire avec l'association ribavirine/interféron alfa péguylé.

  L'autorisation est accordée pour une période de 24 semaines.

  Si la charge virale de l'ARN du VHC est indétectable aux semaines 8, 12 et 24 du traitement, la durée totale du traitement, incluant le traitement préliminaire, sera de 28 semaines.

  Si la charge virale est détectable à la semaine 8, inférieure à 100 UI/ml à la semaine 12, et indétectable à la semaine 24, la durée totale du traitement sera de 48 semaines, incluant le traitement préliminaire et le traitement subséquent avec l'association ribavirine/interféron alfa péguylé.

  Si la baisse de la charge virale est inférieure à 1 log_{10} après 4 semaines de traitement préliminaire avec l'association ribavirine/interféron alfa péguylé, la durée totale de la trithérapie sera de 44 semaines.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, non infectées par le VIH-1, en l'absence d'une cirrhose et qui ont déjà eu une réponse partielle ou une rechute à la suite d'un traitement associant la ribavirine et un interféron, lorsque utilisé en concomitance avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé. Avant d'amorcer le traitement au bocéprévir, elles doivent d'abord avoir reçu 4 semaines de traitement préliminaire avec l'association ribavirine/interféron alfa-2b péguylé.

  On entend par réponse partielle une diminution de la charge virale (ARN-VHC) d'au moins 1,8 log_{10} à la semaine 12, mais sans obtention d'une réponse virologique soutenue, alors que la rechute est définie par une charge virale (ARN-VHC) indétectable à la fin du traitement, mais détectable par la suite.

  L'autorisation initiale est accordée pour une période de 26 semaines.

La demande sera renouvelée pour 6 semaines si la charge virale (ARN-VHC) est inférieure à 100 UI/ml à la semaine 12 et indétectable à la semaine 24 du traitement. Dans ce cas, la durée totale du traitement, incluant le traitement préliminaire, sera de 36 semaines. Elle sera de 48 semaines, incluant le traitement préliminaire et subséquent avec l'association ribavirine/interféron alfa péguylé, si la charge virale (ARN-VHC) est détectable à la semaine 8, mais indétectable à la semaine 24.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, non infectées par le VIH-1 et en présence d'une fibrose hépatique grave ou d'une cirrhose, lorsque utilisé en concomitance avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé. Avant d'amorcer le traitement au bocéprévir, elles doivent d'abord avoir reçu 4 semaines de traitement préliminaire avec l'association ribavirine/interféron alfa-2b péguylé.

  L'autorisation initiale est accordée pour une période de 26 semaines.

  La demande sera renouvelée pour 18 semaines si la charge virale (ARN-VHC) est inférieure à 100 UI/ml à la semaine 12 et indétectable à la semaine 24 du traitement. Dans ce cas, la durée totale du traitement, incluant le traitement préliminaire, sera de 48 semaines.

BOSENTAN :

- pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

  Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

BUPRÉNORPHINE / NALOXONE :

- pour le traitement substitutif de la dépendance aux opioïdes :

  - lors d'un échec, d'une intolérance ou d'une contre-indication à la méthadone;
    ou
  - lorsqu'un programme de maintien à la méthadone n'est pas disponible ou accessible.

CABERGOLINE :

- pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les personnes pour qui la bromocriptine ou la quinagolide est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.

Sans égard à l'indication de paiement énoncée ci-dessus, la cabergoline demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 1er octobre 2007 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications reconnue prévues à la présente annexe.

CALCIPOTRIOL / BÉTAMÉTHASONE (dipropionate de) :

- pour le traitement du psoriasis lorsqu'un analogue de la vitamine D est inefficace ou mal toléré.

Calcium (citrate de), Sol. Orale :

- pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

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

- pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

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

- pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

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

- pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

CANAGLIFLOZINE :

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
  - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

  Par inefficacité, on entend une absence totale d'efficacité ou une efficacité partielle.

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
  - en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées.

CAPÉCITABINE :

- pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique qui n'a pas répondu à une chimiothérapie de première intention administrée en stade avancé ou métastatique à moins d'une contre-indication à l'administration de celle-ci.

- pour le traitement du cancer colorectal de stade III (stade C selon la classification de Dukes) ou IV (stade D selon la classification de Dukes ou métastatique).

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE :

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

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE / PURITE :

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

★ CASPOFONGINE (acétate de) :

- pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention.

- pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole.

- pour le traitement de la candidose œsophagienne chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à l'itraconazole ou au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B.

CERTOLIZUMAB PEGOL :

- pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave et de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde.

  Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif pour la polyarthrite rhumatoïde seulement;
  - des érosions au plan radiologique;
  - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun.

  Pour la polyarthrite rhumatoïde, l'un des 2 agents doit être le méthotrexate, à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

  Pour l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, l'un des 2 agents doit être :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
    ou
  - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

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

Pour l'arthrite rhumatoïde, les autorisations pour le certolizumab sont données à raison de 400 mg pour les trois premières doses du traitement, soit aux semaines 0, 2 et 4, suivies de 200 mg toutes les 2 semaines.

Pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde, les autorisations pour le certolizumab sont données à raison de 400 mg pour les trois premières doses du traitement, soit aux semaines 0, 2 et 4, suivies de 200 mg toutes les 2 semaines ou de 400 mg toutes les 4 semaines.

♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde.

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, l'un des 2 agents doit être :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
    ou
  - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour le certolizumab sont données à raison 400 mg pour les trois premières doses du traitement, soit aux semaines 0, 2 et 4, suivies de 200 mg toutes les 2 semaines ou de 400 mg toutes les 4 semaines.

♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :

- Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
  - le score au BASDAI;
  - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
  - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement,
    ou
  - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI,
    ou
  - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.
Les autorisations pour le certolizumab sont données à raison de 400 mg aux semaines 0, 2 et 4, suivis de 200 mg toutes les 2 semaines ou de 400 mg toutes les 4 semaines.

CÉTRORÉLIX :

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

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA :

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

CINACALCET (chlorhydrate de) :

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

- une calcémie corrigée ≥ 2,54 mmol/L;
  ou
- une phosphorémie ≥ 1,78 mmol/L;
  ou
- un produit phosphocalcique ≥ 4,5 $mmol^2/L^2$;
  ou
- des manifestations ostéoarticulaires symptomatiques.

Le traitement optimal à base de vitamine D se définit comme suit : une dose hebdomadaire minimale de 3 mcg de calcitriol ou d'alfacalcidol.

★ CIPROFLOXACINE (chlorhydrate de), Sol. Perf. I.V. :

♦ pour le traitement des infections lorsque la ciprofloxacine orale ne peut être utilisée.

CITRATE DE SODIUM / LAURYLSULFOACÉTATE DE SODIUM / SORBITOL :

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

CLINDAMYCINE (phosphate de), Cr. Vag. :

♦ pour le traitement de la vaginose bactérienne lors du premier trimestre de la grossesse.

♦ lorsque le métronidazole intravaginal est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré.

★ CLOPIDOGREL (bisulfate de), Co. 75 mg :

♦ pour la prévention secondaire des manifestations vasculaires ischémiques chez les personnes pour lesquelles un antiplaquettaire est indiqué mais chez qui l'acide acétylsalicylique est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré.

♦ pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique, chez les personnes pour lesquelles une angioplastie avec ou sans la pose d'une endoprothèse coronarienne a été effectuée. La durée de l'autorisation sera de 12 mois.

♦ chez les personnes présentant un syndrome coronarien aigu :

- qui sont déjà traitées par l'acide acétylsalicylique;
- qui ne recevaient pas d'acide acétylsalicylique au préalable. La durée maximale de l'autorisation est 12 mois.

★ CODÉINE (phosphate de), Sir. :

♦ pour le traitement de la douleur chez les personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés.

COLÉSÉVÉLAM (chlorhydrate de) :

♦ pour le traitement de l'hypercholestérolémie, chez les personnes dont le risque cardiovasculaire est élevé :

- en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) à dose optimale ou à dose moindre en cas d'intolérance;
- lors d'une contre-indication à un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine);
- lors d'une intolérance ayant mené à un arrêt de traitement d'au moins 2 inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statine).

COLLAGÉNASE :

- pour le débridement des plaies en présence de tissu dévitalisé. L'autorisation est accordée pour une durée maximale de traitement de 60 jours.

CRIZOTINIB :

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

  - dont la tumeur présente un réarrangement du gène ALK;
    et
  - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'une thérapie de première intention à base de sels de platine, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer de 0 à 2.

  Les autorisations sont données à raison d'une dose quotidienne maximale de 500 mg.

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

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

★ DABIGATRAN ETEXILATE :

- chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire non valvulaire nécessitant une anticoagulothérapie :

  - chez qui l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone ne se trouve pas dans l'écart thérapeutique visé;
    ou
  - pour qui le suivi de l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone n'est pas possible ou n'est pas disponible.

DABRAFÉNIB (mésylate de) :

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

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

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer à 0 ou 1. Les autorisations subséquentes sont pour des durées de 4 mois.

  Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 300 mg.

DAPAGLIFLOZINE :

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

- en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

DARBÉPOÉTINE ALFA :

- pour le traitement de l'anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 35 mL/min).

- pour le traitement de l'anémie non hémolytique chronique et symptomatique non causée par une carence en fer, en acide folique ou en vitamine B_{12}.

  - chez les personnes présentant une tumeur non myéloïde traitées avec de la chimiothérapie et dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 100 g/L.

  La durée maximale de l'autorisation initiale est de 3 mois. Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins $40x10^9$/L ou une augmentation de la mesure de l'hémoglobine d'au moins 10 g/L. Un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/L devrait être visé.

Toutefois, pour les personnes souffrant de cancer autres que celles visées précédemment, la darbépoétine alfa demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments jusqu'au 31 janvier 2008 en autant que le traitement soit déjà en cours le 1er octobre 2007, que son coût ait déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe et que le médecin fournisse l'évidence d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins 40 x 10^9/L ou une augmentation de la mesure de l'hémoglobine d'au moins 10 g/L.

DARUNAVIR, Co. 600 mg :

- pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH :

  - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un autre inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
    - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
      ou
    - par une intolérance sérieuse, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral, à au moins trois inhibiteurs de la protéase.

- pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une absence de sensibilité aux autres inhibiteurs de la protéase, jumelée à une résistance pour l'une ou l'autre des classes des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, ou aux deux, et :

  - dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL;
    et
  - dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/µL;
    et
  - pour qui l'utilisation du darunavir est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

DASATINIB :

- pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique chez les adultes :

  - qui présentent un échec ou une réponse sous-optimale à l'imatinib ou au nilotinib;
    ou
  - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib ou au nilotinib.

  Les autorisations seront données à raison d'une dose quotidienne maximale de 140 mg pour une durée maximale de 6 mois.

  Pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse hématologique.

- pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase accélérée chez les adultes :

  - qui présentent un échec ou une réponse sous-optimale à l'imatinib;
    ou
  - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

  Les autorisations seront données à raison d'une dose quotidienne maximale de 180 mg pour une durée maximale de 6 mois.

  Pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse hématologique.

- pour le traitement de première intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique chez les adultes qui présentent une contre-indication sérieuse à l'imatinib et au nilotinib.

  Les autorisations seront données à raison d'une dose quotidienne maximale de 100 mg pour une durée maximale de 6 mois.

  Pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse hématologique.

DENOSUMAB, Sol. Inj. S.C. (ser), 60 mg/ml :

- pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

DENOSUMAB, Sol. Inj., 120 mg/1,7ml :

- pour la prévention des événements osseux chez les personnes atteintes d'un cancer de la prostate résistant à la castration et présentant au moins une métastase osseuse.

- pour la prévention des événements osseux chez les personnes atteintes d'un cancer du sein et présentant au moins une métastase osseuse, en cas d'intolérance au pamidronate.

DEXAMÉTHASONE, Implant intravitréen :

- pour le traitement de l'œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine.

  L'autorisation est accordée pour un traitement d'une durée maximale d'un an, avec un maximum de deux implants par œil atteint.

DICLOFÉNAC SODIQUE, Sol. Oph. :

- pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués.

DIMÉTHYLE (fumarate de) :

- pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, diagnostiquée selon les critères de McDonald (2010), ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

  L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

DIPHENHYDRAMINE (chlorhydrate de) :

- pour le traitement adjuvant de certains troubles psychiatriques et de la maladie de Parkinson.

DIPYRIDAMOLE / ACÉTYLSALICYLIQUE (acide) :

- pour la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez les personnes ayant déjà subi un AVC ou une ischémie cérébrale transitoire.

DOCUSATE DE CALCIUM :

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

DOCUSATE DE SODIUM :

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

★ DOLASÉTRON (mésylate de) :

- lors de la première journée d'un traitement :
  - de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante;
    ou
  - de radiothérapie hautement émétisante.
- lors d'un traitement :
  - de chimiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée et qui ne reçoivent pas d'aprépitant ou de fosaprépitant;
    ou
  - de radiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

DONÉPÉZIL (chlorhydrate de) :

- en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

  Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

  - score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou à 28 en présence d'une justification pertinente;
  - confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
    - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
    - humeur;
    - comportement;
    - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
    - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement au donépézil est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où l'inhibiteur de la cholinestérase fait suite à un traitement avec la mémantine, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments qui suivent :

- score au MMSE de 10 ou plus, à moins d'une justification pertinente;
- diminution maximale du score au MMSE de 3 points par période de 6 mois comparativement à l'évaluation antérieure ou une baisse supérieure accompagnée d'une justification pertinente;
- stabilisation ou amélioration des symptômes dans un ou plusieurs des domaines suivants :
  - fonctionnement intellectuel, incluant la mémoire;
  - humeur;
  - comportement;
  - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
  - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

DORNASE ALFA :

- lors d'initiation du traitement chez des personnes de plus de 5 ans atteintes de fibrose kystique dont la capacité vitale forcée est plus de 40 p. cent de la valeur prédite. La durée de l'autorisation initiale maximale sera de 3 mois.

- lors d'un traitement de maintien, chez les personnes pour lesquelles le médecin fournit l'évidence d'un effet clinique bénéfique. L'autorisation sera d'une durée maximale d'un an.

DULOXÉTINE :

- pour le traitement de la douleur associée à une neuropathie diabétique périphérique.

- pour le soulagement de la douleur chronique associée à la fibromyalgie, lorsque l'amitriptyline est non tolérée, contre-indiquée ou procure des bénéfices insuffisants au cours d'un traitement d'au moins 12 semaines.

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

  Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir des données démontrant des bénéfices cliniques par rapport à l'évaluation pré-traitement : une amélioration d'au moins 30 % sur une échelle de douleur, une amélioration de l'état fonctionnel ou des bénéfices d'une autre nature comme une réduction des analgésiques. Les autorisations seront alors d'une durée maximale de 12 mois.

  La dose maximale autorisée est de 60 mg par jour.

- pour le traitement de la lombalgie chronique d'intensité modérée ou grave, sans composante neuropathique, lorsque l'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont non tolérés, contre-indiqués ou procurent des bénéfices insuffisants au cours d'un traitement d'au moins 12 semaines.

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir des données démontrant des bénéfices cliniques par rapport à l'évaluation prétraitement : une amélioration d'au moins 30 % sur une échelle de douleur ou une amélioration de l'état fonctionnel. Les autorisations seront alors d'une durée maximale de 12 mois.

La dose maximale autorisée est de 60 mg par jour.

- pour la prise en charge de la douleur chronique associée à l'arthrose du genou, d'intensité modérée ou grave, lorsque l'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont non tolérés, contre-indiqués ou procurent des bénéfices insuffisants au cours d'un traitement d'au moins 12 semaines.

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

  Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir des données démontrant des bénéfices cliniques par rapport à l'évaluation prétraitement : une amélioration d'au moins 30 % sur une échelle de douleur ou une amélioration de l'état fonctionnel. Les autorisations seront alors d'une durée maximale de 12 mois.

  La dose maximale autorisée est de 60 mg par jour.

ELTROMBOPAG :

- pour le traitement du purpura thrombopénique idiopathique chronique chez les personnes :

  - splénectomisées ou non splénectomisées si la chirurgie est contre-indiquée;
    et
  - réfractaires à la corticothérapie ou chez qui la corticothérapie est contre-indiquée;
    et
  - qui reçoivent un traitement d'entretien avec les immunoglobulines intraveineuses depuis au moins 6 mois à moins d'une contre-indication;
    et
  - dont la numération plaquettaire était inférieure à 30 x 10^9/l avant l'instauration du traitement avec les immunoglobulines intraveineuses ou dont la numération plaquettaire est inférieure à 30 x 10^9/l dans le cas d'une contre-indication à celles-ci.

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

  Lors des demandes de renouvellement, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse au traitement définie par une numération plaquettaire supérieure à 50 x 10^9/l sans le recours à l'administration d'immunoglobulines intraveineuses en traitement de secours. Les autorisations subséquentes sont pour une durée maximale de 6 mois.

ENFUVIRTIDE :

- pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une sensibilité à un seul antirétroviral ou à aucun et qui n'ont jamais eu d'échec virologique à l'enfuvirtide.

  L'autorisation initiale, d'une durée maximale de 5 mois, sera donnée si la charge virale est supérieure ou égale à 5 000 copies/mL. Dans le cas d'un traitement en première intention, il faut également que le décompte des lymphocytes CD4 actuel et un autre fait il y a au moins un mois soient inférieurs ou égaux à 350/µL.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique :

- sur la mesure d'une charge virale récente, démontrant une réduction d'au moins 0,5 log comparativement à la charge virale obtenue avant le début de l'enfuvirtide;
  ou
- sur un décompte de CD4 récent, démontrant une augmentation d'au moins 30 % comparativement au décompte de CD4 obtenu avant le début de l'enfuvirtide.

Les autorisations auront alors une durée maximale de 12 mois.

♦ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH qui ne sont pas visées par le premier paragraphe de l'énoncé précédent :

- dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL, tout en étant traitées par une association de 3 antirétroviraux ou plus depuis au moins 3 mois ainsi que dans l'intervalle entre les 2 mesures;
  et
- qui ont reçu, au préalable, au moins un autre traitement avec des antirétroviraux, qui s'est soldé par un échec virologique documenté, après au moins 3 mois de traitement;
  et
- qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (sauf en présence d'une résistance à cette classe), un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 5 mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique :

- sur la mesure d'une charge virale récente, démontrant une réduction d'au moins 0,5 log comparativement à la charge virale obtenue avant le début de l'enfuvirtide;
  ou
- sur le décompte de CD4 récent, démontrant une augmentation d'au moins 30 % comparativement au décompte de CD4 obtenu avant le début de l'enfuvirtide.

Les autorisations auront alors une durée maximale de 12 mois.

ENTÉCAVIR :

♦ pour le traitement de l'hépatite B chronique, à raison de 0,5 mg par jour, chez les personnes qui ne présentent pas de résistance à la lamivudine et qui ont une charge virale supérieure à 20 000 UI/mL (HBeAg-positif) ou 2 000 UI/mL (HBeAg-négatif), avant le début du traitement.

♦ pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les personnes :

- ayant une résistance à la lamivudine définie par l'un des éléments suivants :
  - une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, confirmée par un deuxième test un mois plus tard;
  - une épreuve de laboratoire démontrant la résistance à la lamivudine;
  - une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, avec une virémie supérieure à 20 000 UI/mL;

  et
- en présence d'échec, de contre-indication ou d'intolérance à l'adéfovir ou au ténofovir.

ENZALUTAMIDE :

♦ en monothérapie pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration chez les hommes :

- dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'une chimiothérapie à base de docetaxel à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer de 0 à 2.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne d'enzalutamide de 160 mg.

Il est à noter que l'enzalutamide n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec l'abiratérone si cette dernière a été administrée pour le traitement du cancer de la prostate.

★ ÉPLÉRÉNONE :

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

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

ÉPOÉTINE ALFA :

- pour le traitement de l'anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 35 mL/min).

- pour le traitement de l'anémie non hémolytique chronique et symptomatique non causée par une carence en fer, en acide folique ou en vitamine B_{12} :

  - chez les personnes présentant une tumeur non myéloïde traitées avec de la chimiothérapie et dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 100 g/L;
  - chez les personnes non cancéreuses dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 100 g/L.

  La durée maximale de l'autorisation initiale est de 3 mois. Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins $40x10^9$/L ou une augmentation de la mesure de l'hémoglobine d'au moins 10 g/L. Un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/L devrait être visé.

Toutefois, pour les personnes souffrant de cancer autres que celles visées précédemment, l'époétine alfa demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments jusqu'au 31 janvier 2008 en autant que le traitement soit déjà en cours le 1er octobre 2007, que son coût ait déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe et que le médecin fournisse l'évidence d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins 40 x 10^9/L ou une augmentation de la mesure de l'hémoglobine d'au moins 10 g/L.

ÉPOPROSTÉNOL SODIQUE :

- pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III ou IV de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

  Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

ERLOTINIB (chlorhydrate d') :

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

  - qui ont eu un échec à une thérapie de première intention et qui ne sont pas éligibles à une autre chimiothérapie, ou qui ont eu un échec à une thérapie de deuxième intention;
    et
  - qui ne présentent pas de métastase cérébrale symptomatique;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est ≤ 3.

  La durée maximale de chaque autorisation est de trois mois. Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

ESTRADIOL-17B :

- chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.

ESTRADIOL-17B / LÉVONORGESTREL :

- 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.

ESTRADIOL-17B / NORÉTHINDRONE (acétate de) :

- chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes ou de progestatifs par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.

ÉTANERCEPT :

- pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave et de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde.

  Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

  - la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
    - un facteur rhumatoïde positif pour la polyarthrite rhumatoïde seulement;
    - des érosions au plan radiologique;
    - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
    - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
    - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

    et
  - la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être :

pour la polyarthrite rhumatoïde :
- le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde :
- le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
  ou
- la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 50 mg par semaine.

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

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 2 éléments suivants :
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m^2 ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants, soit :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
  - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
  - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
  - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

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

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 0,8 mg/kg (dose maximale de 50 mg) par semaine.

♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde.

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
    ou
  - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score de HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 50 mg par semaine.

- pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :

- Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
  - le score au BASDAI;
  - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
  - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
    ou
  - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
    ou
  - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour l'étanercept sont données pour un maximum de 50 mg par semaine.

- pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique :
  - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;
    et
  - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI);
    et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
    et
  - lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
    - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
      ou
    - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
      ou
    - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

  La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

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

  - une amélioration d'au moins 75 % du score PASI;
    ou
  - une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI;
    ou
  - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI.

  Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 6 mois.

  Les autorisations pour l'étanercept sont données pour un maximum de 50 mg 2 fois par semaine.

ÉTRAVIRINE :

- pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH :
  - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant la delavirdine, l'éfavirenz ou la névirapine, à moins d'une résistance primaire à l'un de ceux-ci, qui s'est soldée :
    - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
      ou
    - par une intolérance sérieuse à l'un de ces agents, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral;

    et

- qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
  - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
    ou
  - par une intolérance sérieuse à au moins trois inhibiteurs de la protéase, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral.

Dans le cas où une thérapie incluant un autre inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ne peut être utilisée en raison d'une résistance primaire à la delavirdine, à l'éfavirenz ou à la névirapine, l'essai d'au moins deux thérapies incluant chacune un inhibiteur de la protéase est nécessaire et elles doivent s'être soldées par les mêmes conditions que celles énumérées précédemment.

♦ pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une résistance à au moins un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase, et :

- dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL;
  et
- dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/µL;
  et
- pour qui l'utilisation de l'étravirine est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

ÉVÉROLIMUS :

♦ pour le traitement de deuxième intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires après échec à un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuses, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse complète, partielle ou d'une stabilisation de la maladie, confirmée par imagerie dans les 6 semaines avant la fin de l'autorisation en cours. De plus, le statut de performance selon l'ECOG devra demeurer de 0 à 2. Les autorisations subséquentes seront également pour des durées maximales de 4 mois.

♦ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien ou modérément différenciées, non résécables et évolutives, à un stade avancé ou métastatique, chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer de 0 à 2. Les autorisations subséquentes sont pour des durées de 6 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose quotidienne maximale de 10 mg.

Il est à noter que l'évérolimus n'est pas autorisé en association avec le sunitinib, ni à la suite d'un échec avec le sunitinib si ce dernier a été administré pour le traitement de cette condition.

- en association avec l'exémestane, pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes ménopausées :

  - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien (anastrozole ou létrozole) administré dans le contexte adjuvant ou métastatique;
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer de 0 à 2.

  Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 10 mg.

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES :

- pour le traitement des symptômes de la rhinite allergique saisonnière modérée ou grave associée au pollen de graminées.

  La durée maximale de l'autorisation avec les extraits allergéniques de pollen de graminées oraux est de 3 saisons polliniques consécutives, peu importe le produit utilisé.

  Il est à noter que les extraits allergéniques de pollen de graminées ne sont pas autorisés en association avec l'immunothérapie sous-cutanée.

ÉZÉTIMIBE :

- lorsque l'ézétimibe n'est pas utilisé en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine).

  - lors d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité à au moins 2 hypolipémiants.

- lorsque l'ézétimibe est utilisé en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) :

  - si le traitement avec la statine, à dose optimale ou à dose moindre en cas d'intolérance à cette dose, n'a pas permis un contrôle adéquat de la cholestérolémie.

FÉBUXOSTAT :

- pour le traitement des personnes ayant des complications d'une hyperuricémie chronique, comme des dépôts d'urate mis en évidence par des tophus ou une arthrite goutteuse, en présence de contre-indication ou d'intolérance sérieuse à l'allopurinol.

FÉSOTÉRODINE (fumarate de) :

- pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace.

★ FIDAXOMICINE :

- pour le traitement de l'infection à Clostridium difficile en cas d'allergie à la vancomycine.

★ FILGRASTIM :

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

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

- lors des cycles subséquents de chimiothérapie, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à 0,5 X 10^9/L) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée.

- lors des cycles subséquents de chimiothérapie à visée curative, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie (numération de neutrophiles inférieure à 1,5 X 10^9/L) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables.

- lors de chimiothérapie chez les enfants atteints de tumeur solide.

- pour le traitement des personnes souffrant d'une aplasie médullaire grave (numération des neutrophiles inférieure à 0,5 X 10^9/L) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes.

- pour le traitement des personnes souffrant d'une neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles inférieure à 0,5 X 10^9/L.

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

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

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

FINGOLIMOD (chlorhydrate de) :

- pour le traitement en monothérapie des personnes qui ont eu un diagnostic de sclérose en plaques de forme rémittente à évolution rapide, dont le score à l'échelle EDSS est inférieur à 7, et qui ont dû cesser le natalizumab pour des raisons médicales.

  La durée maximale des autorisations est d'un an. Lors des demandes subséquentes, le score à l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

FLUCONAZOLE, Susp. Orale :

- pour le traitement de la candidose oesophagienne.

- pour le traitement de la candidose oropharyngée ou d'autres mycoses pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole.

FLUDARABINE (phosphate de) :

- pour le traitement des personnes souffrant de leucémie lymphoïde chronique qui n'ont pas répondu ou sont intolérantes à une chimiothérapie de première intention.
- pour le traitement des personnes souffrant de lymphome non hodgkinien de faible malignité ou de macroglobulinémie de Waldenström, lors d'échec, d'intolérance ou de contre-indication à une chimiothérapie de deuxième intention soit le CAP (cyclophosphamide, doxorubicine et prednisone), le CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone) et le CVP (cyclophosphamide, vincristine et prednisone).

FOLLITROPINE ALPHA :

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

FOLLITROPINE BÊTA :

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

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / BUDÉSONIDE :

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

> Les associations de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide et de salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeurent couvertes pour les personnes assurées auprès de la RAMQ qui ont déjà obtenu un remboursement dans les 365 jours précédant le 1er octobre 2003.

- pour le traitement des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, qui ont présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation d'au moins un bronchodilatateur à longue action.

  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.

  Il est à noter que cette association (agoniste β2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste β2 à longue action et d'un anticholinergique à longue action.

> Toutefois, les associations de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide et de salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeurent couvertes par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé l'un de ces médicaments au cours des 365 jours précédant le 2 février 2015.

FORMULE NUTRITIVE – ÉMULSION LIPIDIQUE (NOURRISSONS ET ENFANTS) :

- pour augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives en présence de maladies cardiaques ou métaboliques chez les enfants âgés de moins de 4 ans, et pour lesquels les formules nutritives de glucose polymérisé ne sont pas suffisantes ou tolérées.

FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ :

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

FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE :

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

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

- pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes du lait.

  Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera jusqu'à l'âge de 12 mois. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

- pour les nourrissons et les enfants nécessitant une alimentation sans lactose lors de galactosémie.

- pour les nourrissons et les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves. Les résultats d'une réexposition au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ / HUILE DE COCO :

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

FORMULE NUTRITIVE – MONOMÉRIQUE :

- pour l'alimentation entérale.

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

- pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.

- pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE – MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS) :

- pour les nourrissons ou les enfants ayant une allergie aux protéines intactes du lait, aux protéines de soya ou à de multiples protéines alimentaires, chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine n'a pas réussi à éliminer les symptômes.

  Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

- pour les nourrissons ou les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves, chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine n'a pas réussi à éliminer les symptômes.

  Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

- pour les nourrissons ou les enfants ayant des troubles gastro-intestinaux majeurs, dont la cause confirmée est une allergie aux protéines bovines et dont l'état a nécessité une hospitalisation.

  Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou de lait doivent être fournis pour la poursuite de l'autorisation.

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS :

- pour l'alimentation entérale.

- pour l'alimentation orale totale chez les personnes nécessitant des formules nutritives comme source de nutrition en présence de dysfonction œsophagienne ou de dysphagie, de troubles de maldigestion ou de malabsorption.

- pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.

- pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS :

- pour l'alimentation entérale.
- pour l'alimentation orale totale chez les personnes nécessitant des formules nutritives comme source de nutrition en présence de dysfonction œsophagienne ou de dysphagie, de troubles de maldigestion ou de malabsorption.
- pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.
- pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS – USAGE SPÉCIFIQUE :

- pour l'alimentation totale, qu'elle soit entérale ou orale, chez les enfants souffrant de la maladie de Crohn.

FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS) :

- pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 1 800 g ou qui sont nés après 34 semaines de grossesse ou moins.

  Dans ce cas, la durée maximale de l'autorisation sera jusqu'à l'âge corrigé d'un an, c'est-à-dire un an après la date prévue de la naissance.

FORMULE NUTRITIVE - PROTÉINE :

- pour augmenter la teneur protéique des autres formules nutritives.

FORMULE NUTRITIVE – SEMI-ÉLÉMENTAIRE :

- pour l'alimentation entérale.
- pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques ou des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées.
- pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.
- pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

GALANTAMINE (bromhydrate de) :

- en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

  Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

  - score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou à 28 en présence d'une justification pertinente;
  - confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :

- fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
- humeur;
- comportement;
- autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
- interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement à la galantamine est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où l'inhibiteur de la cholinestérase fait suite à un traitement avec la mémantine, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments qui suivent :

- score au MMSE de 10 ou plus, à moins d'une justification pertinente;
- diminution maximale du score au MMSE de 3 points par période de 6 mois comparativement à l'évaluation antérieure ou une baisse supérieure accompagnée d'une justification pertinente;
- stabilisation ou amélioration des symptômes dans un ou plusieurs des domaines suivants :
  - fonctionnement intellectuel, incluant la mémoire;
  - humeur;
  - comportement;
  - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
  - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

GANIRELIX :

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

GEFITINIB :

♦ pour le traitement de première intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique, présentant une mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'EGFR et dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. Les autorisations subséquentes seront également pour des durées maximales de 4 mois.

GLATIRAMÈRE (acétate de) :

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

Le médecin doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière;
  et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

Toutefois, le glatiramère demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

- pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, diagnostiquée selon les critères de McDonald (2010), ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

  L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

Toutefois, le glatiramère demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

GLICLAZIDE :

- lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace.

- pour le traitement des personnes diabétiques non insulinodépendantes présentant une insuffisance rénale.

GLIMÉPIRIDE :

- lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace.

GLYCÉRINE, Supp. :

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

GOLIMUMAB, Sol. Inj. S.C. (App.) et Sol. Inj. S.C. (ser) :

- pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave et de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde. Dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde, le méthotrexate doit être utilisé en concomitance.

  Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

  - la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
    - un facteur rhumatoïde positif;
    - des érosions au plan radiologique;
    - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
    - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
    - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

    et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun.

  Pour la polyarthrite rhumatoïde, l'un des 2 agents doit être le méthotrexate, à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

  Pour l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, l'un des 2 agents doit être :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
    ou
  - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour le golimumab sont données à raison de 50 mg par mois.

♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde.

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
    ou
  - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score de HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour le golimumab sont données à raison de 50 mg par mois.

♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication.

- Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
  - le score au BASDAI;
  - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
  - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
    ou
  - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
    ou
  - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour le golimumab sont données à raison de 50 mg par mois.

GOLIMUMAB, Sol. Perf. I.V. :

♦ en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au plan radiologique;
  - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. L'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

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

Les autorisations pour le golimumab sont données à raison de 2 mg/kg aux semaines 0 et 4, puis à 2 mg/kg toutes les 8 semaines.

GONADORÉLINE, Pd. Inj., 0,8 mg :

♦ chez la femme atteinte d'hypogonadisme hypogonadotrophique.

GONADORÉLINE, trousse :

♦ en monothérapie chez la femme atteinte d'hypogonadisme hypogonadotrophique.

GONADOTROPHINES :

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

♦ chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique, en association avec une gonadotrophine chorionique, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

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

La durée maximale de l'autorisation est de 24 mois.

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE :

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

♦ chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique, dans le cadre d'une activité de procréation assistée. L'autorisation initiale sera donnée pour une durée maximale de 12 mois :

- chez l'homme qui présente une spermatogénèse induite par ce traitement, une poursuite du traitement d'une durée maximale de 14 mois sera accordée;
- chez l'homme qui ne présente pas de spermatogénèse après un traitement d'au moins 6 mois, une poursuite du traitement, en association avec une gonadotrophine, d'une durée maximale totale de 24 mois sera accordée.

★ GRANISÉTRON (chlorhydrate de) :

♦ lors de la première journée d'un traitement :

- de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante;
  ou
- de radiothérapie hautement émétisante.

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

♦ lors d'un traitement :

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

GUANFACINE (chlorhydrate de) :

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

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

HUILE MINÉRALE :

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

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE :

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

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE / DEXTRAN 70 :

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

IBRUTINIB :

- pour le traitement de deuxième intention ou plus de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes :
  - qui ne sont pas admissibles à recevoir un traitement ou une réadministration d'un traitement contenant un analogue des purines pour l'une des raisons suivantes :
    - état de santé trop précaire notamment en raison d'un âge avancé, d'une fonction rénale altérée ou d'un score total supérieur ou égal à 6 sur l'échelle Cumulative Illness Rating Scale (CIRS));
    - intervalle sans progression de moins de 36 mois à la suite d'un traitement combinant la fludarabine et le rituximab;
    - délétion 17p;
    - intolérance sérieuse;

    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer à 0 ou 1.

  L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 420 mg.

- pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes présentant une délétion 17p :
  - symptomatiques et nécessitant un traitement;
    et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer à 0 ou 1.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 420 mg.

ICATIBANT (acétate d') :

- pour le traitement des crises aigües d'angio-œdème héréditaire (AOH) causées par un déficit en inhibiteur de la C1 estérase chez les adultes :

  - dont le diagnostic d'AOH de type I ou II a été confirmé par un dosage antigénique ou un dosage fonctionnel de l'inhibiteur de la C1 estérase inférieur aux valeurs normales;
    et
  - ayant subi au moins une crise aigüe d'AOH confirmée médicalement.

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

IMATINIB (mésylate d') :

- pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.

- pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase blastique ou accélérée.

- chez les adultes atteints de la leucémie lymphoblastique aiguë avec chromosome de Philadelphie positif, réfractaire ou récidivante et chez qui une transplantation de cellules souches est prévisible.

  La durée maximale de chaque autorisation est de trois mois. Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.
- pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë, nouvellement diagnostiquée chez un adulte, avec chromosome Philadelphie positif, après une chimiothérapie parentérale, soit durant la phase de maintien.

  Les autorisations sont accordées pour une dose maximale de 600 mg par jour.

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

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique, soit l'absence de progression de la maladie.

IMATINIB (mésylate d') – tumeur stromale gastro-intestinale :

- pour le traitement adjuvant d'une tumeur stromale gastro-intestinale avec présence du récepteur c-kit (CD117) qui, à la suite d'une résection complète, présente un risque élevé de récidive selon la classification publiée en 2006 par Miettinen.

  L'autorisation est pour la dose quotidienne de 400 mg pour une durée de 12 mois.

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

  L'autorisation initiale est pour la dose quotidienne de 400 mg pour une durée de 6 mois. Pour les personnes dont la récidive est apparue pendant un traitement adjuvant avec l'imatinib, l'autorisation initiale pourra être pour une dose quotidienne allant jusqu'à 800 mg.

  Une autorisation pour une dose quotidienne allant jusqu'à 800 mg pourra être obtenue avec l'évidence d'une progression de la maladie, confirmée par imagerie, après un minimum de 3 mois de traitement à la dose quotidienne de 400 mg.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'une réponse complète, partielle ou d'une stabilisation de la maladie, confirmée par imagerie.

  Les autorisations seront données pour des périodes de 6 mois.

IMIQUIMOD :

- pour le traitement des condylomes externes génitaux et périanaux ainsi que des condylomes acuminés lors de l'échec d'une thérapie destructrice physique ou d'une thérapie destructrice chimique d'une durée minimale de 4 semaines, à moins de contre-indication.

  La durée maximale de l'autorisation initiale est de 16 semaines. Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'étendue des lésions. La demande pourra alors être autorisée pour une période maximale de 16 semaines.

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

- pour le traitement 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.

  Il est à noter que cette association ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action utilisé seul ou en association.

INFLIXIMAB :

- pour le traitement de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes. L'essai d'un immunosuppresseur doit avoir été d'au moins 8 semaines.

  L'autorisation initiale est donnée pour un maximum de 3 doses de 5 mg/kg.

  Lors de la demande initiale, le médecin devra mentionner l'immunosuppresseur utilisé ainsi que la durée du traitement. Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera alors autorisée pour une période de 12 mois.

- pour le traitement de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes, lorsque les immunosuppresseurs sont contre-indiqués, non tolérés ou qu'ils ont été inefficaces dans le passé lors d'un épisode similaire après un traitement combiné avec des corticostéroïdes.

  L'autorisation initiale est donnée pour un maximum de 3 doses de 5 mg/kg.

Lors de la demande initiale, le médecin devra préciser la nature de la contre-indication ou de l'intolérance ainsi que l'immunosuppresseur utilisé. Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera alors autorisée pour une période de 12 mois.

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

  Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

  - la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 2 éléments suivants :
    - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
    - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

    et
  - la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m^2 ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

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

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

  - une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
    - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
    - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
    - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
    - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
    - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
    - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

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

  Les autorisations pour l'infliximab sont données à raison de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14e semaine.

INFLIXIMAB – polyarthrite rhumatoïde, spondylite ankylosante, arthrite psoriasique et psoriasis en plaques :

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

  Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

  - la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
    - un facteur rhumatoïde positif;
    - des érosions au plan radiologique;
    - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
    - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;

- une augmentation de la vitesse de sédimentation;

et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'infliximab sont données à raison de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^{e} semaine.

♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :

- Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
  - le score au BASDAI;
  - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
  - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
    ou
  - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
    ou
  - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour l'infliximab sont données pour un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6, puis aux 6 à 8 semaines.

♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :

- lorsqu'un traitement avec un anti-TNFα figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie ou n'a pas été toléré. Celui-ci doit avoir été utilisé dans le respect des indications qui lui sont reconnues dans cette annexe pour cette pathologie.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

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

Pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde, les autorisations pour l'infliximab sont données pour un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis aux 6 à 8 semaines.

♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :

- lorsqu'un traitement avec un anti-TNFα figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie ou n'a pas été toléré. Celui-ci doit avoir été utilisé dans le respect des indications qui lui sont reconnues dans cette annexe pour cette pathologie.

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score de HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'infliximab sont données pour un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis aux 6 à 8 semaines.

♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique :

- en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;
  et
- en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI);
  et
- lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
  et

- lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
  - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
    ou
  - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
    ou
  - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

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

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI;
  ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI;
  ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 6 mois.

Les autorisations pour l'infliximab sont données pour un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis aux 8 semaines.

INSULINE ASPART / INSULINE ASPART PROTAMINE :

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

INSULINE DÉTÉMIR :

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

INSULINE GLARGINE :

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

INSULINE LISPRO / INSULINE LISPRO PROTAMINE :

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

INTERFÉRON BÊTA-1A, Sol. Inj. I.M. :

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

Le médecin doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière;
  et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

Les autorisations sont données à raison de 30 mcg 1 fois par semaine.

Toutefois, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. I.M.) demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

- pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, diagnostiquée selon les critères de McDonald (2010), ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

  L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

Toutefois, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. I.M.) demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire présentant des poussées cliniques et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

  Le médecin doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année et résultat sur l'échelle EDSS.

  La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

  Les autorisations sont données à raison de 30 mcg 1 fois par semaine.

INTERFÉRON BÊTA-1A, Sol. Inj. S.C. et Sol. Inj. S.C. (ser) :

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

- pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, diagnostiquée selon les critères de McDonald (2010), ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

Toutefois, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. S.C. et Sol. Inj. S.C. (ser)) demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire, présentant ou non des poussées cliniques et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

  Le médecin doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année s'il y a lieu et résultat sur l'échelle EDSS.

  La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

  Les autorisations sont données à raison de 22 mcg 3 fois par semaine.

INTERFÉRON BÊTA-1B :

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

  Le médecin doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

  - la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
  - le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

  La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

  Les autorisations sont données à raison de 8 MUI aux 2 jours.

Toutefois, l'interféron bêta-1b demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

- pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, diagnostiquée selon les critères de McDonald (2010), ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

  L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

Toutefois, l'interféron bêta-1b demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire, présentant ou non des poussées cliniques, et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

  Le médecin doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année s'il y a lieu et résultat sur l'échelle EDSS.

  La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

KÉTOROLAC (trométhamine de) :

- pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués.

LACOSAMIDE :

- pour le traitement adjuvant des personnes souffrant d'épilepsie partielle réfractaire, c'est-à-dire qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante à au moins deux antiépileptiques.

LACTULOSE :

- pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique.
- pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

LANTHANE HYDRATÉ :

- comme chélateur du phosphore 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'hyperphosphorémie.

  Il est à noter que le lanthane hydraté ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le sévélamer.

LAPATINIB :

- en association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement de première intention des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein métastatique positif pour les récepteurs hormonaux et surexprimant le récepteur HER2 :
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2;
    et
  - qui ne peuvent recevoir le trastuzumab en raison d'une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure ou égale à 55 % ou d'une intolérance sérieuse.

  La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de la progression de la maladie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer de 0 à 2.

- pour le traitement du cancer du sein métastatique dont la tumeur surexprime le récepteur HER2, en association avec la capécitabine, chez les femmes présentant un cancer du sein ayant progressé après l'administration d'une taxane et d'une anthracycline, à moins d'une contre-indication à l'un de ces agents. De plus, la maladie doit être en progression malgré un traitement par le trastuzumab administré au stade métastatique, à moins d'une contre-indication. Le statut de performance selon l'ECOG doit être de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de la progression de la maladie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer à 0 ou 1.

Toutefois, le lapatinib demeure couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 3 juin 2013, en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de la progression de la maladie et que le statut de performance selon l'ECOG demeure à 0 ou 1.

LATANOPROST / TIMOLOL (maléate de) :

- pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomateux en monothérapie est insuffisant.

LÉDIPASVIR / SOFOSBUVIR :

- en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 qui présentent une fibrose hépatique grave ou une cirrhose compensée (score Metavir de F3 ou F4) et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC.

  L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines chez les personnes qui ne présentent pas de cirrhose et dont la charge virale (ARN-VHC) est inférieure à 2,2 millions UI/ml (mesurée à l'aide de la trousse Abbott RealTime HCV) ou 6 millions UI/ml (mesurée à l'aide de la trousse COBAS TaqMan HCV Test version 2.0 de Roche) avant le traitement. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines chez les autres personnes.

- en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 qui présentent une fibrose hépatique grave (score Metavir de F3) et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase.

  L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- en association avec la ribavirine, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes :
  - qui présentent une cirrhose compensée (score Metavir de F4) et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase.
    ou
  - qui présentent une cirrhose décompensée.
    ou
  - qui sont en attente d'une transplantation d'organe ou qui ont déjà eu une greffe.

  L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- en monothérapie, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes :
  - qui présentent une cirrhose compensée (score Metavir de F4) ainsi qu'une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase.
    ou

- qui présentent une cirrhose décompensée ainsi qu'une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine.
  ou
- qui sont en attente d'une transplantation d'organe ou qui ont déjà eu une greffe et qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines.

LÉFLUNOMIDE :

♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde pour les personnes chez qui le méthotrexate est inefficace, contre-indiqué ou non toléré.

LÉNALIDOMIDE :

♦ pour le traitement de l'anémie causée par un syndrome myélodysplasique (SMD) à risque faible ou intermédiaire-1 selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic du SMD) accompagné d'une anomalie cytogénétique 5q de suppression.

L'anémie est ici caractérisée par un taux d'hémoglobine inférieur à 90 g/L ou une dépendance transfusionnelle.

À chaque demande, le médecin doit fournir un résultat récent du taux d'hémoglobine de la personne concernée ainsi que l'historique de ses transfusions sanguines des 6 derniers mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement :

- dans le cas d'une personne avec une dépendance transfusionnelle avant le début du traitement, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par :
  - une réduction d'au moins 50 % des transfusions sanguines par rapport au début du traitement.
- dans le cas d'une personne sans transfusion sanguine au cours des 6 mois précédant le début du traitement, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par :
  - une hausse du taux d'hémoglobine d'au moins 15 g/L par rapport au taux observé avant le début du traitement;
    et
  - le maintien de l'indépendance transfusionnelle.

La durée de chaque autorisation est de 6 mois. La dose maximale autorisée est de 10 mg par jour.

♦ en association avec la dexaméthasone, pour le traitement du myélome multiple réfractaire ou récidivant chez les personnes :

- qui ont reçu au moins 2 thérapies pour le traitement du myélome multiple;
  et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est ≤ 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 4 cycles de 28 jours.

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie documentée par chacun des 3 éléments suivants :

La maladie est en progression dès qu'un des éléments est satisfait. La progression de la maladie se définit pour chacun d'eux de la façon suivante :

- une augmentation ≥ 25 % (par rapport au résultat le plus bas (nadir)) de :

- la protéine monoclonale sérique (l'augmentation absolue doit être ≥ 5 g/L);
- la protéine monoclonale urinaire (l'augmentation absolue doit être ≥ 200 mg par 24 heures);
- la différence entre les chaînes légères libres (l'augmentation absolue doit être ≥ 100 mg/L);
- des plasmocytes médullaires (l'augmentation absolue doit être ≥ 10 %).

Parmi les 4 dosages ci-dessus, le médecin devra fournir le résultat du test qu'il juge le plus approprié pour la personne traitée.

- une augmentation des lésions osseuses ou des plasmocytomes;
- l'apparition d'une hypercalcémie définie par une calcémie corrigée > 2,8 mmol/L sans autre cause apparente.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 6 cycles de 28 jours.

Il est à noter que le lénalidomide ne sera pas autorisé en association avec le bortézomib.

♦ en association avec la dexaméthasone, pour le traitement de deuxième intention du myélome multiple réfractaire ou récidivant chez les personnes pour qui le bortézomib n'est pas une option de traitement et dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 4 cycles de 28 jours.

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie documentée par chacun des 3 éléments suivants :

La maladie est en progression dès qu'un des éléments est satisfait. La progression de la maladie se définit pour chacun d'eux de la façon suivante :

- une augmentation ≥ 25 % (par rapport au résultat le plus bas (nadir)) :
  - de la protéine monoclonale sérique (l'augmentation absolue doit être ≥ 5 g/l);
  - de la protéine monoclonale urinaire (l'augmentation absolue doit être ≥ 200 mg par 24 heures);
  - de la différence entre les chaînes légères libres (l'augmentation absolue doit être ≥ 100 mg/l);
  - des plasmocytes médullaires (l'augmentation absolue doit être ≥ 10 %).

Parmi les 4 dosages ci-dessus, le médecin devra fournir le résultat du test qu'il juge le plus approprié pour la personne traitée.

- une augmentation des lésions osseuses ou des plasmocytomes;
- l'apparition d'une hypercalcémie définie par une calcémie corrigée > 2,8 mmol/l sans autre cause apparente.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 6 cycles de 28 jours.

LINAGLIPTINE :

♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

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

LINAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

  - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
    et
  - lorsque les doses quotidiennes de metformine sont stables depuis au moins trois mois.

★ LINÉZOLIDE, Co. :

- pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.

- pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine.

- pour la poursuite du traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline amorcé par voie intraveineuse en milieu hospitalier.

★ LINÉZOLIDE, Sol. Perf. I.V. :

- pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée et que le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé.

- pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine lorsque le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé.

LIRAGLUTIDE :

- en association avec la metformine, pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 dont le contrôle glycémique est inadéquat et dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 kg/m^2 lorsqu'un inhibiteur de la DPP-4 est contre-indiqué, non toléré ou inefficace.

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

  Lors de la première demande de poursuite du traitement, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) d'au moins 0,5 % ou par l'atteinte d'une valeur cible de 7 % ou moins.

LISDEXAMFÉTAMINE (dimésylate de) :

- pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

  Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.

LURASIDONE (chlorhydrate de) :

- pour le traitement de la schizophrénie.

MACITENTAN :

- pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

MAGNÉSIUM (hydroxyde de) :

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

MAGNÉSIUM (hydroxyde de) / ALUMINIUM (hydroxyde de) :

- comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave.

MARAVIROC :

- pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH dont le test de tropisme effectué au cours des trois derniers mois démontre la présence d'un virus à tropisme CCR5 exclusivement et :

  - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant la delavirdine, l'éfavirenz ou la névirapine, à moins d'une résistance primaire à l'un de ceux-ci, qui s'est soldée :
    - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
      ou
    - par une intolérance sérieuse à l'un de ces agents, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral;

    et
  - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
    - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
      ou
    - par une intolérance sérieuse à au moins trois inhibiteurs de la protéase, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral.

  Dans le cas où une thérapie incluant un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ne peut être utilisée en raison d'une résistance primaire à la delavirdine, à l'éfavirenz ou à la névirapine, l'essai d'au moins deux thérapies incluant chacune un inhibiteur de la protéase est nécessaire et elles doivent s'être soldées par les mêmes conditions que celles énumérées précédemment.

- pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH dont le test de tropisme effectué au cours des trois derniers mois démontre la présence d'un virus à tropisme CCR5 exclusivement et pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une résistance à au moins un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase, et :

  - dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL;
    et
  - dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/µL;
    et
  - pour qui l'utilisation du maraviroc est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

MÉGESTROL (acétate de) :

- pour l'hormonothérapie du cancer du sein, de l'endomètre et de la prostate.

- pour l'hormonothérapie de remplacement lors d'intolérance, d'inefficacité ou de contre-indication aux progestatifs oraux.

MÉMANTINE (chlorhydrate de) :

- en monothérapie chez les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer de stade modéré ou grave vivant à domicile c'est-à-dire qui ne vivent pas dans un centre d'hébergement de soins de longue durée public ou privé conventionné.

  Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

  - score au MMSE de 3 à 14;
  - une confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
    - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
    - humeur;
    - comportement;
    - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
    - interaction sociale y compris la capacité à tenir une conversation.

  La durée d'autorisation initiale d'un traitement à la mémantine est de 6 mois à partir du début du traitement.

  Toutefois, dans le cas où la mémantine fait suite à un traitement avec un inhibiteur de la cholinestérase, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

  En ce qui concerne les demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par la stabilisation ou l'amélioration des symptômes dans au moins trois des domaines suivants :
  - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
  - humeur;
  - comportement;
  - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
  - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

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

MÉTHYLPHÉNIDATE (chlorhydrate de), Caps. L.A. :

- pour le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

  Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.

MÉTHYLPHÉNIDATE (chlorhydrate de), Co. L.A. (12 h) :

- pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention, chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie.

  Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.

MÉTRONIDAZOLE, Gel Vag. :

- pour le traitement de la vaginose bactérienne chez la femme enceinte lors des deuxième et troisième trimestres de la grossesse.

- pour le traitement de la vaginose bactérienne lors d'intolérance au métronidazole par la voie orale.

★ MICAFUNGINE SODIQUE :

- pour la prévention des infections fongiques chez les personnes qui subiront une transplantation de cellules souches hématopoïétiques.

- pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole.

MIRABEGRON :

- pour le traitement, en monothérapie, de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace.

MODAFINIL :

- pour le traitement symptomatique de l'hypersomnolence diurne accompagnant la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique lorsque le sulfate de dexamphétamine ou le méthylphénidate sont inefficaces, contre-indiqués ou non tolérés.

- pour le traitement d'appoint de l'hypersomnolence diurne secondaire au syndrome d'apnée ou d'hypopnée du sommeil persistant malgré l'usage d'un appareil à pression positive continue par voie nasale.

MOMÉTASONE (furoate de) / FORMOTEROL DIHYDRATÉ (fumarate de) :

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

★ MOXIFLOXACINE (chlorhydrate de), Sol. Perf. I.V. :

- pour le traitement des infections lorsque la moxifloxacine orale ne peut être utilisée.

MULTIVITAMINES :

- pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

NAPROXÈNE / ESOMÉPRAZOLE :

- pour le traitement des conditions médicales qui requièrent l'usage chronique d'un anti-inflammatoire non stéroïdien chez les personnes qui présentent au moins l'un des facteurs de risque de complication gastro-intestinale suivants :

  - personne âgée de 65 ans ou plus;
  - antécédent d'ulcère non compliqué des voies digestives hautes;
  - comorbidité, c'est-à-dire une condition médicale grave prédisposant à une exacerbation de la condition clinique de la personne à la suite de la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien;
  - médicaments concomitants prédisposant à une exacerbation du risque de complication gastro-intestinale;
  - usage de plus d'un anti-inflammatoire non stéroïdien.

NATALIZUMAB :

- pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente avec un score sur l'échelle EDSS ≤ 5 avant le traitement et présentant une évolution rapide de la maladie définie comme suit :

  - survenue de 2 poussées cliniques invalidantes ou plus avec récupération incomplète au cours de la dernière année;
    ou
  - survenue de 2 poussées cliniques invalidantes ou plus avec récupération complète au cours de la dernière année et :
    - présence d'au moins une lésion rehaussée par le gadolinium à la résonance magnétique (IRM);
      ou
    - augmentation de 2 lésions hyperintenses en T2 ou plus par rapport à une IRM antérieure.

  La durée maximale des autorisations est d'un an. Pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par rapport à l'évaluation faite avant de le commencer, soit :

  - une réduction de la fréquence annuelle des poussées invalidantes au cours de la dernière année;
    et
  - une stabilisation du score sur l'échelle EDSS ou une augmentation de moins de 2 points sans que le score excède 5.

  On entend par poussée invalidante une poussée durant laquelle un examen neurologique confirme une névrite optique, un syndrome de la fosse postérieure (tronc cérébral et cervelet) ou des symptômes révélant une atteinte de la moelle épinière (myélite).

NILOTINIB :

- pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique ou en phase accélérée chez les adultes :

  - qui présentent un échec ou une réponse sous-optimale à l'imatinib;
    ou
  - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

  Les autorisations seront données à raison d'une dose quotidienne maximale de 1 200 mg pour une durée maximale de 6 mois.

  Pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse hématologique.

- pour le traitement de première intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.

  Les autorisations seront données à raison d'une dose quotidienne maximale de 600 mg pour une durée maximale de 6 mois.

  Pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse hématologique.

NITRAZÉPAM :

- pour la prise en charge des troubles épileptiques.

Toutefois, les comprimés de nitrazépam demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments jusqu'au 31 mai 2016 pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 90 jours précédant le 1er juin 2015.

OMBITASVIR / PARITAPRÉVIR / RITONAVIR ET DASABUVIR SODIQUE (monohydrate de) :

- en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1b, qui présentent une fibrose hépatique grave (score Metavir de F3) et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC ou qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé.

  L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- en association avec la ribavirine, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes:

  - qui sont atteintes du VHC de génotype 1a, qui présentent une fibrose hépatique grave (score Metavir de F3) et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC ou qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé.
    ou
  - qui sont atteintes du VHC de génotype 1a, qui présentent une cirrhose compensée (score Metavir de F4) et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC ou qui ont déjà eu une rechute ou une réponse partielle avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé.
    ou
  - qui sont atteintes du VHC de génotype 1b, qui présentent une cirrhose compensée (score Metavir de F4) et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC ou qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé.

  L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1a, qui présentent une cirrhose compensée (score Metavir de F4) et qui ont déjà eu une réponse nulle avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé.

  L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines.

ONABOTULINUMTOXINA :

- pour le traitement de la dystonie cervicale, du blépharospasme, du strabisme et d'autres conditions graves de spasticité.

- pour le traitement des adultes qui souffrent d'hyperhidrose axillaire grave causant une atteinte importante sur les plans fonctionnel et psychosocial, lorsque l'usage, pendant un mois ou plus, d'une préparation de chlorure d'aluminium à au moins 20 %, utilisée selon les recommandations pour en maximiser l'effet et la tolérance, s'est avéré inefficace.

  Dans la demande d'autorisation initiale, le médecin devra documenter les atteintes précitées. Une autorisation d'une durée de quatre mois sera alors accordée pour obtenir une dose de 100 unités de ce médicament.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra démontrer l'évidence d'un effet bénéfique au regard de la diminution de la sudation et de l'amélioration constatée sur les plans fonctionnel et psychosocial.

★ ONDANSÉTRON :

- lors de la première journée d'un traitement :

  - de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante;
    ou
  - de radiothérapie hautement émétisante.

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

- lors d'un traitement :

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

★ OSELTAMIVIR (phosphate d') :

- pour le traitement de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :

  - chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement;
  - chez les personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (selon la définition du MSSS);
  - chez les femmes enceintes qui sont au 2e ou 3e trimestre de grossesse (13 semaines ou plus).

  La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :

  - 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;
  - le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures).

  Les maladies chroniques sont définies ainsi :

  - 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;
  - 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);
  - 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).

- pour la prophylaxie de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :

  - chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement en contact étroit avec une personne infectée (cas index).

  La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :

  - 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;
  - le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures).

  Les maladies chroniques sont définies ainsi :

  - 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;

- 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);
- 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).

OXCARBAZÉPINE :

- pour le traitement de l'épilepsie.

- pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine.

OXYBUTYNINE, Timbre cut. :

- pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine à libération immédiate est mal tolérée.

OXYCODONE, Co. L.A. :

- lorsque deux autres opiacés sont non tolérés, contre-indiqués ou inefficaces.

Toutefois, l'oxycodone à longue action est couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament du 1er mars 2012 au 15 juillet 2012.

OXYBUTYNINE (chlorure d'), Co. L.A. :

- pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine à libération immédiate est mal tolérée.

PALIPÉRIDONE (palmitate de) :

- chez la personne qui présente un problème d'observance avec un antipsychotique oral ou chez qui l'administration d'un antipsychotique injectable conventionnel à action prolongée est inefficace ou mal toléré.

PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.

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

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

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

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

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.

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

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ – FIBRES DE POLYESTER ET RAYONNE :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.

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

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT :

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée. La demande est autorisée pour une période maximale de 12 semaines.

  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.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE :

- 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. La demande est autorisée pour une période maximale de 12 semaines.

  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.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT :

- 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. La demande est autorisée pour une période maximale de 12 semaines.

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.

PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ :

- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus malodorante.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorant lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

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

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

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

- pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE :

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

PARAFFINE / HUILE MINÉRALE :

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

PAZOPANIB (chlorhydrate de) :

- pour le traitement de première intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 18 semaines.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse complète ou partielle ou d'une stabilisation de la maladie, confirmée par imagerie dans les 6 semaines avant la fin de l'autorisation en cours. De plus, le statut de performance selon l'ECOG devra demeurer à 0 ou 1. Les autorisations subséquentes seront également pour des durées maximales de 18 semaines.

  Les autorisations sont données à raison d'une dose quotidienne de 800 mg.

PEGAPTANIB (sodique) :

- pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge :

  - en présence de néovascularisation choroïdienne minimalement classique, c'est-à-dire quand moins de 50 % des lésions sont de type classique, ou occulte sans lésion de type classique;
  - en présence de néovascularisation choroïdienne à prédominance classique, c'est-à-dire quand 50 % ou plus des lésions sont de type classique, à la suite de l'échec d'une thérapie comprenant quatre traitements avec la vertéporfine à moins d'intolérance ou de contre-indication.

  L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de six mois. Il en ira de même pour la demande concernant la poursuite du traitement, ce qui portera à douze mois la période globale autorisée. Cependant, dans le dernier cas, il faudra démontrer un effet clinique bénéfique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale, à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique. Il est à noter que le pegaptanib ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même œil.

PEGINTERFÉRON ALFA-2A :

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique chez qui la ribavirine est contre-indiquée :

  - soit en présence d'une anémie hémolytique héréditaire (thalassémie et autres);
  - soit en présence d'une insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 35 mL/min).

  La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. La demande sera renouvelée si la diminution de l'ARN-VHC est supérieure ou égale à 1,8 log, après 12 semaines de traitement. L'autorisation sera alors donnée pour une durée maximale de 12 semaines. La demande sera renouvelée si l'ARN-VHC est négatif après 24 semaines de traitement. La durée totale du traitement sera de 48 semaines.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique chez qui la ribavirine est non tolérée :

  - soit chez les personnes qui ont développé une anémie grave sous ribavirine malgré une diminution de la posologie à 600 mg par jour (Hb < 80 g/L ou <100 g/L si comorbidité de type maladie cardiaque athérosclérotique);
  - soit chez les personnes qui ont développé une intolérance grave à la ribavirine : apparition d'une allergie, d'un rash cutané incapacitant ou d'une dyspnée à l'effort invalidante.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. La demande sera renouvelée si la diminution de l'ARN-VHC est supérieure ou égale à 1,8 log, après 12 semaines de traitement. L'autorisation sera alors donnée pour une durée maximale de 12 semaines. La demande sera renouvelée si l'ARN-VHC est négatif après 24 semaines de traitement. La durée totale du traitement sera de 48 semaines.

- pour le traitement de l'hépatite B chronique HBeAg-négatif. La demande est autorisée pour une durée maximale de 48 semaines.

PENTOXIFYLLINE :

- pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques soit :
  - lors d'insuffisance veineuse avec ulcère cutané (ou antécédents);
  - lors d'insuffisance artérielle avec ulcère cutané (ou antécédents), gangrène, antécédents d'amputation ou douleur au repos.

PÉRAMPANEL :

- pour le traitement d'appoint des personnes souffrant d'épilepsie partielle réfractaire lorsque le lacosamide est inefficace, contre-indiqué ou non toléré.

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM / PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM :

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

PILOCARPINE (chlorhydrate de), Co. :

- pour le traitement de la xérostomie grave.

PIMÉCROLIMUS :

- pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique.

PIOGLITAZONE (chlorhydrate de) :

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
  - en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
  - en association avec une sulfonylurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
  - lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;
  - en association avec la metformine et une sulfonylurée lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;
  - présentant une insuffisance rénale.

Toutefois, la pioglitazone demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 1er octobre 2009 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

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

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL :

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

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL / SODIUM (sulfate) / SODIUM (bicarbonate) / SODIUM (chlorure) / POTASSIUM (chlorure) :

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

POLYVINYLIQUE (alcool) :

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

★ POSACONAZOLE :

- pour la prévention des infections fongiques invasives chez les personnes ayant développé une neutropénie à la suite d'une chimiothérapie pour traiter une leucémie myéloïde aiguë ou un syndrome myélodysplasique.

- pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention.

★ PRASUGREL :

- lors d'un syndrome coronarien aigu, pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique, chez les personnes pour lesquelles une angioplastie percutanée coronarienne a été effectuée. La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

PROGESTÉRONE, Co. Vag. (Eff.) :

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

PROGESTÉRONE, Gel Vag. (App.) :

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

PROGESTÉRONE MICRONISÉE, Caps. :

- pour les personnes ne pouvant recevoir l'acétate de médroxyprogestérone en raison d'une intolérance importante.

PSYLLIUM (mucilage de) :

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

- pour le traitement de la diarrhée chronique.

RANIBIZUMAB :

- pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 4 critères suivants :

  - acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
  - dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
  - absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique qui soit telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le médecin traitant;

- évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de 4 mois. Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique. Les autorisations seront alors d'une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose par mois et par œil. Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept ou la vertéporfine pour traiter le même œil.

Toutefois, le ranibizumab demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 1er février 2010 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 2 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/9 et 6/96;
- épaisseur du centre de la rétine supérieur ou égale à 250 µm.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée par une tomographie de cohérence optique. Les demandes de renouvellement seront autorisées pour une durée maximale de 12 mois. Les autorisations sont données à raison d'un maximum d'une dose par mois, par œil.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept pour traiter le même oeil.

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

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

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée par une tomographie de cohérence optique. Les demandes de renouvellement seront autorisées pour une durée maximale de 12 mois. Les autorisations sont données à raison d'un maximum d'une dose par mois, par œil.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept pour traiter le même oeil.

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

  - myopie minimale de -6 dioptries;
  - acuité visuelle optimale après correction entre 6/9 et 6/96;
  - présence de liquide intra-rétinien ou sous-rétinien ou d'une fuite active consécutive à une lésion de néovascularisation choroïdienne observée par une angiographie rétinienne ou une tomographie de cohérence optique.

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

  Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale évaluée par une angiographie rétinienne ou une tomographie de cohérence optique. La demande de renouvellement sera autorisée pour une durée maximale de 8 mois.

  Les autorisations sont données à raison d'un maximum d'une dose par mois et par œil. La durée maximale totale du traitement sera de 12 mois.

  Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même œil.

RASAGILINE (mésylate de) :

- pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie.

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG :

- pour la mesure du rapport international normalisé (RIN) chez les personnes qui requièrent une anticoagulation orale de longue durée avec un antagoniste de la vitamine K et qui effectuent ce suivi à l'aide d'un coagulomètre dont ils sont propriétaires, selon une des options suivantes :

  - autosurveillance : le patient effectue une mesure du RIN et transmet le résultat à un professionnel de la santé qui ajuste ou non la dose de l'antagoniste de la vitamine K;
  - autocontrôle : le patient effectue une mesure du RIN, interprète le résultat et, au besoin, ajuste lui-même la dose de l'antagoniste de la vitamine K selon un algorithme.

RÉPAGLINIDE :

- lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

- pour le traitement des personnes diabétiques non insulinodépendantes présentant une insuffisance rénale.

RIBAVIRINE :

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 2 ou 3 qui reçoivent un traitement à base de sofosbuvir, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation sera accordée pour une période maximale de 12 semaines pour le génotype 2 et de 24 semaines pour le génotype 3.

- pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 qui reçoivent l'association lédipasvir/sofosbuvir, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 qui reçoivent l'association ombitasvir/paritaprévir/ritonavir combinée au dasabuvir sodique, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines chez les personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1a, qui présentent une cirrhose compensée et qui ont déjà eu une réponse nulle avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines chez les autres personnes.

RIBAVIRINE / INTERFERON ALFA-2B PÉGUYLÉ :

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique, de génotype 2 ou 3.

  La durée maximale de l'autorisation sera de 24 semaines.

  Cependant les personnes qui, au cours d'un traitement antérieur avec une association ribavirine/interféron alfa-2B péguylé :
  - n'ont pas obtenu une négativation de leur virémie après 24 semaines de traitement;
    ou
  - n'ont pas obtenu une réponse virologique soutenue 24 semaines après la fin du traitement, à moins qu'il ne s'agisse de répondeurs rapides (négativation) à 4 semaines qui rechutent après un traitement écourté de 12 à 16 semaines;

  ne sont pas admissibles à un deuxième traitement.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique, de génotype autre que 2 ou 3, et pour le traitement de l'hépatite C chronique de tous génotypes, chez les personnes infectées par le VIH.

  La durée totale de l'autorisation est d'un maximum de 48 semaines.

  Pour les personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 2 ou 3 et coinfectées par le VIH, la demande initiale est autorisée pour une période maximale de 32 semaines. Par la suite, une autorisation sera accordée pour une période maximale de 16 semaines pour terminer le traitement, seulement si le résultat de l'ARN-VHC qualitatif à 24 semaines du début du traitement est négatif.

  Pour les autres personnes, les autorisations seront accordées selon des modalités différentes en fonction du type de test effectué pour évaluer la réponse au traitement après les 12 premières semaines de traitement.

  La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. À 12 semaines du début du traitement, un test quantitatif ou qualitatif de détection de l'ARN-VHC est nécessaire pour établir la réponse au traitement.

  - Dans le cas d'un test qualitatif, une autre autorisation sera accordée pour terminer le traitement seulement si son résultat est négatif, et ce, pour une période maximale de 28 semaines;
  - Dans le cas d'un test quantitatif, une autre autorisation sera accordée pour une période additionnelle maximale de 12 semaines seulement si le résultat démontre une diminution de la virémie supérieure ou égale à 1,8 log comparativement à la virémie prétraitement. Par la suite, une autorisation sera accordée pour terminer le traitement seulement si le résultat de l'ARN-VHC qualitatif à 24 semaines du début du traitement est négatif, et ce, pour une période maximale de 16 semaines.

  Cependant les personnes qui, au cours d'un traitement antérieur avec une association ribavirine/interféron alfa-2B péguylé :
  - n'ont pas obtenu une baisse de 1,8 log de la virémie à 12 semaines comparativement à la valeur prétraitement;
  - n'ont pas obtenu une négativation de leur virémie après un minimum de 24 semaines de traitement;

- n'ont pas obtenu une réponse virologique soutenue 24 semaines après la fin du traitement, à moins qu'il ne s'agisse de répondeurs rapides (négativation) à 4 semaines qui rechutent après un traitement écourté de 24 semaines;

ne sont pas admissibles à un deuxième traitement.

- pour le traitement de l'hépatite C chronique chez les personnes ayant reçu une greffe.

  La durée maximale de l'autorisation sera de 48 semaines.

  Cependant les personnes qui, au cours d'un traitement antérieur avec une association ribavirine/interféron alfa-2B péguylé, n'ont pas obtenu une négativation de leur virémie après 48 semaines de traitement ou encore une réponse virologique soutenue 24 semaines après la fin du traitement, ne sont pas admissibles à un deuxième traitement.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, non infectées par le VIH-1, en l'absence d'une cirrhose, lorsque utilisé en concomitance avec un antiviral inhibiteur de la protéase NS3/4A (bocéprévir) et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC.

  La durée totale de l'autorisation, incluant les 4 semaines de traitement préliminaire lorsque le bocéprévir est l'agent utilisé, sera d'un maximum de 24, 28 ou 48 semaines selon les résultats aux tests de charge virale (ARN-VHC) aux semaines prévues dans les indications reconnues de l'antiviral inhibiteur de la protéase NS3/4A retenu.

  Lorsque la charge virale (ARN-VHC) est détectable à la semaine 24, le traitement d'association (trithérapie) doit être arrêté.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, non infectées par le VIH-1, en présence d'une fibrose hépatique grave ou d'une cirrhose, lorsque utilisé en concomitance avec un antiviral inhibiteur de la protéase NS3/4A (bocéprévir) ou qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un interféron et à la ribavirine.

  On entend par échec thérapeutique antérieur la survenue d'une réponse partielle définie par une diminution de la charge virale (ARN-VHC) d'au moins 1,8 $\log_{10}$ à la semaine 12, mais sans obtention d'une réponse virologique soutenue, ou la survenue d'une rechute définie par une charge virale (ARN-VHC) indétectable à la fin du traitement, mais détectable par la suite.

  La durée totale de l'autorisation, incluant les 4 semaines de traitement préliminaire lorsque le bocéprévir est l'agent utilisé, sera d'un maximum de 36 semaines ou de 48 semaines, selon les résultats aux tests de charge virale (ARN-VHC) aux semaines prévues dans les indications reconnues de l'antiviral inhibiteur de la protéase NS3/4A retenu.

  Lorsque la charge virale (ARN-VHC) est détectable à la semaine 24, le traitement d'association (trithérapie) doit être arrêté.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1 qui reçoivent un traitement à base de siméprévir, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation sera accordée pour une durée maximale de 48 semaines.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1 ou 4 qui reçoivent un traitement à base de sofosbuvir, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation sera accordée pour une durée maximale de 12 semaines.

RIBAVIRINE / PEGINTERFERON ALFA-2A :

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique, de génotype 2 ou 3.

La durée maximale de l'autorisation sera de 24 semaines.

Cependant les personnes qui, au cours d'un traitement antérieur avec une association ribavirine/peginterféron alfa-2A :

- n'ont pas obtenu une négativation de leur virémie après 24 semaines de traitement;
  ou
- n'ont pas obtenu une réponse virologique soutenue 24 semaines après la fin du traitement, à moins qu'il ne s'agisse de répondeurs rapides (négativation) à 4 semaines qui rechutent après un traitement écourté de 12 à 16 semaines;

ne sont pas admissibles à un deuxième traitement.

♦ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique, de génotype autre que 2 ou 3, et pour le traitement de l'hépatite C chronique de tous génotypes, chez les personnes infectées par le VIH.

La durée totale de l'autorisation est d'un maximum de 48 semaines.

Pour les personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 2 ou 3 et coinfectées par le VIH, la demande initiale est autorisée pour une période maximale de 32 semaines. Par la suite, une autorisation sera accordée pour une période maximale de 16 semaines pour terminer le traitement, seulement si le résultat de l'ARN-VHC qualitatif à 24 semaines du début du traitement est négatif.

Pour les autres personnes, les autorisations seront accordées selon des modalités différentes en fonction du type de test effectué pour évaluer la réponse au traitement après les 12 premières semaines de traitement.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. À 12 semaines du début du traitement, un test quantitatif ou qualitatif de détection de l'ARN-VHC est nécessaire pour établir la réponse au traitement.

- Dans le cas d'un test qualitatif, une autre autorisation sera accordée pour terminer le traitement seulement si son résultat est négatif, et ce, pour une période maximale de 28 semaines;
- Dans le cas d'un test quantitatif, une autre autorisation sera accordée pour une période additionnelle maximale de 12 semaines seulement si le résultat démontre une diminution de la virémie supérieure ou égale à 1,8 log comparativement à la virémie prétraitement. Par la suite, une autorisation sera accordée pour terminer le traitement seulement si le résultat de l'ARN-VHC qualitatif à 24 semaines du début du traitement est négatif, et ce, pour une période maximale de 16 semaines.

Cependant les personnes qui, au cours d'un traitement antérieur avec une association ribavirine/peginterféron alfa-2A :

- n'ont pas obtenu une baisse de 1,8 log de la virémie à 12 semaines comparativement à la valeur prétraitement;
- n'ont pas obtenu une négativation de leur virémie après un minimum de 24 semaines de traitement;
- n'ont pas obtenu une réponse virologique soutenue 24 semaines après la fin du traitement, à moins qu'il ne s'agisse de répondeurs rapides (négativation) à 4 semaines qui rechutent après un traitement écourté de 24 semaines;

ne sont pas admissibles à un deuxième traitement.

♦ pour le traitement de l'hépatite C chronique chez les personnes ayant reçu une greffe.

La durée maximale de l'autorisation sera de 48 semaines.

Cependant les personnes qui, au cours d'un traitement antérieur avec une association ribavirine/peginterféron alfa-2A, n'ont pas obtenu une négativation de leur virémie après 48 semaines de traitement ou encore une réponse virologique soutenue 24 semaines après la fin du traitement, ne sont pas admissibles à un deuxième traitement.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, non infectées par le VIH-1, en l'absence d'une cirrhose, lorsque utilisé en concomitance avec un antiviral inhibiteur de la protéase NS3/4A (bocéprévir) et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC.

  La durée totale de l'autorisation, incluant les 4 semaines de traitement préliminaire lorsque le bocéprévir est l'agent utilisé, sera d'un maximum de 24, 28 ou 48 semaines selon les résultats aux tests de charge virale (ARN-VHC) aux semaines prévues dans les indications reconnues de l'antiviral inhibiteur de la protéase NS3/4A retenu.

  Lorsque la charge virale (ARN-VHC) est détectable à la semaine 24, le traitement d'association (trithérapie) doit être arrêté.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, non infectées par le VIH-1, en présence d'une fibrose hépatique grave ou d'une cirrhose, lorsque utilisé en concomitance avec un antiviral inhibiteur de la protéase NS3/4A (bocéprévir) ou qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un interféron et à la ribavirine.

  On entend par échec thérapeutique antérieur, la survenue d'une réponse partielle définie par une diminution de la charge virale (ARN-VHC) d'au moins 1,8 log10 à la semaine 12, mais sans obtention d'une réponse virologique soutenue, ou la survenue d'une rechute définie par une charge virale (ARN-VHC) indétectable à la fin du traitement, mais détectable par la suite.

  La durée totale de l'autorisation, incluant les 4 semaines de traitement préliminaire lorsque le bocéprévir est l'agent utilisé, sera d'un maximum de 36 semaines ou de 48 semaines, selon les résultats aux tests de charge virale (ARN-VHC) aux semaines prévues dans les indications reconnues de l'antiviral inhibiteur de la protéase NS3/4A retenu.

  Lorsque la charge virale (ARN-VHC) est détectable à la semaine 24, le traitement d'association (trithérapie) doit être cessé.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1 qui reçoivent un traitement à base de siméprévir, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation sera accordée pour une durée maximale de 48 semaines.

- pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1 ou 4 qui reçoivent un traitement à base de sofosbuvir, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation sera accordée pour une durée maximale de 12 semaines.

★ RIFAXIMINE :

- pour la prévention des récurrences d'encéphalopathie hépatique manifeste chez les personnes cirrhotiques ayant souffert d'au moins 2 épisodes au cours des 6 derniers mois malgré un traitement optimal avec le lactulose.

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

RILUZOLE :

- pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique chez les patients présentant des symptômes de la maladie depuis moins de 5 ans, une capacité vitale supérieure à 60 % de la valeur prédite et non trachéotomisés.

  Lors de la demande initiale (nouveau cas), le médecin doit indiquer la date du début des symptômes de la maladie, la mesure de la capacité vitale et confirmer l'absence de trachéotomie chez son patient. La durée initiale maximale de l'autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes subséquentes, et chez les patients déjà sous traitement, le médecin doit confirmer l'absence de trachéotomie chez son patient. La durée maximale de l'autorisation est de 6 mois. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une trachéotomie.

RIOCIGUAT :

- en monothérapie, pour le traitement de l'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique de classe fonctionnelle II ou III de l'OMS, qu'elle soit inopérable ou encore persistante ou récurrente après un traitement chirurgical.

  Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres actuellement désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

RISPÉRIDONE, Pd. Inj. I.M. :

- chez la personne qui présente un problème d'observance avec un antipsychotique oral ou chez qui l'administration d'un antipsychotique injectable conventionnel à action prolongée est inefficace ou mal toléré.

RITUXIMAB :

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

  Lors de la demande initiale :

  - la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 5 éléments suivants :
    - un facteur rhumatoïde positif;
    - des érosions au plan radiologique;
    - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
    - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
    - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

    et
  - la maladie doit être toujours active malgré un traitement d'une durée suffisante avec un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (anti-TNFα) inscrit sur les listes de médicaments comme traitement biologique de première intention de la polyarthrite rhumatoïde, ou encore avec un agent biologique possédant un mécanisme d'action différent, inscrit aux mêmes fins, et ce, en cas d'intolérance ou de contre-indication sérieuses aux anti-TNFα.

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

  Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement constatée au cours des premiers 6 mois suivant la dernière perfusion. La réponse au traitement est définie par :

  - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
    - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
    - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
    - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
    - un retour au travail.

  L'administration du traitement suivant est alors possible si la maladie n'est toujours pas en rémission ou si, à la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive.

Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées pour une période minimale de 12 mois et pour un maximum de 2 traitements.

Un traitement est composé de 2 perfusions de rituximab de 1 000 mg chacune.

★ RIVAROXABAN, 10 mg :

- pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une arthroplastie du genou.

  La durée maximale de l'autorisation est de 14 jours.

- pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une arthroplastie de la hanche.

  La durée maximale de l'autorisation est de 35 jours.

★ RIVAROXABAN, 15 mg et 20 mg :

- pour le traitement des personnes atteintes de thrombose veineuse profonde qui ne peuvent recevoir la thérapie constituée d'une héparine suivie d'un traitement par un antagoniste de la vitamine K.

  Le traitement de la thrombose veineuse profonde avec le rivaroxaban doit inclure la dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.

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

- chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire non valvulaire nécessitant une anticoagulothérapie :

  - chez qui l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone ne se trouve pas dans l'écart thérapeutique visé;
    ou
  - pour qui le suivi de l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone n'est pas possible ou n'est pas disponible.

- pour le traitement des personnes atteintes d'une embolie pulmonaire qui ne peuvent recevoir la thérapie constituée d'une héparine suivie d'un traitement par un antagoniste de la vitamine K.

  Le traitement de l'embolie pulmonaire avec le rivaroxaban doit inclure la dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.

RIVASTIGMINE :

- en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

  Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

  - score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou à 28 en présence d'une justification pertinente;
  - confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
    - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
    - humeur;
    - comportement;
    - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
    - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement à la rivastigmine est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où l'inhibiteur de la cholinestérase fait suite à un traitement avec la mémantine, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments qui suivent :

- score au MMSE de 10 ou plus, à moins d'une justification pertinente;
- diminution maximale du score au MMSE de 3 points par période de 6 mois comparativement à l'évaluation antérieure ou une baisse supérieure accompagnée d'une justification pertinente;
- stabilisation ou amélioration des symptômes dans un ou plusieurs des domaines suivants :
  - fonctionnement intellectuel, incluant la mémoire;
  - humeur;
  - comportement;
  - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
  - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

ROSIGLITAZONE (maléate de) :

♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

- en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
- en association avec une sulfonylurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
- lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;
- en association avec la metformine et une sulfonylurée lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;
- présentant une insuffisance rénale.

Toutefois, la rosiglitazone demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 1er octobre 2009 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

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

ROSIGLITAZONE (maléate de) / METFORMINE (chlorhydrate de) :

♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 sous traitement avec la metformine et une thiazolidinedione et dont les doses quotidiennes sont stables depuis au moins trois mois.

Les personnes doivent répondre également aux exigences de l'indication reconnue pour le paiement des thiazolidinediones.

Toutefois, l'association rosiglitazone / metformine demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 1er octobre 2009 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

RUFINAMIDE :

- pour les personnes atteintes du syndrome de Lennox-Gastaut lorsqu'au moins trois antiépileptiques sont contre-indiqués, non tolérés ou inefficaces.

  La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 3 mois.

  Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement soit une diminution du nombre ou de l'intensité des crises convulsives ou une récupération plus rapide après une phase post-ictale. Les demandes subséquentes sont autorisées pour une période de 12 mois.

RUXOLITINIB (phosphate de) :

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

  - une rate palpable à 5 cm ou plus sous le rebord costal gauche accompagnée d'une imagerie de base;
  - une maladie de risque intermédiaire 2 ou de haut risque selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic);
  - un statut de performance selon l'ECOG inférieur ou égal à 3.

  L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par la réduction importante de la splénomégalie confirmée par imagerie ou par l'examen physique et par l'amélioration de la symptomatologie chez les patients symptomatiques initialement. Les autorisations subséquentes sont pour des durées de 6 mois.

  Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 50 mg.

SALBUTAMOL (sulfate de), Pd. pour Inh. :

- pour le traitement des personnes présentant de la difficulté à utiliser un dispositif d'inhalation autre que le dispositif Diskus[MC] ou qui reçoivent déjà un autre médicament au moyen de ce dispositif.

SALMÉTÉROL (xinafoate de) / FLUTICASONE (propionate de) :

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

Les associations de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide et de salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeurent couvertes pour les personnes assurées auprès de la RAMQ qui ont déjà obtenu un remboursement dans les 365 jours précédant le 1er octobre 2003.

- pour le traitement des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, qui ont présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation d'au moins un bronchodilatateur à longue action.

  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.

Il est à noter que cette association (agoniste β2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste β2 à longue action et d'un anticholinergique à longue action.

Toutefois, les associations de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide et de salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeurent couvertes par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé l'un de ces médicaments au cours des 365 jours précédant le 2 février 2015.

SAPROPTÉRINE (dichlorhydrate de) :

- pour les femmes atteintes de phénylcétonurie et qui désirent procréer, une période d'essai de deux mois sera autorisée afin de déterminer celles qui répondent à la saproptérine.

  Par la suite, le médecin devra fournir les preuves suivantes :

  - une réponse à la saproptérine définie par une diminution moyenne de la concentration sérique de phénylalanine d'au moins 30 %;
    et
  - une concentration sérique de phénylalanine supérieure à 360 µmol/l malgré une diète restreinte en phénylalanine.

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

SAXAGLIPTINE :

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

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

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (chlorhydrate de) :

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

  - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
    et
  - lorsque les doses quotidiennes de metformine sont stables depuis au moins trois mois.

SÉCUKINUMAB :

- pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique :

  - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;
    et
  - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI);
    et

- lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
  et
- lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
  - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
    ou
  - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
    ou
  - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

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

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI;
  ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI;
  ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 6 mois.

Les autorisations pour le sécukinumab sont données à raison de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis à tous les mois.

SENNOSIDES A & B :

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

SÉVÉLAMER (carbonate de) :

- comme chélateur du phosphore 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'hyperphosphorémie.

  Il est à noter que le sévélamer ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le lanthane hydraté.

SÉVÉLAMER (chlorhydrate de) :

- comme chélateur du phosphore 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'hyperphosphorémie.

  Il est à noter que le sévélamer ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le lanthane hydraté.

SILDÉNAFIL (citrate de) :

- pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

Les autorisations seront données à raison de 20 mg 3 fois par jour.

SIMÉPRÉVIR SODIQUE :

- en association avec la ribavirine et l'interféron alfa péguylé, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1, qui ne présentent pas la mutation Q80K, non infectées par le VIH-1 et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé.

  L'autorisation est accordée pour une période de 12 semaines.

  La durée totale du traitement, incluant la prise concomitante et subséquente de l'association ribavirine/interféron alfa péguylé, sera de 48 semaines si la charge virale (ARN-VHC) est indétectable à la semaine 24 du traitement.

SITAGLIPTINE :

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

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

SITAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

- pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

  - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
    et
  - lorsque les doses quotidiennes de metformine sont stables depuis au moins trois mois.

SOFOSBUVIR :

- en association avec la ribavirine et l'interféron alfa péguylé, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 1 ou 4, non infectées par le VIH-1 et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le virus de l'hépatite C.

  L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 2, non infectées par le VIH-1 et :

  - qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC;
    ou
  - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa péguylé;
    ou
  - qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé.

  L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 3, non infectées par le VIH-1 et :

- qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa péguylé; ou
- qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa péguylé.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines.

SOLIFÉNACINE (succinate de) :

♦ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace.

SOMATOTROPHINE :

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

- croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25^{e} percentile (calculée sur une période de douze mois au minimum), somatotrophine sérique ou plasmatique inférieure à 8 µg/L lors de deux épreuves de stimulation pharmacologique ou entre 8 et 10 µg/L si les tests sont répétés deux fois à six mois d'intervalle.

  La période d'observation de douze mois ne s'applique pas chez les enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance.

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
- sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

♦ pour le traitement des enfants et adolescents présentant un retard de croissance lié à une insuffisance rénale chronique jusqu'à la transplantation rénale s'ils répondent aux critères suivants :

- croissance non terminée, taux de filtration glomérulaire ≤ 1,25 mL/s/1,73 m^2 (75 mL/min/1,73 m^2) et score Z (HSDS) ≤ -2 écarts-type (score Z = taille comparée à la moyenne des valeurs normales pour l'âge et pour le sexe) ou Δ score Z (HSDS)< 0 écart-type lorsque la taille est plus petite que le 10^{e} percentile (basé sur des périodes d'observation minimales de 6 mois si l'enfant a plus d'un an et de 3 mois pour l'enfant de moins d'un an);
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, on n'observe pas de réponse (pas d'augmentation de Δ du score Z (HSDS) dans les douze premiers mois de traitement);
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, on observe l'ossification des cartilages de conjugaison ou lorsque l'enfant a atteint la taille finale prévue;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

♦ pour le traitement du déficit en hormone de croissance chez les personnes dont la croissance osseuse est terminée s'ils répondent aux critères suivants :

- somatotrophine sérique ou plasmatique entre 0 et 3 µg/L lors d'une épreuve de stimulation pharmacologique.

Chez les personnes présentant un déficit multiple d'hormones hypophysaires, ainsi que pour confirmer une déficience acquise durant l'enfance ou l'adolescence, une seule épreuve de stimulation pharmacologique est nécessaire. Dans le cas d'un déficit isolé en hormone de croissance, une deuxième épreuve est requise.

Le test recommandé est l'hypoglycémie insulinique; si toutefois ce test est contre-indiqué, le test au glucagon peut lui être substitué.

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

♦ pour le traitement du syndrome de Turner :

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

SOMATROPINE :

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

- croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25^{e} percentile (calculée sur une période de douze mois au minimum), somatotrophine sérique ou plasmatique inférieure à 8 µg/L lors de deux épreuves de stimulation pharmacologique ou entre 8 et 10 µg/L si les tests sont répétés deux fois à six mois d'intervalle.

La période d'observation de douze mois ne s'applique pas chez les enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance.

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
- sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

STIRIPENTOL :

♦ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome de Dravet, en association avec le clobazam et le valproate, si ces derniers n'ont pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, ils doivent avoir été titrés de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.
Le médecin traitant doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure le nombre mensuel de crises généralisées.

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

L'autorisation sera renouvelée s'il est démontré que le traitement a permis de réduire d'environ 50 % la fréquence mensuelle des crises généralisées.

Les autorisations subséquentes seront pour des durées maximales de 12 mois.

SUNITINIB (malate de) :

- pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique, chez les personnes avec un statut de performance ECOG ≤ 2 :

  - n'ayant pas répondu au traitement par l'imatinib (résistance primaire);
  - dont le cancer a évolué après avoir manifesté une réponse initiale à l'imatinib (résistance secondaire);
  - qui présentent une intolérance à l'imatinib.

  L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois.

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'une réponse complète, partielle ou d'une stabilisation de la maladie, confirmée par imagerie. De plus, le statut de performance selon l'ECOG devra demeurer ≤ 2. Les autorisations subséquentes seront également pour des durées maximales de 6 mois.

  Les autorisations sont données à raison d'une dose quotidienne de 50 mg pendant 4 semaines à toutes les 6 semaines.

- pour le traitement de première intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

  L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 3 cycles (18 semaines).

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'une réponse complète, partielle ou d'une stabilisation de la maladie, confirmée par imagerie dans les 6 semaines avant la fin de l'autorisation en cours. De plus, le statut de performance selon l'ECOG devra demeurer à 0 ou 1. Les autorisations subséquentes seront également pour des durées maximales de 3 cycles (18 semaines).

  Les autorisations sont données à raison d'une dose quotidienne de 50 mg pendant 4 semaines à toutes les 6 semaines.

- pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien différenciées, non résécables et évolutives, à un stade avancé ou métastatique chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1.

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

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer à 0 ou 1. Les autorisations subséquentes sont pour des durées de 6 mois.

  Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 37,5 mg.

  Il est à noter que le sunitinib n'est pas autorisé en association avec l'évérolimus, ni à la suite d'un échec avec l'évérolimus si ce dernier a été administré pour le traitement de cette condition.

TACROLIMUS, Pom. Top. :

- pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement avec un corticostéroïde topique.

- pour le traitement de la dermatite atopique chez l'adulte, lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance intermédiaire ou plus, ou bien lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance faible au visage.

TADALAFIL :

- pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

  Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

  Les autorisations seront données à raison de 40 mg une fois par jour.

TÉMOZOLOMIDE :

- pour le traitement des personnes atteintes d'un astrocytome anaplasique ou d'un glioblastome multiforme et présentant, après l'administration d'un traitement de première intention, une récidive ou l'évolution de la maladie.

- pour le traitement de première intention des personnes atteintes d'un glioblastome multiforme, en association avec la radiothérapie.

TÉRIFLUNOMIDE :

- pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, diagnostiquée selon les critères de McDonald (2010), ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

  L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

TÉRIPARATIDE :

- pour le traitement de l'ostéoporose sévère chez les femmes ménopausées :

  - dont l'ostéoporose fracturaire est documentée par un score T inférieur ou égal à - 3,0;
    et
  - qui présentent une réponse inadéquate à la prise continue d'un bisphosphonate (ou de raloxifène, si un bisphosphonate est contre-indiqué), c'est-à-dire qui présentent les caractéristiques suivantes :
    - nouvelle fracture de fragilisation à la suite de la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 12 mois;
      ou
    - une diminution significative de la densité minérale osseuse, sous le score T observé en prétraitement, malgré la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 24 mois.

  La durée maximale de l'autorisation est de 18 mois.

THALIDOMIDE :

- en association avec le melphalan et la prednisone, pour le traitement de première intention du myélome multiple, chez des personnes non candidates à la greffe de cellules souches.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie documentée par chacun des 3 éléments suivants. La maladie est en progression dès qu'un des éléments est satisfait. La progression de la maladie se définit pour chacun d'eux de la façon suivante :

- une augmentation ≥ 25 % (par rapport au résultat observé au début du traitement) :
  - de la protéine monoclonale sérique (l'augmentation absolue doit être ≥ 5 g/l);
  - de la protéine monoclonale urinaire (l'augmentation absolue doit être ≥ 200 mg par 24 heures);
  - de la différence entre les chaînes légères libres (l'augmentation absolue doit être ≥ 100 mg/l);
  - des plasmocytes médullaires (l'augmentation absolue doit être ≥ 10 %).

  Parmi les 4 dosages ci-dessus, le médecin devra fournir le résultat du test qu'il juge le plus approprié pour la personne traitée.

- une augmentation des lésions osseuses ou des plasmocytomes;
- l'apparition d'une hypercalcémie définie par une calcémie corrigée > 2,8 mmol/l sans autre cause apparente.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 6 mois.

Il est à noter que le thalidomide ne sera pas autorisé en association avec le bortézomib.

★ TICAGRÉLOR :

♦ lors d'un syndrome coronarien aigu, pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

★ TIGÉCYCLINE :

♦ pour le traitement des infections compliquées cutanées polymicrobiennes prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM) :

- nécessitant une antibiothérapie ciblant simultanément le SARM et les bactéries Gram négatif;
  et
- lorsque la vancomycine en combinaison avec un autre antibiotique est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.

♦ pour le traitement des infections compliquées intra-abdominales, en cas d'échec, de contre-indication ou d'intolérance à un traitement de première intention.

TIPRANAVIR :

♦ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH :

- qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant la delavirdine, l'éfavirenz ou la névirapine, à moins d'une résistance primaire à l'un de ceux-ci, qui s'est soldée :
  - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
    ou
  - par une intolérance sérieuse à l'un de ces agents, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral;

  et

- qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un autre inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
  - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
    ou
  - par une intolérance sérieuse à au moins trois inhibiteurs de la protéase, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral.

Dans le cas où une thérapie incluant un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ne peut être utilisée en raison d'une résistance primaire à la delavirdine, à l'éfavirenz ou à la névirapine, l'essai d'au moins deux thérapies incluant chacune un inhibiteur de la protéase est nécessaire et elles doivent s'être soldées par les mêmes conditions que celles énumérées précédemment.

♦ pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre l'absence de sensibilité aux autres inhibiteurs de la protéase, jumelée à une résistance pour l'une ou l'autre des classes des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, ou aux deux, et :

- dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL;
  et
- dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/µL;
  et
- pour qui l'utilisation du tipranavir est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

TIZANIDINE (chlorhydrate de) :

♦ pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré.

TOBRAMYCINE (sulfate de), Sol. pour Inh. et Pd. pour Inh. :

♦ chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à *Pseudomonas aeruginosa* lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation.

TOCILIZUMAB :

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

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au plan radiologique;
  - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données à raison d'une dose maximale de 8 mg/kg à toutes les 4 semaines.

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

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 2 éléments suivants :
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m^2 ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication;

  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec un agent modulateur de la réponse biologique titré de façon optimale pendant au moins 5 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
  - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
  - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
  - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données à raison de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

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

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir eu, avant le début du traitement, 1 articulation ou plus avec synovite active et l'un des 3 éléments suivants :
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
  - un autre signe d'inflammation chronique tel que : anémie, thrombocytose, leucocytose;

  et
- présenter au moins une atteinte systémique parmi les suivantes :
  - persistance d'épisodes de fièvre (≥ 38°C);
  - éruption cutanée typique;
  - adénomégalie, hépatomégalie ou splénomégalie;
  - inflammation ou épanchement séreux.

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

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

- présenter deux des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
  - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
  - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
  - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées;

  et
- disparition des épisodes de fièvre.

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données à raison de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

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

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 2 éléments suivants :
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

  et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m^2 ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
  - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
  - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
  - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données à raison de 10 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et de 8 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

TOCOPHÉRYLE (acétate de dl-alpha) :

- pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E.

TOFACITINIB :

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

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au plan radiologique;
  - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

  et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. L'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour le tofacitinib sont données à raison 5 mg 2 fois par jour.

TOLTÉRODINE (l-tartrate de) :

♦ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace.

TOXINE BOTULINIQUE DE TYPE A SANS PROTÉINES COMPLEXANTES :

♦ pour le traitement de la dystonie cervicale, du blépharospasme et d'autres conditions graves de spasticité.

TRAMÉTINIB :

♦ en monothérapie pour le traitement d'un mélanome non résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, en première intention ou en deuxième intention à la suite d'une chimiothérapie, chez les personnes :

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

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

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer à 0 ou 1. Les autorisations subséquentes sont pour des durées de 4 mois.

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

  Il est à noter que la prise de tramétinib n'est pas autorisée à la suite d'un échec avec un inhibiteur BRAF si ce dernier a été administré pour le traitement de cette condition.

TRANDOLAPRIL / VÉRAPAMIL (chlorhydrate de) :

♦ pour les personnes déjà sous traitement avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et le vérapamil pris séparément.

TRAVOPROST / TIMOLOL (maléate de) :

♦ pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomateux en monothérapie est insuffisant.

TREPROSTINIL SODIQUE :

♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III ou IV de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins oeuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

TRÉTINOÏNE, Cr. Top. et Gel Top. :

- pour le traitement de l'acné ou d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

TROSPIUM (chlorure de) :

- pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace.

UROFOLLITROPINE :

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

USTEKINUMAB :

- pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique :

  - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;
    et
  - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI);
    et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
    et
  - lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
    - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
      ou
    - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
      ou
    - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

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

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

  - une amélioration d'au moins 75 % du score PASI;
    ou
  - une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI;
    ou
  - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI.

  Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 6 mois.

Les autorisations pour l'ustekinumab sont données pour une dose de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis aux 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave :

- lorsque les anti-TNFα figurant dans la liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions sont contre-indiqués. Dans ce cas, les conditions requises pour accorder la première autorisation de l'ustekinumab sont les mêmes que celles lors de l'instauration d'un traitement avec les anti-TNFα excluant l'infliximab, et ce, en tenant compte qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique;
  ou
- lorsqu'un traitement avec un anti-TNFα figurant dans la liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions n'a pas permis un contrôle optimal de celle-ci ou n'a pas été toléré. L'anti-TNFα doit avoir été utilisé conformément aux indications qui lui sont reconnues dans cette liste pour cette pathologie, et ce, en tenant compte qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 7 mois.

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
  - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'ustekinumab sont données pour une dose de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

★ VALGANCICLOVIR (chlorhydrate de) :

♦ pour le traitement de la rétinite à cytomégalovirus (CMV) chez les personnes immunodéficientes.

♦ pour la prophylaxie de l'infection à CMV chez les personnes D+R- ayant subi une transplantation d'organe solide et chez les personnes D+R+ ou D-R+ ayant eu une greffe pulmonaire.

La durée maximale de l'autorisation est de 100 jours.

♦ pour la prophylaxie de l'infection à CMV chez les personnes D+R-, D+R+ et D-R+ ayant subi une transplantation d'organe solide lorsqu'ils reçoivent des anticorps antilymphocytes.

La durée maximale de chaque autorisation est de 100 jours.

♦ pour le traitement préemptif (en présence de réplication virale documentée du CMV) de l'infection à CMV chez les personnes D+R-, D+R+ et D-R+ ayant subi une transplantation d'organe solide.

La durée maximale de l'autorisation est de 100 jours par épisode.

VÉMURAFÉNIB :

- en monothérapie pour le traitement de première intention d'un mélanome non résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 :

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

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

  Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique. Le statut de performance selon l'ECOG doit demeurer à 0 ou 1. Les autorisations subséquentes sont pour des durées de 4 mois.

  Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 1 920 mg.

Toutefois, le vémurafénib demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014, en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de la progression de la maladie et que le statut de performance selon l'ECOG demeure à 0 ou 1.

VERTÉPORFINE :

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

- pour le traitement de la myopie pathologique avec néovascularisation.

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

★ VORICONAZOLE, Co. :

- pour le traitement de l'aspergillose invasive. L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 3 mois. Lors d'une demande subséquente l'autorisation pourra être renouvelée sur présentation d'une justification pertinente.

- 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.

★ VORICONAZOLE, Pd. Perf. I.V. :

- pour le traitement de l'aspergillose invasive.

- pour le traitement de la candidémie chez les personnes non neutropéniques qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B.

★ ZANAMIVIR :

- pour le traitement de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :

- chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement;
- chez les personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (selon la définition du MSSS);
- chez les femmes enceintes qui sont au 2e ou 3e trimestre de grossesse (13 semaines ou plus).

La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :

- 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;
- le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures).

Les maladies chroniques sont définies ainsi :

- 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;
- 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);
- 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).

♦ pour la prophylaxie de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :

- chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement en contact étroit avec une personne infectée (cas index).

La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :

- 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;
- le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures).

Les maladies chroniques sont définies ainsi :

- 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;
- 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);
- 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).

ZOLÉDRONIQUE (acide), Sol. Perf. I.V. 4 mg/5 mL :

♦ pour le traitement de l'hypercalcémie d'origine tumorale lors d'inefficacité ou d'intolérance au pamidronate.

- pour la prévention des événements osseux chez les personnes présentant un cancer du sein avec métastase osseuse lors d'intolérance au pamidronate.

- pour la prévention des évènements osseux chez les personnes présentant un myélome multiple avec lésions osseuses lors d'intolérance au pamidronate.

Sans égard aux indications de paiement énoncées ci-dessus, l'acide zolédronique est couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 28 avril 2004.

Pour ce qui est des personnes visées au paragraphe précédent et assurées par la RAMQ, celles-ci n'auront pas à transmettre le formulaire « Demande d'autorisation – médicament d'exception ». La RAMQ en supportera le coût sans autre formalité si elle l'a déjà fait au cours de la période précitée.

ZOLÉDRONIQUE (acide), Sol. Perf. I.V. 5 mg/100 mL :

- pour le traitement de la maladie de Paget.

- pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

ANNEXE V

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

10:00
antinéoplasiques

leuprolide (acétate de)

28:28
autres psychotropes

lithium (carbonate de)

36:26
diabète sucré

réactif quantitatif du glucose dans le sang

36:88.12
cétones

réactif semi-quantitatif de l'acétone

36:88.40
sucre

réactif semi-quantitatif du glucose

36:88.92
divers

réactif semi-quantitatif de l'acétone et du glucose

56:36
anti-inflammatoires gastro-intestinaux

5-aminosalicylique (acide)	Co. Ent.
5-aminosalicylique (acide)	Co. L.A.

68:20.08
insulines

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

68:36.04
thyroïdiens

lévothyroxine sodique

84:92
peau et muqueuses, divers

hydrogel

86:16
respiratoires

théophylline Co. L.A.

92:00
autres médicaments

allergènes (extraits aqueux glycerinés d')
allergènes (extraits aqueux glycerinés non normalisés et normalisés d')
allergènes (extraits aqueux glycerinés normalisés d')
allergènes (extraits précipités à l'alun)
allergènes(extraits aqueux d')
diluant à l'albumine
protéines de venin d'hyménoptères
venins d'hyménoptères

92:44
Immunosuppresseurs

cyclosporine

médicaments d'exception

méthylphénidate (chlorhydrate de)	Co. L.A. (12 h)
pansement absorbant - chlorure de sodium	
pansement absorbant - fibres gélifiantes	
pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association	
pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne	
pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes	
pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association	
pansement antimicrobien - argent	
pansement antimicrobien - iode	
pansement antimicrobien bordé - argent	
pansement anti-odeur - charbon activé	
pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane	
pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane	
pansement interface - polyamide ou silicone	

Légende

Symboles utilisés dans cette liste

Ⓝ Médicament assujetti au Règlement sur les stupéfiants (C.R.C., ch. 1041).

Médicament de l'annexe F du Règlement sur les aliments et drogues.

Drogue contrôlée faisant partie de la partie G du Règlement sur les aliments et drogues (C.R.C., ch. 870).

Médicament assujetti au Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées (DORS/2000-217).

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

\+ Médicament ajouté par rapport à l'édition précédente.

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

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

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

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

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

Identifie le prix maximum payable.

4:00
ANTIHISTAMINIQUES

4:04	**antihistaminiques de première génération**
4:04.04	dérivés éthanolamine
4:04.16	dérivés pipérazine

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

4:00
ANTIHISTAMINIQUES
KÉTOTIFÈNE (FUMARATE DE) P

Co. 1 mg

	00577308	*Zaditen*	Teva Can	100	38,00	0,3800

Sir. 1 mg/5 mL

*	02176084	*Novo-Ketotifen*	Novopharm	250 ml	33,25	R

4:04.04
DÉRIVÉS ÉTHANOLAMINE
DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Inj. 50 mg/mL **PPB**

	00596612	*Diphenhydramine (chlorhydrate de)*	Sandoz	1 ml	➡	4,04	
	00878200	*pms-Diphenhydramine*	Phmscience	10 ml		11,50	➡ 1,1500

4:04.16
DÉRIVÉS PIPÉRAZINE
FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE) P

Caps. 5 mg

	02246082	*Flunarizine*	AA Pharma	60		43,22	⬆ 0,5522
				100		72,04	⬆ 0,5520

8:00
ANTI-INFECTIEUX

8:08 **anthelmintiques**
8:12 **antibactériens**
8:12.02 aminosides
8:12.06 céphalosporines
8:12.07 divers bêta-lactames
8:12.08 chloramphénicol
8:12.12 macrolides
8:12.16 pénicillines
8:12.18 quinolones
8:12.20 sulfamidés
8:12.24 tétracyclines
8:12.28 autres antibactériens
8:14 **antifongiques**
8:14.04 allylamines
8:14.08 azoles
8:14.28 polyènes
8:16 **antimycobactériens**
8:16.04 antituberculeux
8:16.92 divers antimycobactériens
8:18 **antiviraux**
8:18.04 adamantanes
8:18.08 antirétroviraux
8:18.20 interférons
8:18.32 analogues des nucléosides et des nucléotides
8:30 **antiprotozoaires**
8:30.04 amoebicides
8:30.08 antipaludéens
8:30.92 divers antiprotozoaires
8:36 **anti-infectieux urinaires**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:08
ANTHELMINTIQUES
MÉBENDAZOLE

Co. — 100 mg

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

PRAZIQUANTEL

Co. — 600 mg

02230897	*Biltricide*	Bayer	6	34,68	5,7800

PYRANTEL (PAMOATE DE)

Co. — 125 mg

02380617	*Jamp-Pyrantel Pamoate*	Jamp	10	11,20	1,1200

8:12.02
AMINOSIDES
AMIKACINE (SULFATE D')

Sol. Inj. — 250 mg/mL

02242971	*Amikacine (Sulfate d')*	Sandoz	2 ml	53,69	

STREPTOMYCINE (SULFATE DE)

Pd. Inj. — 1 g

02243660	*Streptomycin*	Sterimax	1	44,15	

TOBRAMYCINE (SULFATE DE)

Sol. Inj. — 40 mg/mL **PPB**

02420287	*Jamp-Tobramycin (avec agent de conservation)*	Jamp	2 ml 30 ml	➡ 4,45 ➡ 69,75	
02230640	*Tobramycin*	PPC	2 ml 30 ml	➡ 4,45 ➡ 69,75	
02382814	*Tobramycin Injection, USP*	Mylan	2 ml 30 ml	➡ 4,45 ➡ 69,75	
99005069	*Tobramycine (sans préservatif)*	Sandoz	2 ml	➡ 4,45	
02241210	*Tobramycine (sulfate de)*	Sandoz	2 ml 30 ml	➡ 4,45 ➡ 69,75	

8:12.06
CÉPHALOSPORINES
CÉFACLOR

Caps. — 250 mg

00465186	*Ceclor*	Pendopharm	100	102,07	➡	0,9874

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				500 mg	
00465194	*Ceclor*	Pendopharm	100	200,40 ⬆	1,9652
Susp. Orale				125 mg/5 mL	
00465208	*Ceclor*	Pendopharm	100 ml	10,89 ⬆	0,1056
			150 ml	16,34 ⬆	0,1056
Susp. Orale				250 mg/5 mL	
00465216	*Ceclor*	Pendopharm	100 ml	19,93 ⬆	0,1930
			150 ml	29,90 ⬆	0,1930
Susp. Orale				375 mg/5 mL	
00832804	*Ceclor*	Pendopharm	70 ml	20,10 ⬆	0,2047
			100 ml	28,72 ⬆	0,2047
CÉFADROXIL (MONOHYDRATE DE) F					
Caps.				500 mg **PPB**	
02240774	*Apo-Cefadroxil*	Apotex	100	84,21 ➡	0,8421
02235134	*Novo-Cefadroxil*	Novopharm	100	84,21 ➡	0,8421
02311062	*Pro-Cefadroxil-500*	Pro Doc	100	84,21 ➡	0,8421
CÉFAZOLINE SODIQUE F					
Pd. Inj.				1 g **PPB**	
02108127	*Céfazoline*	Novopharm	10	32,31 ➡	3,2310
02297205	*Céfazoline pour injection*	Apotex	10	32,31 ➡	3,2310
02237138	*Céfazoline pour injection*	PPC	10	32,31 ➡	3,2310
02308959	*Céfazoline pour injection*	Sandoz	10	32,31 ➡	3,2310
Pd. Inj.				10 g **PPB**	
02108135	*Cefazolin*	Teva Can	1	➡ 30,15	
02297213	*Céfazoline pour injection*	Apotex	10	301,50 ➡	30,1500
02237140	*Céfazoline pour injection*	PPC	10	301,50 ➡	30,1500
02308967	*Céfazoline pour injection*	Sandoz	1	➡ 30,15	
+ 02437120	*Céfazoline pour injection*	Sterimax	10	301,50 ➡	30,1500
Pd. Inj.				500 mg **PPB**	
02108119	*Céfazoline*	Novopharm	10	25,00 ➡	2,5000
02237137	*Céfazoline pour injection*	PPC	25	62,50 ➡	2,5000
02308932	*Céfazoline pour injection*	Sandoz	10	25,00 ➡	2,5000
CÉFÉPIME (CHLORHYDRATE DE) F					
Pd. Inj.				2 g	
* 02319039	*Céfépime pour injection*	Apotex	10	251,15	25,1150

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CEFIXIME P

Co. 400 mg **PPB**

02432773	*Auro-Cefixime*	Aurobindo	7	19,41	➧ 2,7729
			10	27,73	➧ 2,7730
00868981	*Suprax*	SanofiAven	7	22,84	3,2629
			10	32,63	3,2630

Susp. Orale 100 mg/5 mL

00868965	*Suprax*	SanofiAven	50 ml	18,32	0,3664

CÉFOTAXIME SODIQUE P

Pd. Inj. 1 g **PPB**

02434091	*Céfotaxime sodique pour injection BP*	Sterimax	10	95,80	➧ 9,5800
02225093	*Claforan*	SanofiAven	1	➧ 9,58	

Pd. Inj. 2 g **PPB**

02434105	*Céfotaxime sodique pour injection BP*	Sterimax	10	191,80	➧ 19,1800
02225107	*Claforan*	SanofiAven	1	➧ 19,18	

Pd. Inj. 500 mg

02225085	*Claforan*	SanofiAven	1	6,09	

CEFPROZIL P

Co. 250 mg **PPB**

02292998	*Apo-Cefprozil*	Apotex	100	43,32	➧ 0,4332
02347245	*Auro-Cefprozil*	Aurobindo	100	43,32	➧ 0,4332
02163659	*Cefzil*	B.M.S.	100	168,94	1,6894
02293528	*Ran-Cefprozil*	Ranbaxy	100	43,32	➧ 0,4332
02302179	*Sandoz Cefprozil*	Sandoz	100	43,32	➧ 0,4332

Co. 500 mg **PPB**

02293005	*Apo-Cefprozil*	Apotex	100	84,94	➧ 0,8494
02347253	*Auro-Cefprozil*	Aurobindo	100	84,94	➧ 0,8494
02163667	*Cefzil*	B.M.S.	100	331,23	3,3123
02293536	*Ran-Cefprozil*	Ranbaxy	100	84,94	➧ 0,8494
02302187	*Sandoz Cefprozil*	Sandoz	100	84,94	➧ 0,8494

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			125 mg/5 mL	**PPB**	
02293943	*Apo-Cefprozil*	Apotex	75 ml	4,44 ➡	0,0592
			100 ml	5,92 ➡	0,0592
02347261	*Auro-Cefprozil*	Aurobindo	75 ml	4,44 ➡	0,0592
			100 ml	5,92 ➡	0,0592
02163675	*Cefzil*	B.M.S.	75 ml	12,38	0,1651
			100 ml	16,50	0,1650
02303426	*Sandoz Cefprozil*	Sandoz	75 ml	4,44 ➡	0,0592
			100 ml	5,92 ➡	0,0592
Susp. Orale			250 mg/5 mL	**PPB**	
02293951	*Apo-Cefprozil*	Apotex	75 ml	8,89 ➡	0,1185
			100 ml	11,85 ➡	0,1185
02347288	*Auro-Cefprozil*	Aurobindo	75 ml	8,89 ➡	0,1185
			100 ml	11,85 ➡	0,1185
02163683	*Cefzil*	B.M.S.	75 ml	24,76	0,3301
			100 ml	33,01	0,3301
02303434	*Sandoz Cefprozil*	Sandoz	75 ml	8,89 ➡	0,1185
			100 ml	11,85 ➡	0,1185
CEFTAZIDIME (PENTAHYDRATE DE) P					
Pd. Inj.				1 g **PPB**	
00886971	*Ceftazidime pour injection*	PPC	1	➡ 18,85	
+ 02437848	*Ceftazidime pour injection BP*	Sterimax	10	188,50 ➡	18,8500
02212218	*Fortaz*	GSK	1	21,35	
Pd. Inj.				2 g **PPB**	
00886955	*Ceftazidime pour injection*	PPC	1	➡ 37,10	
+ 02437856	*Ceftazidime pour injection BP*	Sterimax	10	371,00 ➡	37,1000
02212226	*Fortaz*	GSK	1	42,00	
Pd. Inj.				6 g **PPB**	
00886963	*Ceftazidime pour injection*	PPC	1	➡ 111,29	
+ 02437864	*Ceftazidime pour injection BP*	Sterimax	1	➡ 111,29	
02212234	*Fortaz*	GSK	1	125,99	
CEFTIZOXIME SODIQUE P					
Pd. Inj.				1 g	
01919490	*Cefizox*	GSK	1	10,00	10,0000
Pd. Inj.				2 g	
01919504	*Cefizox*	GSK	1	20,00	20,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CEFTRIAXONE SODIQUE F

Pd. Inj.

				1 g PPB	
02325616	*Ceftriaxone*	Sterimax	10	124,90	12,4900
02292874	*Ceftriaxone pour injection*	Apotex	10	124,90	12,4900
02292270	*Ceftriaxone pour injection*	Sandoz	10	124,90	12,4900
02250292	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Hospira	10	124,95	12,4950
02287633	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Novopharm	1	12,49	

Pd. Inj.

				2 g PPB	
02325624	*Ceftriaxone*	Sterimax	10	241,30	24,1300
02292882	*Ceftriaxone pour injection*	Apotex	10	241,30	24,1300
02292289	*Ceftriaxone pour injection*	Sandoz	10	241,30	24,1300
02250306	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Hospira	10	241,40	24,1400

Pd. Inj.

				10 g PPB	
02325632	*Ceftriaxone*	Sterimax	1	183,60	
02292904	*Ceftriaxone pour injection*	Apotex	1	183,60	
02292815	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Hospira	1	183,60	
02287668	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Novopharm	1	183,60	
02292297	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Sandoz	1	183,60	

Pd. Inj.

				250 mg PPB	
02292866	*Ceftriaxone pour injection*	Apotex	10	39,50	3,9500
02250276	*Ceftriaxone sodique pour injection*	Hospira	10	39,51	3,9510
02325594	*Ceftriaxone sodique pour injection BP*	Sterimax	10	39,50	3,9500

CÉFUROXIME AXETIL F

Co.

				250 mg PPB	
02244393	*Apo-Cefuroxime*	Apotex	100	72,37	0,7237
02344823	*Auro-Cefuroxime*	Aurobindo	60	43,42	0,7237
02212277	*Ceftin*	GSK	60	93,72	1,5620
02242656	*ratio-Céfuroxime*	Ratiopharm	60	43,42	0,7237

Co.

				500 mg PPB	
02244394	*Apo-Cefuroxime*	Apotex	100	143,37	1,4337
02344831	*Auro-Cefuroxime*	Aurobindo	60	86,02	1,4337
02212285	*Ceftin*	GSK	60	185,67	3,0945
02311453	*Pro-Cefuroxime*	Pro Doc	100	143,37	1,4337
02242657	*ratio-Céfuroxime*	Ratiopharm	60	86,02	1,4337

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale				125 mg/5 mL	
02212307	*Ceftin*	GSK	70 ml 100 ml	11,57 16,52	0,1653 0,1652

CÉFUROXIME SODIQUE F

Pd. Inj.				1,5 g **PPB**	
* 02241639	*Céfuroxime pour injection*	PPC	1	➡ 28,04	
+ 02422301	*Céfuroxime pour injection USP*	Sterimax	25	701,00 ➡	28,0400

Pd. Inj.				7,5 g **PPB**	
* 02241640	*Céfuroxime pour injection*	PPC	1	➡ 105,14	
+ 02422328	*Céfuroxime pour injection USP*	Sterimax	10	1051,40 ➡	105,1400

Pd. Inj.				750 mg **PPB**	
* 02241638	*Céfuroxime pour injection*	PPC	1	➡ 14,01	
+ 02422298	*Céfuroxime pour injection USP*	Sterimax	25	350,25 ➡	14,0100

CÉPHALEXINE (MONOHYDRATE DE) F

Co. ou Caps.				250 mg **PPB**	
00768723	*Apo-Cephalex*	Apotex	100	22,50 ➡	0,2250
			1000	225,00 ➡	0,2250
00342084	*Novo-Lexin*	Novopharm	100	22,50 ➡	0,2250
00583413	*Novo-Lexin (Co.)*	Novopharm	100	22,50 ➡	0,2250
			1000	225,00 ➡	0,2250

Co. ou Caps.				500 mg **PPB**	
00768715	*Apo-Cephalex*	Apotex	100	45,00 ➡	0,4500
			500	225,00 ➡	0,4500
00828866	*Céphalexin-500*	Pro Doc	100	45,00 ➡	0,4500
			500	225,00 ➡	0,4500
00342114	*Novo-Lexin*	Novopharm	100	45,00 ➡	0,4500
			500	225,00 ➡	0,4500
00583421	*Novo-Lexin (Co.)*	Novopharm	100	45,00 ➡	0,4500
			500	225,00 ➡	0,4500

Susp. Orale				125 mg/5 mL	
00342106	*Novo-Lexin 125*	Novopharm	100 ml 150 ml	4,57 6,86	0,0457 0,0457

Susp. Orale				250 mg/5 mL	
00342092	*Novo-Lexin 250*	Novopharm	100 ml 150 ml	9,48 14,22	0,0948 0,0948

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:12.07
DIVERS BÊTA-LACTAMES

CÉFOXITINE SODIQUE

Pd. Inj.

				1 g PPB	
02128187	*Cefoxitine*	Novopharm	1	10,60	
02291711	*Céfoxitine pour injection*	Apotex	10	106,00	10,6000

Pd. Inj.

				2 g PPB	
02128195	*Cefoxitine*	Novopharm	1	21,25	
02291738	*Céfoxitine pour injection*	Apotex	10	212,50	21,2500

DORIPÉNEM

Pd. Perf. I.V.

				500 mg	
* 02332906	*Doribax*	Janss. Inc	1	32,46	R

ERTAPÉNEM SODIQUE

Pd. Inj.

				1 g	
02247437	*Invanz*	Merck	10	499,50	49,9500

IMIPÉNEM/ CILASTATINE SODIQUE

Pd. Inj. I.V.

				500 mg -500 mg	
00717282	*Primaxin*	Merck	25	609,50	24,3800

MEROPENEM

Pd. Inj.

				1 g PPB	
02378795	*Meropenem*	Sandoz	10	272,80	27,2800
+ 02436507	*Méropénem pour injection USP*	Sterimax	10	272,80	27,2800
02415224	*Méropénem pour injection, USP*	PPC	1	27,28	
02218496	*Merrem*	AZC	1	50,52	

Pd. Inj.

				500 mg PPB	
02378787	*Meropenem*	Sandoz	10	136,40	13,6400
02415216	*Méropénem pour injection, USP*	PPC	1	13,64	
02218488	*Merrem*	AZC	1	25,26	

8:12.08
CHLORAMPHÉNICOL

CHLORAMPHÉNICOL (SUCCINATE SODIQUE DE)

Pd. Inj.

				1 g	
00312363	*Chloromycetin*	Erfa	1	4,90	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:12.12
MACROLIDES
AZITHROMYCINE

Co. — 250 mg **PPB**

*	02255340	*ACT Azithromycin*	ActavisPhm	6	7,39	➡	1,2311
				100	123,10	➡	1,2310
	02247423	*Apo-Azithromycin*	Apotex	6	7,39	➡	1,2311
				100	123,10	➡	1,2310
	02415542	*Apo-Azithromycin Z*	Apotex	6	7,39	➡	1,2311
				100	123,10	➡	1,2310
	02330881	*Azithromycin*	Sanis	6	7,39	➡	1,2311
				30	36,93	➡	1,2310
	02274531	*GD-Azithromycin*	GenMed	18	22,16	➡	1,2311
				30	36,93	➡	1,2310
	02278359	*Mylan-Azithromycin*	Mylan	6	7,39	➡	1,2311
				30	36,93	➡	1,2310
	02267845	*Novo-Azithromycin*	Novopharm	6	7,39	➡	1,2311
				30	36,93	➡	1,2310
	02278588	*phl-Azithromycin*	Pharmel	6	7,39	➡	1,2311
				100	123,10	➡	1,2310
	02261634	*pms-Azithromycin*	Phmscience	6	7,39	➡	1,2311
				100	123,10	➡	1,2310
	02310600	*Pro-Azithromycine*	Pro Doc	6	7,39	➡	1,2311
	02275287	*ratio-Azithromycin*	Ratiopharm	6	7,39	➡	1,2311
				100	123,10	➡	1,2310
	02275309	*Riva-Azithromycin*	Riva	6	7,39	➡	1,2311
				100	123,10	➡	1,2310
	02265826	*Sandoz Azithromycin*	Sandoz	6	7,39	➡	1,2311
				100	123,10	➡	1,2310
	02212021	*Zithromax*	Pfizer	30	146,41		4,8803

Co. — 600 mg **PPB**

*	02256088	*ACT Azithromycin*	ActavisPhm	6	36,00	➡	6,0000
	02330911	*Azithromycin*	Sanis	6	36,00	➡	6,0000
	02261642	*pms-Azithromycin*	Phmscience	30	180,00	➡	6,0000

Pd. Perf. I.V. — 500 mg **PPB**

	02385473	*Azithromycin for Injection, USP*	Mylan	10	145,60	➡	14,5600
*	02297566	*Azithromycin pour Injection*	Teva Can	1	14,56		**R**
	02368846	*Azithromycine pour injection, USP*	Sterimax	10	145,60	➡	14,5600
	02239952	*Zithromax I.V.*	Pfizer	10	206,44		20,6440

Susp. Orale — 100 mg/5 mL **PPB**

02274388	*Azithromycin*	Phmscience	15 ml	5,59	➡	0,3727
02274566	*GD-Azithromycin*	GenMed	15 ml	5,59	➡	0,3727
02315157	*Novo-Azithromycin Pediatric*	Novopharm	15 ml	5,59	➡	0,3727
02418452	*pms-Azithromycin*	Phmscience	15 ml	5,59	➡	0,3727
02332388	*Sandoz Azithromycin*	Sandoz	15 ml	5,59	➡	0,3727
02223716	*Zithromax*	Pfizer	15 ml	16,17		1,0780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			200 mg/5 mL **PPB**		
02274396	*Azithromycin*	Phmscience	15 ml	7,92	0,5280
			22,5 ml	11,88	0,5280
02274574	*GD-Azithromycin*	GenMed	15 ml	7,92	0,5280
			22,5 ml	11,88	0,5280
02315165	*Novo-Azithromycin Pediatric*	Novopharm	15 ml	7,92	0,5280
			22,5 ml	11,88	0,5280
02418460	*pms-Azithromycin*	Phmscience	15 ml	7,92	0,5280
			22,5 ml	11,88	0,5280
02332396	*Sandoz Azithromycin*	Sandoz	15 ml	7,92	0,5280
			22,5 ml	11,88	0,5280
			37,5 ml	19,80	0,5280
02223724	*Zithromax*	Pfizer	15 ml	22,92	1,5280
			22,5 ml	34,37	1,5276

CLARITHROMYCINE P

Co.			500 mg **PPB**		
02274752	*Apo-Clarithromycin*	Apotex	100	162,92	1,6292
02126710	*Biaxin Bid*	BGP Pharma	100	326,62	3,2662
02324490	*Clarithromycin*	Pro Doc	100	162,92	1,6292
02248857	*Mylan-Clarithromycin*	Mylan	100	162,92	1,6292
02247574	*pms-Clarithromycin*	Phmscience	100	162,92	1,6292
			250	407,30	1,6292
02361434	*Ran-Clarithromycin*	Ranbaxy	100	162,92	1,6292
			500	814,60	1,6292
02247819	*ratio-Clarithromycin*	Ratiopharm	100	162,92	1,6292
			500	814,60	1,6292
02346532	*Riva-Clarithromycine*	Riva	100	162,92	1,6292
			250	407,30	1,6292
02266547	*Sandoz Clarithromycin*	Sandoz	100	162,92	1,6292
			250	407,30	1,6292
02248805	*Teva Clarithromycin*	Teva Can	100	162,92	1,6292

Co. ou Co. L.A.			250 mg / 500 mg L.A. **PPB**		
02403196	*ACT Clarithromycin XL*	ActavisPhm	60	49,46	0,8243
02274744	*Apo-Clarithromycin*	Apotex	100	41,22	0,4122
02413345	*Apo-Clarithromycin XL*	Apotex	100	82,43	0,8243
01984853	*Biaxin Bid*	BGP Pharma	100	161,27	1,6127
02244756	*Biaxin XL*	BGP Pharma	60	150,86	2,5143
02324482	*Clarithromycin*	Pro Doc	100	41,22	0,4122
02248856	*Mylan-Clarithromycin*	Mylan	100	41,22	0,4122
			500	206,09	0,4122
02247573	*pms-Clarithromycin*	Phmscience	100	41,22	0,4122
			250	103,05	0,4122
02361426	*Ran-Clarithromycin*	Ranbaxy	100	41,22	0,4122
			500	206,09	0,4122
02247818	*ratio-Clarithromycin*	Ratiopharm	100	41,22	0,4122
			500	206,09	0,4122
02266539	*Sandoz Clarithromycin*	Sandoz	100	41,22	0,4122
			250	103,05	0,4122
02248804	*Teva Clarithromycin*	Teva Can	100	41,22	0,4122

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			125 mg/5 mL **PPB**		
02390442	*Accel-Clarithromycin*	Accel	55 ml	11,26 ➡	0,2047
			105 ml	21,49 ➡	0,2047
02146908	*Biaxin*	BGP Pharma	55 ml	15,77	0,2867
			105 ml	30,09	0,2866
02408988	*Clarithromycin*	Sanis	55 ml	11,26 ➡	0,2047
			105 ml	21,49 ➡	0,2047
Susp. Orale			250 mg/5 mL **PPB**		
02390450	*Accel-Clarithromycin*	Accel	105 ml	41,98 ➡	0,3998
02244641	*Biaxin*	BGP Pharma	105 ml	57,89	0,5513
02408996	*Clarithromycin*	Sanis	105 ml	41,98 ➡	0,3998
ÉRYTHROMYCINE P					
Caps. Ent.				250 mg	
* 00607142	*Eryc*	Pfizer	100	22,11	0,2211
Co. Ent.				250 mg	
00682020	*Erythro-Base*	AA Pharma	100	18,28	0,1828
			1000	182,80	0,1828
Co. Ent.				500 mg	
00893862	*Erybid*	Amdipharm	250	208,43	0,8337
ÉRYTHROMYCINE (ESTOLATE D') P					
Susp. Orale				250 mg/5 mL	
00262595	*Novo-Rythro Estolate*	Novopharm	100 ml	7,13	0,0713
			500 ml	35,65	0,0713
ÉRYTHROMYCINE (ÉTHYLSUCCINATE D') P					
Co.				600 mg	
00637416	*Erythro-ES*	AA Pharma	100	33,63	0,3363
Susp. Orale				200 mg/5 mL	
00605859	*Novo-Rythro Éthylsuccinate*	Novopharm	100 ml	6,69	0,0669
			150 ml	10,03	0,0669
Susp. Orale				400 mg/5 mL	
00652318	*Novo-Rythro Éthylsuccinate*	Novopharm	100 ml	10,13	0,1013
			150 ml	15,20	0,1013

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉRYTHROMYCINE (STÉARATE D') F

Co.				250 mg	
00545678	*Erythro-S*	AA Pharma	100	21,18	0,2118
Co.				500 mg	
00688568	*Erythro-S*	AA Pharma	100	54,25	0,5425

SPIRAMYCINE F

Caps.				250 mg	
01927825	*Rovamycine*	Odan	50	62,35	1,2470
Caps.				500 mg	
01927817	*Rovamycine*	Odan	50	124,70	2,4940

8:12.16
PÉNICILLINES

AMOXICILLINE F

Caps.				250 mg	**PPB**	
02352710	*Amoxicillin*	Sanis	100	17,50	➧	0,1750
			1000	175,00	➧	0,1750
02401495	*Amoxicillin*	Sivem	100	17,50	➧	0,1750
00628115	*Apo-Amoxi*	Apotex	100	17,50	➧	0,1750
			1000	175,00	➧	0,1750
02388073	*Auro-Amoxicillin*	Aurobindo	100	17,50	➧	0,1750
			500	87,50	➧	0,1750
02433060	*Jamp-Amoxicillin*	Jamp	100	17,50	➧	0,1750
02238171	*Mylan-Amoxicillin*	Mylan	1000	175,00	➧	0,1750
00406724	*Novamoxin*	Novopharm	100	17,50	➧	0,1750
			1000	175,00	➧	0,1750
* 02345501	*NTP-Amoxicillin*	Teva Can	100	17,50		R
			1000	175,00		R
02262851	*phl-Amoxicillin*	Pharmel	500	87,50	➧	0,1750
			1000	175,00	➧	0,1750
02230243	*pms-Amoxicillin*	Phmscience	500	87,50	➧	0,1750

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				500 mg **PPB**	
02352729	*Amoxicillin*	Sanis	100	34,17	0,3417
			500	170,85	0,3417
02401509	*Amoxicillin*	Sivem	100	34,17	0,3417
			500	170,85	0,3417
00628123	*Apo-Amoxi*	Apotex	100	34,17	0,3417
			500	170,85	0,3417
02388081	*Auro-Amoxicillin*	Aurobindo	100	34,17	0,3417
			500	170,85	0,3417
02433079	*Jamp-Amoxicillin*	Jamp	100	34,17	0,3417
			500	170,85	0,3417
02238172	*Mylan-Amoxicillin*	Mylan	100	34,17	0,3417
			500	170,85	0,3417
00406716	*Novamoxin*	Novopharm	100	34,17	0,3417
			500	170,85	0,3417
* 02345528	*NTP-Amoxicillin*	Teva Can	100	34,17	**R**
			500	170,85	**R**
02262878	*phl-Amoxicillin*	Pharmel	250	85,42	0,3417
			500	170,85	0,3417
02230244	*pms-Amoxicillin*	Phmscience	500	170,85	0,3417
00644315	*Pro-Amox-500*	Pro Doc	500	170,85	0,3417
Co. Croq.				125 mg	
02036347	*Novamoxin*	Novopharm	100	41,67	0,4167
Co. Croq.				250 mg	
02036355	*Novamoxin*	Novopharm	100	61,38	0,6138
Susp. Orale				125 mg/5 mL **PPB**	
02352761	*Amoxicillin*	Sanis	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
00628131	*Apo-Amoxi*	Apotex	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
99002582	*Apo-Amoxi sans sucrose*	Apotex	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
01934171	*Novamoxin*	Teva Can	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
00452149	*Novamoxin 125*	Novopharm	75 ml	2,64	0,0352
			100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
02262886	*phl-Amoxicillin*	Pharmel	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
02230245	*pms-Amoxicillin*	Phmscience	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			250 mg/5 mL **PPB**		
02352753	*Amoxicillin*	Sanis	75 ml	4,05	0,0540
			100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
02352788	*Amoxicillin*	Sanis	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
02401541	*Amoxicillin*	Sivem	75 ml	4,05	0,0540
			100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
02401576	*Amoxicillin*	Sivem	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
00628158	*Apo-Amoxi*	Apotex	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
99002590	*Apo-Amoxi sans sucrose*	Apotex	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
01934163	*Novamoxin*	Teva Can	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
00452130	*Novamoxin 250*	Novopharm	75 ml	4,05	0,0540
			100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
* 02345552	*NTP-Amoxicillin*	Teva Can	75 ml	4,05	R
			100 ml	5,40	R
			150 ml	8,10	R
02262894	*phl-Amoxicillin*	Pharmel	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
02230246	*pms-Amoxicillin*	Phmscience	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540
00644331	*Pro-Amox-250*	Pro Doc	100 ml	5,40	0,0540
			150 ml	8,10	0,0540

AMOXICILLINE/ CLAVULANATE DE POTASSIUM P

Co.			250 mg -125 mg		
02243350	*Apo-Amoxi Clav*	Apotex	100	93,75	0,4449

Co.			500 mg -125 mg **PPB**		
02326515	*Amoxi-Clav*	Pro Doc	100	66,73	0,6673
02243351	*Apo-Amoxi Clav*	Apotex	100	66,73	0,6673
01916858	*Clavulin-500 F*	GSK	100	137,82	1,3782
02243771	*ratio-Aclavulanate*	Ratiopharm	20	13,35	0,6673

Co.			875 mg -125 mg **PPB**		
02326523	*Amoxi-Clav*	Pro Doc	100	55,50	0,5550
02245623	*Apo-Amoxi Clav*	Apotex	100	55,50	0,5550
02238829	*Clavulin-875*	GSK	60	124,03	2,0672
02247021	*ratio-Aclavulanate*	Ratiopharm	20	11,10	0,5550

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			125 mg -31,25 mg/5 mL **PPB**		
02243986	*Apo-Amoxi Clav*	Apotex	100 ml	5,17 ➡	0,0517
			150 ml	7,76 ➡	0,0517
* 01916882	*Clavulin-125 F*	GSK	100 ml	9,50	0,0950
02244646	*ratio-Aclavulanate 125F*	Ratiopharm	100 ml	5,17 ➡	0,0517
Susp. Orale			200 mg -28,5 mg/5 mL		
02238831	*Clavulin-200*	GSK	70 ml	9,39	0,1341
Susp. Orale			250 mg -62,5 mg/5 mL **PPB**		
01916874	*Clavulin-250 F*	GSK	100 ml	18,72	0,1872
02244647	*ratio-Aclavulanate 250F*	Ratiopharm	100 ml	8,69 ➡	0,0869
Susp. Orale			400 mg - 57 mg/5mL **PPB**		
02288559	*Apo-Amoxi Clav*	Apotex	70 ml	13,78 ➡	0,1969
02238830	*Clavulin-400*	GSK	70 ml	17,95	0,2564
AMPICILLINE P					
Caps.				250 mg	
00020877	*Novo-Ampicillin*	Novopharm	100	30,71	0,3071
Caps.				500 mg	
00020885	*Novo-Ampicillin*	Novopharm	100	59,55	0,5955
AMPICILLINE SODIQUE P					
Pd. Inj.				1 g	
01933345	*Ampicilline Sodique*	Novopharm	1	3,60	
Pd. Inj.				2 g **PPB**	
02226995	*Ampicillin pour Injection*	PPC	1	➡ 7,20	
01933353	*Ampicilline Sodique*	Novopharm	1	➡ 7,20	
Pd. Inj.				250 mg	
00872644	*Ampicilline Sodique*	Novopharm	1	2,05	
Pd. Inj.				500 mg	
00872652	*Ampicilline Sodique*	Novopharm	1	2,15	
CLOXACILLINE SODIQUE P					
Caps.				250 mg	
00337765	*Novo-Cloxin*	Novopharm	100	18,50	0,1850

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				500 mg	
00337773	*Novo-Cloxin*	Novopharm	100	34,98	0,3498
Pd. Inj.				2 g **PPB**	
02367424	*Cloxacillin*	Sterimax	10	73,10	7,3100
01912410	*Cloxacilline Sodique*	Novopharm	1	7,31	
Pd. Inj.				10 g	
02400081	*Cloxacilline pour injection*	Sterimax	1	36,55	
Pd. Inj.				500 mg **PPB**	
02367408	*Cloxacillin*	Sterimax	10	45,60	4,5600
01912429	*Cloxacilline Sodique*	Novopharm	1	4,56	
Susp. Orale				125 mg/5 mL	
00337757	*Teva-Cloxacillin Solution*	Novopharm	100 ml	4,50	0,0450

PÉNICILLINE G (BENZATHINE) F

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

PÉNICILLINE G SODIQUE F

Pd. Inj.				1 000 000 U **PPB**	
02060086	*Crystapen*	Bioniche	1	2,40	
01930672	*Pénicilline G*	Novopharm	1	2,40	
02220261	*Pénicilline G sodique pour injection*	PPC	1	2,40	
Pd. Inj.				5 000 000 U **PPB**	
02060094	*Crystapen*	Bioniche	1	5,10	
00883751	*Pénicilline G*	Novopharm	1	5,10	
02220288	*Pénicilline G sodique pour injection*	PPC	1	5,10	
Pd. Inj.				10 000 000 U **PPB**	
02060108	*Crystapen*	Bioniche	1	8,90	
01930680	*Pénicilline G*	Novopharm	1	8,90	
02220296	*Pénicilline G sodique pour injection*	PPC	1	8,90	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PHÉNOXYMÉTHYLPÉNICILLINE (BASE OU SEL POTASSIQUE) F

Co. 250 mg à 300 mg

00642215	*Pen-VK*	AA Pharma	100 1000	18,73 187,30	0,1873 0,1873

PHÉNOXYMÉTHYLPÉNICILLINE POTASSIQUE F

Susp. Orale 125 mg/5 mL

00642223	*Apo-Pen-VK*	Apotex	100 ml	5,35	0,0535

PIPÉRACILLINE SODIQUE F

Pd. Inj. 3 g

02246641	*Pipéracilline*	Hospira	1	13,31	

PIPÉRACILLINE SODIQUE/ TAZOBACTAM SODIQUE F

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

02391511	*Piperacillin and Tazobactam for Injection*	Mylan	10	60,60 ➡	6,0600
02362619	*Pipéracilline et Tazobactam*	Sterimax	10	60,60 ➡	6,0600
02308444	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Apotex	1	➡ 6,06	
02299623	*Piperacilline sodique/ Tazobactam sodique*	Sandoz	1	➡ 6,06	
02370158	*Piperacilline/Tazobactam*	Teva Can	10	60,60 ➡	6,0600

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

02391538	*Piperacillin and Tazobactam for Injection*	Mylan	10	90,80 ➡	9,0800
02362627	*Pipéracilline et Tazobactam*	Sterimax	10	90,80 ➡	9,0800
02308452	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Apotex	1	➡ 9,08	
02299631	*Piperacilline sodique/ Tazobactam sodique*	Sandoz	1	➡ 9,08	
02370166	*Piperacilline/Tazobactam*	Teva Can	10	90,80 ➡	9,0800

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

02420430	*Jamp-PIP/TAZ*	Jamp	10	121,10 ➡	12,1100
02391546	*Piperacillin and Tazobactam for Injection*	Mylan	10	121,10 ➡	12,1100
02362635	*Pipéracilline et Tazobactam*	Sterimax	10	121,10 ➡	12,1100
02308460	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Apotex	1	➡ 12,11	
02299658	*Piperacilline sodique/ Tazobactam sodique*	Sandoz	1	➡ 12,11	
02370174	*Piperacilline/Tazobactam*	Teva Can	10	121,10 ➡	12,1100

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Perf. I.V.					12 g - 1,5 g	
	02377748	*Pipéracilline et Tazobactam pour injection*	Sterimax	1	36,33	

TICARCILLINE DISODIQUE/ CLAVULANATE DE POTASSIUM P

Pd. Inj. I.V.					3 g -0,1 g	
*	01916939	*Timentin*	GSK	1	10,16	**R**

8:12.18
QUINOLONES

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co.					250 mg **PPB**		
	02247339	*ACT Ciprofloxacin*	ActavisPhm	100	61,86	➧	0,6186
	02229521	*Apo-Ciproflox*	Apotex	100	61,86	➧	0,6186
	02381907	*Auro-Ciprofloxacin*	Aurobindo	100	61,86	➧	0,6186
				500	309,30	➧	0,6186
	02155958	*Cipro*	Bayer	100	229,35		2,2935
	02353318	*Ciprofloxacin*	Sanis	100	61,86	➧	0,6186
	02386119	*Ciprofloxacin*	Sivem	100	61,86	➧	0,6186
	02380358	*Jamp-Ciprofloxacin*	Jamp	100	61,86	➧	0,6186
	02379686	*Mar-Ciprofloxacin*	Marcan	100	61,86	➧	0,6186
	02423553	*Mint-Ciproflox*	Mint	100	61,86	➧	0,6186
	02317427	*Mint-Ciprofloxacine*	Mint	100	61,86	➧	0,6186
	02245647	*Mylan-Ciprofloxacin*	Mylan	100	61,86	➧	0,6186
	02161737	*Novo-Ciprofloxacin*	Novopharm	100	61,86	➧	0,6186
	02251310	*phl-Ciprofloxacin*	Pharmel	100	61,86	➧	0,6186
	02248437	*pms-Ciprofloxacin*	Phmscience	100	61,86	➧	0,6186
	02317796	*Pro-Ciprofloxacin*	Pro Doc	100	61,86	➧	0,6186
	02303728	*Ran-Ciproflox*	Ranbaxy	100	61,86	➧	0,6186
	02246825	*ratio-Ciprofloxacin*	Ratiopharm	100	61,86	➧	0,6186
	02251221	*Riva-Ciprofloxacin*	Riva	100	61,86	➧	0,6186
	02248756	*Sandoz Ciprofloxacin*	Sandoz	100	61,86	➧	0,6186
	02379627	*Septa-Ciprofloxacin*	Septa	100	61,86	➧	0,6186
	02266962	*Taro-Ciprofloxacin*	Taro	100	111,05		1,1105
+	02426978	*VAN-Ciprofloxacin*	Vanc Phm	100	61,86	➧	0,6186

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				500 mg **PPB**	
02247340	*ACT Ciprofloxacin*	ActavisPhm	100	69,79	0,6979
02229522	*Apo-Ciproflox*	Apotex	100	69,79	0,6979
			500	348,94	0,6979
02381923	*Auro-Ciprofloxacin*	Aurobindo	100	69,79	0,6979
			500	348,94	0,6979
02155966	*Cipro*	Bayer	100	258,76	2,5876
02353326	*Ciprofloxacin*	Sanis	100	69,79	0,6979
02386127	*Ciprofloxacin*	Sivem	100	69,79	0,6979
02380366	*Jamp-Ciprofloxacin*	Jamp	100	69,79	0,6979
			500	348,94	0,6979
02379694	*Mar-Ciprofloxacin*	Marcan	100	69,79	0,6979
02423561	*Mint-Ciproflox*	Mint	100	69,79	0,6979
02317435	*Mint-Ciprofloxacine*	Mint	100	69,79	0,6979
02245648	*Mylan-Ciprofloxacin*	Mylan	100	69,79	0,6979
			500	348,94	0,6979
02161745	*Novo-Ciprofloxacin*	Novopharm	100	69,79	0,6979
			500	348,94	0,6979
02251329	*phl-Ciprofloxacin*	Pharmel	100	69,79	0,6979
			500	348,94	0,6979
02248438	*pms-Ciprofloxacin*	Phmscience	100	69,79	0,6979
			500	348,94	0,6979
02317818	*Pro-Ciprofloxacin*	Pro Doc	100	69,79	0,6979
			500	348,94	0,6979
02303736	*Ran-Ciproflox*	Ranbaxy	100	69,79	0,6979
02246826	*ratio-Ciprofloxacin*	Ratiopharm	100	69,79	0,6979
02251248	*Riva-Ciprofloxacin*	Riva	100	69,79	0,6979
			500	348,94	0,6979
02248757	*Sandoz Ciprofloxacin*	Sandoz	100	69,79	0,6979
02379635	*Septa-Ciprofloxacin*	Septa	100	69,79	0,6979
			500	348,94	0,6979
02266970	*Taro-Ciprofloxacin*	Taro	100	125,29	1,2529
+ 02427001	*VAN-Ciprofloxacin*	Vanc Phm	100	69,79	0,6979

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					750 mg **PPB**		
	02247341	*ACT Ciprofloxacin*	ActavisPhm	50	63,90	➧	1,2780
	02229523	*Apo-Ciproflox*	Apotex	100	127,80	➧	1,2780
	02381931	*Auro-Ciprofloxacin*	Aurobindo	50	63,90	➧	1,2780
				100	127,80	➧	1,2780
	02155974	*Cipro*	Bayer	50	241,13		4,8226
				100	482,21		4,8221
	02353334	*Ciprofloxacin*	Sanis	50	63,90	➧	1,2780
	02380374	*Jamp-Ciprofloxacin*	Jamp	50	63,90	➧	1,2780
	02379708	*Mar-Ciprofloxacin*	Marcan	50	63,90	➧	1,2780
	02423588	*Mint-Ciproflox*	Mint	50	63,90	➧	1,2780
	02317443	*Mint-Ciprofloxacine*	Mint	100	127,80	➧	1,2780
	02245649	*Mylan-Ciprofloxacin*	Mylan	100	127,80	➧	1,2780
	02161753	*Novo-Ciprofloxacin*	Novopharm	50	63,90	➧	1,2780
				100	127,80	➧	1,2780
	02251337	*phl-Ciprofloxacin*	Pharmel	100	127,80	➧	1,2780
	02248439	*pms-Ciprofloxacin*	Phmscience	100	127,80	➧	1,2780
	02303744	*Ran-Ciproflox*	Ranbaxy	100	127,80	➧	1,2780
	02246827	*ratio-Ciprofloxacin*	Ratiopharm	50	63,90	➧	1,2780
	02251256	*Riva-Ciprofloxacin*	Riva	50	63,90	➧	1,2780
	02248758	*Sandoz Ciprofloxacin*	Sandoz	50	63,90	➧	1,2780
	02379643	*Septa-Ciprofloxacin*	Septa	50	63,90	➧	1,2780
+	02427028	*VAN-Ciprofloxacin*	Vanc Phm	50	63,90	➧	1,2780
Co. L.A.					500 mg **PPB**		
	02247916	*Cipro XL*	Bayer	50	144,81		2,8962
	02416433	*pms-Ciprofloxacin XL*	Phmscience	100	173,77	➧	1,7377
Co. L.A.					1000 mg		
	02251787	*Cipro XL*	Bayer	50	144,81		2,8962
Susp. Orale					500 mg/5 mL		
	02237514	*Cipro*	Bayer	100 ml	53,23		0,5323

LÉVOFLOXACINE F

Co.					250 mg **PPB**		
*	02315424	*ACT Levofloxacin*	ActavisPhm	50	60,19	➧	1,2038
	02284707	*Apo-Levofloxacin*	Apotex	100	120,38	➧	1,2038
	02313979	*Mylan-Levofloxacin*	Mylan	100	120,38	➧	1,2038
	02248262	*Novo-Levofloxacin*	Novopharm	100	120,38	➧	1,2038
	02284677	*pms-Levofloxacin*	Phmscience	100	120,38	➧	1,2038
	02298635	*Sandoz Levofloxacin*	Sandoz	50	60,19	➧	1,2038

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					500 mg	**PPB**	
*	02315432	*ACT Levofloxacin*	ActavisPhm	100	137,18	➧	1,3718
	02284715	*Apo-Levofloxacin*	Apotex	100	137,18	➧	1,3718
	02415879	*Levofloxacin*	Pro Doc	100	137,18	➧	1,3718
	02313987	*Mylan-Levofloxacin*	Mylan	100	137,18	➧	1,3718
	02248263	*Novo-Levofloxacin*	Novopharm	100	137,18	➧	1,3718
	02284685	*pms-Levofloxacin*	Phmscience	100	137,18	➧	1,3718
	02298643	*Sandoz Levofloxacin*	Sandoz	100	137,18	➧	1,3718
Co.					750 mg	**PPB**	
*	02315440	*ACT Levofloxacin*	ActavisPhm	50	242,39	➧	4,8478
	02325942	*Apo-Levofloxacin*	Apotex	100	484,78	➧	4,8478
	02285649	*Novo-Levofloxacin*	Novopharm	100	484,78	➧	4,8478
	02305585	*pms-Levofloxacin*	Phmscience	100	484,78	➧	4,8478
	02298651	*Sandoz Levofloxacin*	Sandoz	50	242,39	➧	4,8478
MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) F							
Co.					400 mg		
	02242965	*Avelox*	Bayer	30	165,04		5,5013
NORFLOXACINE F							
Co.					400 mg	**PPB**	
	02229524	*Apo-Norflox*	Apotex	100	54,49	➧	0,5449
	02269627	*Co Norfloxacin*	Cobalt	100	54,49	➧	0,5449
	02237682	*Novo-Norfloxacin*	Novopharm	100	54,49	➧	0,5449
*	02246596	*pms-Norfloxacin*	Phmscience	100	54,49		**R**
OFLOXACINE F							
Co.					200 mg		
	02231529	*Ofloxacin*	AA Pharma	100	130,41		1,3041
Co.					300 mg		
	02231531	*Ofloxacin*	AA Pharma	100	153,23	☎	1,2647
Co.					400 mg		
	02231532	*Ofloxacin*	AA Pharma	100	153,23	☎	1,2647

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:12.20
SULFAMIDÉS
SULFASALAZINE P

Co. — 500 mg **PPB**

00598461	*pms-Sulfasalazine*	Phmscience	100	12,80	0,1280
			500	64,00	0,1280
02064480	*Salazopyrin*	Pfizer	100	16,86	0,1686
			300	50,57	0,1686

Co. Ent. — 500 mg **PPB**

00598488	*pms-Sulfasalazine-E.C.*	Phmscience	100	20,00	0,2000
			500	100,00	0,2000
02064472	*Salazopyrin EN-Tabs*	Pfizer	100	26,32	0,2632
			300	79,02	0,2634

TRIMÉTHOPRIME/ SULFAMÉTHOXAZOLE P

Co. — 20 mg -100 mg

00445266	*Apo-Sulfatrim-PED*	Apotex	100	9,11	0,0911

Co. — 80 mg -400 mg **PPB**

00445274	*Apo-Sulfatrim*	Apotex	100	4,82	0,0482
			1000	48,20	0,0482
00510637	*Teva-Sulfamethoxazole/ Trimethoprim*	Novopharm	100	4,82	0,0482
			1000	48,20	0,0482

Co. — 160 mg -800 mg **PPB**

00445282	*Apo-Sulfatrim-DS*	Apotex	100	12,21	0,1221
			500	61,05	0,1221
00510645	*Novo-Trimel D.S.*	Novopharm	100	12,21	0,1221
			500	61,05	0,1221
00512524	*Protrin DF*	Pro Doc	100	12,21	0,1221

Sol. Perf. I.V. — 16 mg -80 mg/mL

00550086	*Septra*	Aspri Phm	5 ml	6,32	

Susp. Orale — 40 mg -200 mg/5 mL

00726540	*Novo-Trimel*	Novopharm	100 ml	1,98	0,0198
			400 ml	7,92	0,0198

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE

8:12.24
TÉTRACYCLINES

DOXYCYCLINE (HYCLATE DE) F

Caps. ou Co.

					100 mg PPB		
	00740713	*Apo-Doxy*	Apotex	100	58,60	➡	0,5860
				250	146,50	➡	0,5860
	00874256	*Apo-Doxy-Tabs*	Apotex	100	58,60	➡	0,5860
				250	146,50	➡	0,5860
	00817120	*Doxycin*	Riva	100	58,60	➡	0,5860
				300	175,80	➡	0,5860
	00860751	*Doxycin (co.)*	Riva	100	58,60	➡	0,5860
				300	175,80	➡	0,5860
	02351234	*Doxycycline (Caps.)*	Sanis	100	58,60	➡	0,5860
				200	117,20	➡	0,5860
	02351242	*Doxycycline (Co.)*	Sanis	100	58,60	➡	0,5860
	00887064	*Doxytab*	Pro Doc	100	58,60	➡	0,5860
	00725250	*Novo-Doxilin*	Novopharm	100	58,60	➡	0,5860
				200	117,20	➡	0,5860
	02158574	*Novo-Doxylin (Co.)*	Novopharm	100	58,60	➡	0,5860
*	02347687	*NTP-Doxycycline (Caps.)*	Teva Can	100	58,60		**R**
				200	117,20		**R**
*	02347679	*NTP-Doxycycline (Co.)*	Teva Can	100	58,60		**R**
	00024368	*Vibramycine*	Pfizer	50	82,37		1,6474

MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE) F

Caps.

					50 mg PPB		
	02084090	*Apo-Minocycline*	Apotex	100	30,64	➡	0,3064
				250	76,60	➡	0,3064
	02173514	*Minocin*	GSK	100	61,19		0,6119
	02287226	*Minocycline*	Sanis	100	30,64	➡	0,3064
	02153394	*Minocycline-50*	Pro Doc	100	30,64	➡	0,3064
				250	76,60	➡	0,3064
	02230735	*Mylan-Minocycline*	Mylan	100	30,64	➡	0,3064
				250	76,60	➡	0,3064
	02108143	*Novo-Minocycline*	Novopharm	100	30,64	➡	0,3064
	02294133	*phl-Minocycline*	Pharmel	100	30,64	➡	0,3064
	02294419	*pms-Minocycline*	Phmscience	100	30,64	➡	0,3064
*	01914138	*ratio-Minocycline*	Ratiopharm	100	30,64		**R**
	02237313	*Sandoz Minocycline*	Sandoz	100	30,64	➡	0,3064

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				100 mg **PPB**	
02084104	*Apo-Minocycline*	Apotex	100	59,12	0,5912
			250	147,80	0,5912
02287234	*Minocycline*	Sanis	100	59,12	0,5912
02154366	*Minocycline-100*	Pro Doc	100	59,12	0,5912
			250	147,80	0,5912
02230736	*Mylan-Minocycline*	Mylan	100	59,12	0,5912
			250	147,80	0,5912
02108151	*Novo-Minocycline*	Novopharm	100	59,12	0,5912
02294141	*phl-Minocycline*	Pharmel	100	59,12	0,5912
02294427	*pms-Minocycline*	Phmscience	100	59,12	0,5912
* 01914146	*ratio-Minocycline*	Ratiopharm	100	59,12	**R**
02237314	*Sandoz Minocycline*	Sandoz	100	59,12	0,5912

TÉTRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE) F

Caps.				250 mg	
00580929	*Tetracycline*	AA Pharma	100	6,57	0,0657
			1000	65,70	0,0657

8:12.28
AUTRES ANTIBACTÉRIENS

BACITRACINE

Pd. Inj./Top.				50 000 U	
00030708	*Bacitracine*	Pfizer	50 ml	9,10	

CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE) F

Caps.				150 mg **PPB**	
02245232	*Apo-Clindamycine*	Apotex	100	22,17	0,2217
02436906	*Auro-Clindamycin*	Aurobindo	100	22,17	0,2217
02400529	*Clindamycin*	Sanis	100	22,17	0,2217
02248525	*Clindamycine-150*	Pro Doc	100	22,17	0,2217
00030570	*Dalacin C*	Pfizer	100	85,97	0,8597
02258331	*Mylan-Clindamycin*	Mylan	100	22,17	0,2217
02293382	*Riva-Clindamycin*	Riva	100	22,17	0,2217
02241709	*Teva-Clindamycin*	Teva Can	100	22,17	0,2217

Caps.				300 mg **PPB**	
02245233	*Apo-Clindamycine*	Apotex	100	44,34	0,4434
02436914	*Auro-Clindamycin*	Aurobindo	100	44,34	0,4434
02400537	*Clindamycin*	Sanis	100	44,34	0,4434
02248526	*Clindamycine-300*	Pro Doc	100	44,34	0,4434
02182866	*Dalacin C*	Pfizer	100	172,71	1,7271
02258358	*Mylan-Clindamycin*	Mylan	100	44,34	0,4434
02241710	*Novo-Clindamycin*	Novopharm	100	44,34	0,4434
02293390	*Riva-Clindamycin*	Riva	100	44,34	0,4434

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) F

Sol. Inj. — 150 mg/mL **PPB**

02230540	*Clindamycine*	Sandoz	2 ml	➡ 4,57	
			4 ml	➡ 9,15	
00260436	*Dalacin C*	Pfizer	2 ml	6,88	
			4 ml	13,76	
			6 ml	➡ 18,75	

CLINDAMYCINE PALMITATE (CHLORHYDRATE DE) F

Susp. Orale — 75 mg/5 mL

00225851	*Dalacin C*	Pfizer	100 ml	11,62	0,1162

COLISTIMÉTHATE SODIQUE F

Pd. Inj. — 150 mg **PPB**

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

ÉRYTHROMYCINE (ÉTHYLSUCCINATE D')/ ACÉTYLSULFISOXAZOLE F

Susp. Orale — 200 mg -600 mg/5 mL

00583405	*Pédiazole*	Amdipharm	105 ml	11,35	0,1081
			150 ml	16,21	0,1081

LINCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE) F

Sol. Inj. — 300 mg/mL

00030732	*Lincocin*	Pfizer	2 ml	5,32	

VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE) F

Caps. — 125 mg **PPB**

02377470	*Chlorhydrate de Vancomycine*	PPC	20	103,60	➡	5,1800
02407744	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	20	103,60	➡	5,1800
* 02430185	*pms-Vancomycin*	Phmscience	30	155,40		**R**
			100	518,00		**R**
00800430	*Vancocin*	Merus Labs	20	103,60	➡	5,1800

Caps. — 250 mg **PPB**

02377489	*Chlorhydrate de Vancomycine*	PPC	20	207,20	➡	10,3600
02407752	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	20	207,20	➡	10,3600
00788716	*Vancocin*	Merus Labs	20	207,20	➡	10,3600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Perf. I.V.				1 g **PPB**	
02230192	*Chlorhydrate de Vancomycine*	Hospira	10	589,90	58,9900
02139383	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	PPC	10	589,90	58,9900
02394634	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection USP*	Sandoz	10	589,90	58,9900
02420309	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	10	589,90	58,9900
02342863	*Val-Vancomycin*	Valeant	10	589,90	58,9900
02407922	*Vancomycin Hydrochloride for Injection, USP*	Mylan	10	589,90	58,9900
Pd. Perf. I.V.				5 g **PPB**	
02139243	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	PPC	1	294,95	
02420317	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	1	294,95	
02407930	*Vancomycin Hydrochloride for Injection, USP*	Mylan	1	294,95	
02394642	*Vancomycine*	Sandoz	1	294,95	
Pd. Perf. I.V.				10 g **PPB**	
02241807	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	PPC	1	589,90	
02420325	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	1	589,90	
02405830	*Val-Vancomycin*	Valeant	1	589,90	
02411040	*Vancomycin Hydrochloride*	Sterimax	1	589,90	
02407949	*Vancomycin Hydrochloride for Injection, USP*	Mylan	1	589,90	
* 02394650	*Vancomycine*	Sandoz	1	589,90	R
Pd. Perf. I.V.				500 mg **PPB**	
02230191	*Chlorhydrate de Vancomycine*	Hospira	10	310,50	31,0500
02139375	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection*	PPC	10	310,50	31,0500
02394626	*Chlorhydrate de Vancomycine pour injection USP*	Sandoz	10	310,50	31,0500
02420295	*Jamp-Vancomycin*	Jamp	10	310,50	31,0500
02342855	*Val-Vancomycin*	Valeant	10	310,50	31,0500
02407914	*Vancomycin Hydrochloride for Injection, USP*	Mylan	10	310,50	31,0500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:14.04
ALLYLAMINES
TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) F

Co.

					250 mg PPB		
*	02254727	*ACT Terbinafine*	ActavisPhm	30	55,58	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525
	02239893	*Apo-Terbinafine*	Apotex	30	55,58	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525
	02320134	*Auro-Terbinafine*	Aurobindo	28	51,87	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525
	02357070	*Jamp-Terbinafine*	Jamp	30	55,58	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525
	02031116	*Lamisil*	Novartis	28	102,27		3,6525
	02242503	*Mylan-Terbinafine*	Mylan	28	51,87	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525
	02240346	*Novo-Terbinafine*	Novopharm	28	51,87	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525
	02297973	*phl-Terbinafine*	Pharmel	100	185,25	➡	1,8525
	02294273	*pms-Terbinafine*	Phmscience	30	55,58	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525
	02262924	*Riva-Terbinafine*	Riva	30	55,58	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525
*	02262177	*Sandoz Terbinafine*	Sandoz	28	51,87		**R**
				100	185,25		**R**
	02353121	*Terbinafine*	Sanis	30	55,58	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525
	02385279	*Terbinafine*	Sivem	30	55,58	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525
	02242735	*Terbinafine-250*	Pro Doc	30	55,58	➡	1,8525
				100	185,25	➡	1,8525

8:14.08
AZOLES
FLUCONAZOLE

Caps.

				150 mg PPB	
02241895	*Apo-Fluconazole-150*	Apotex	1	➡ 3,94	
02141442	*Diflucan-150*	Pfizer	1	14,23	
02432471	*Jamp-Fluconazole*	Jamp	1	➡ 3,94	
02294044	*phl-Fluconazole*	Pharmel	1	➡ 3,94	
02282348	*pms-Fluconazole*	Phmscience	1	➡ 3,94	
02310694	*Pro-Fluconazole*	Pro Doc	1	➡ 3,94	
02255510	*Riva-Fluconazole*	Riva	1	➡ 3,94	

FLUCONAZOLE F

Co.

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

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE	
Co.					100 mg	PPB		
*	02281279	*ACT Fluconazole*	ActavisPhm	50	114,45	➧	2,2890	
	02237371	*Apo-Fluconazole*	Apotex	50	114,45	➧	2,2890	
	02245293	*Mylan-Fluconazole*	Mylan	50	114,45	➧	2,2890	
	02236979	*Novo-Fluconazole*	Novopharm	50	114,45	➧	2,2890	
	02245644	*pms-Fluconazole*	Phmscience	50	114,45	➧	2,2890	
	02310686	*Pro-Fluconazole*	Pro Doc	50	114,45	➧	2,2890	
	02271516	*Riva-Fluconazole*	Riva	50	114,45	➧	2,2890	
Sol. Perf. I.V.					2 mg/mL	PPB		
	00891835	*Diflucan*	Pfizer	100 ml	37,56			
	02388448	*Fluconazole*	Sandoz	100 ml	➧ 26,87			
	02247922	*Fluconazole Injectable*	Novopharm	100 ml	➧ 26,87			
*	02248443	*Fluconazole Injection*	Sandoz	100 ml	26,87		R	
	02247749	*Fluconazole Oméga*	Oméga	100 ml	➧ 26,87			

ITRACONAZOLE P

Caps.				100 mg		
02047454	*Sporanox*	Janss. Inc	28	106,21		3,7932
			30	113,80		3,7933
Sol. Orale				10 mg/mL		
02231347	*Sporanox*	Janss. Inc	150 ml	115,28		0,7685

KÉTOCONAZOLE P

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

8:14.28
POLYÈNES

NYSTATINE P

Co.				500 000 U		
02194198	*ratio-Nystatin*	Ratiopharm	100	16,80		0,1680
Susp. Orale				100 000 U/mL	PPB	
02433443	*Jamp-Nystatin*	Jamp	100 ml	5,20	➧	0,0520
			500 ml	26,00	➧	0,0520
00792667	*pms-Nystatin*	Phmscience	48 ml	2,50	➧	0,0520
			100 ml	5,20	➧	0,0520
02194201	*ratio-Nystatin*	Ratiopharm	24 ml	1,25	➧	0,0521
			48 ml	2,50	➧	0,0520
			100 ml	5,20	➧	0,0520

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:16.04
ANTITUBERCULEUX

ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D') P

Co. 100 mg

00247960	*Etibi*	Valeant	100	9,73	0,0973

Co. 400 mg

00247979	*Etibi*	Valeant	100	27,11	0,2711

ISONIAZIDE P

Co. 100 mg

00577790	*pdp-Isoniazid*	Pendopharm	100	63,40	0,6340

Co. 300 mg

00577804	*pdp-Isoniazid*	Pendopharm	100	63,40	0,6340

Sir. 50 mg/5 mL

00577812	*pdp-Isoniazid*	Pendopharm	500 ml	98,77	0,1975

PYRAZINAMIDE P

Co. 500 mg

00618810	*pms-Pyrazinamide*	Phmscience	100	103,96	1,0396

RIFABUTINE P

Caps. 150 mg

02063786	*Mycobutin*	Pfizer	100	394,95	3,9495

RIFAMPINE P

Caps. 150 mg **PPB**

02091887	*Rifadin*	SanofiAven	100	66,69	0,6669
00393444	*Rofact 150*	Valeant	100	60,38 ➡	0,6038

Caps. 300 mg **PPB**

02092808	*Rifadin*	SanofiAven	100	104,95	1,0495
00343617	*Rofact 300*	Valeant	100	95,03 ➡	0,9503

RIFAMPINE/ ISONIAZIDE/ PYRAZINAMIDE P

Co. 120 mg- 50 mg- 300 mg

02148625	*Rifater*	SanofiAven	60	21,38	0,3563

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:16.92
DIVERS ANTIMYCOBACTÉRIENS

DAPSONE

Co. — 100 mg

02041510	*Dapsone*	Jacobus	100		UE

8:18.04
ADAMANTANES

AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')

Caps. — 100 mg

01990403	*pms-Amantadine*	Phmscience	100	51,79	0,5179

Sir. — 50 mg/5 mL

02022826	*pms-Amantadine*	Phmscience	500 ml	40,50	0,0810

8:18.08
ANTIRÉTROVIRAUX

ABACAVIR (SULFATE D')

Co. — 300 mg

02240357	*Ziagen*	ViiV	60	396,38	6,6063

Sol. Orale — 20 mg/mL

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

ABACAVIR (SULFATE D') / LAMIVUDINE / ZIDOVUDINE

Co. — 300 mg - 150 mg - 300 mg

02244757	*Trizivir*	ViiV	60	998,88	16,6480

ABACAVIR (SULFATE D')/LAMIVUDINE

Co. — 600 mg - 300 mg

02269341	*Kivexa*	ViiV	30	661,99	22,0663

ATAZANAVIR (SULFATE D')

Caps. — 150 mg

02248610	*Reyataz*	B.M.S.	60	648,00	10,8000

Caps. — 200 mg

02248611	*Reyataz*	B.M.S.	60	651,87	10,8645

Caps. — 300 mg

02294176	*Reyataz*	B.M.S.	30	648,01	21,6003

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
DARUNAVIR					
Co.				75 mg	
02338432	*Prezista*	Janss. Inc	480	854,88	1,7810
Co.				150 mg	
02369753	*Prezista*	Janss. Inc	240	854,88	3,5620
Co.				400 mg [10]	
* 02324016	*Prezista*	Janss. Inc	60	586,15	R
Co.				800 mg	
02393050	*Prezista*	Janss. Inc	30	586,15	19,5383
DELAVIRDINE (MÉSYLATE DE)					
Co.				100 mg	
02238348	*Rescriptor*	ViiV	360	258,40	0,7178
DIDANOSINE					
Caps. Ent.				125 mg	
02244596	*Videx EC*	B.M.S.	30	102,69	3,4230
Caps. Ent.				200 mg	
02244597	*Videx EC*	B.M.S.	30	164,30	5,4767
Caps. Ent.				250 mg	
02244598	*Videx EC*	B.M.S.	30	205,37	6,8457
Caps. Ent.				400 mg	
02244599	*Videx EC*	B.M.S.	30	329,25	10,9750
DOLUTÉGRAVIR SODIQUE					
Co.				50 mg	
02414945	*Tivicay*	ViiV	30	555,00	18,5000
DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/ ABACAVIR (SULFATE D')/ LAMIVUDINE					
Co.				50 mg - 600 mg - 300 mg	
02430932	*Triumeq*	ViiV	30	1216,99	40,5663

10 Le remboursement des comprimés de darunavir à la teneur de 400 mg est limité à deux comprimés par jour.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉFAVIRENZ P

Caps. — 50 mg

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

Caps. — 200 mg

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

Co. — 600 mg **PPB**

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

ÉFAVIRENZ/ EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) P

Co. — 600 mg - 200 mg - 300 mg

02300699	*Atripla*	B.M.S.-Gil	30	1165,41	38,8470

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

Co. — 150 mg -150 mg -200 mg -300 mg

02397137	*Stribild*	Gilead	30	1320,00	44,0000

EMTRICITABINE/ RILPIVIRINE / TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) P

Co. — 200 mg - 25 mg - 300 mg

02374129	*Complera*	Gilead	30	1176,68	39,2227

EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) P

Co. — 200mg- 300mg

02274906	*Truvada*	Gilead	30	783,06	26,1020

FOSAMPRÉNAVIR CALCIQUE P

Co. — 700 mg

02261545	*Telzir*	ViiV	60	471,52	7,8587

Susp. Orale — 50 mg/mL

02261553	*Telzir*	ViiV	225 ml	129,27	0,5745

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

INDINAVIR (SULFATE D') F

Caps. 400 mg

02229196	*Crixivan*	Merck	180	484,80	2,6933

LAMIVUDINE F

Co. 100 mg **PPB**

02393239	*Apo-Lamivudine HBV*	Apotex	100	353,16	➧	3,5316
02239193	*Heptovir*	GSK	60	273,50		4,5583

Co. 150 mg **PPB**

02192683	*3TC*	ViiV	60	279,05		4,6508
02369052	*Apo-Lamivudine*	Apotex	100	362,69	➧	3,6269

Co. 300 mg **PPB**

02247825	*3TC*	ViiV	30	279,05		9,3017
02369060	*Apo-Lamivudine*	Apotex	100	725,38	➧	7,2538

Sol. Orale 10 mg/mL

02192691	*3TC*	ViiV	240 ml	72,93	0,3039

LAMIVUDINE/ ZIDOVUDINE F

Co. 150 mg -300mg **PPB**

02375540	*Apo-Lamivudine-Zidovudine*	Apotex	100	261,03	➧	2,6103
02414414	*Auro-Lamivudine/ Zidovudine*	Aurobindo	60	156,62	➧	2,6103
			500	1305,15	➧	2,6103
02239213	*Combivir*	ViiV	60	156,62	➧	2,6103
02387247	*Teva Lamivudine/ Zidovudine*	Teva Can	60	156,62	➧	2,6103

LOPINAVIR/ RITONAVIR F

Co. 100 mg -25 mg

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

Co. 200 mg -50 mg

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

Sol. Orale 80 mg - 20 mg/mL

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
NELFINAVIR (MÉSYLATE DE) P					
Co.				250 mg	
02238617	*Viracept*	ViiV	300	546,00	1,8200
Co.				625 mg	
02248761	*Viracept*	ViiV	120	546,00	4,5500
NÉVIRAPINE P					
Co.				200 mg **PPB**	
02318601	*Auro-Nevirapine*	Aurobindo	60	74,08	1,2347
02387727	*Mylan-Nevirapine*	Mylan	60	74,08	1,2347
			100	123,46	1,2346
02405776	*pms-Nevirapine*	Phmscience	60	74,08	1,2347
02352893	*Teva-Nevirapine*	Teva Can	60	74,08	1,2347
02238748	*Viramune*	Bo. Ing.	60	294,90	4,9150
Co. L.A.				400 mg	
02367289	*Viramune XR*	Bo. Ing.	30	74,08	2,4693
RALTÉGRAVIR P					
Co.				400 mg	
02301881	*Isentress*	Merck	60	690,00	11,5000
RILPIVIRINE P					
Co.				25 mg	
02370603	*Edurant*	Janss. Inc	30	413,91	13,7970
RITONAVIR P					
Co.				100 mg	
02357593	*Norvir*	AbbVie	30	43,68	1,4560
Sol. Orale				80 mg/mL	
02229145	*Norvir*	AbbVie	240 ml	279,51	1,1646
SAQUINAVIR (MÉSYLATE DE) P					
Caps.				200 mg	
02216965	*Invirase*	Roche	270	501,23	1,8564
Co.				500 mg	
02279320	*Invirase*	Roche	120	514,08	4,2840

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
STAVUDINE P					
Caps.				15 mg	
02216086	*Zerit*	B.M.S.	60	250,40	4,1733
Caps.				20 mg	
02216094	*Zerit*	B.M.S.	60	260,35	4,3392
Caps.				30 mg	
02216108	*Zerit*	B.M.S.	60	271,61	4,5268
Caps.				40 mg	
02216116	*Zerit*	B.M.S.	60	281,54	4,6923
TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) P					
Co.				300 mg	
02247128	*Viread*	Gilead	30	518,67	17,2890
ZIDOVUDINE P					
Caps.				100 mg **PPB**	
01946323	*Apo-Zidovudine*	Apotex	100	139,77 ➡	1,3977
01902660	*Retrovir*	ViiV	100	175,55	1,7555
Sir.				10 mg/mL	
01902652	*Retrovir*	ViiV	240 ml	44,94	0,1873
Sol. Inj.				10 mg/mL	
01902644	*Retrovir*	ViiV	20 ml	16,70	

8:18.20
INTERFÉRONS

INTERFÉRON ALFA-2B P

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

INTERFÉRON ALFA-2B (SANS ALBUMINE HUMAINE) P

Sol. Inj.				6 M UI/mL	
02238674	*Intron A (sans albumine)*	Merck	3 ml	214,47	
Sol. Inj.				10 millions UI/mL	
02238675	*Intron A (sans albumine)*	Merck	2,5 ml	297,87	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)			18 millions UI/1,2 mL		
02240693	*Intron A (sans albumine)*	Merck	1	214,47	
Sol. Inj. S.C. (ser)			30 M UI / 1,2 mL		
02240694	*Intron A (sans albumine)*	Merck	1	357,42	
Sol. Inj. S.C. (ser)			60 M UI/ 1,2 mL		
02240695	*Intron A (sans albumine)*	Merck	1	714,89	

8:18.32
ANALOGUES DES NUCLÉOSIDES ET DES NUCLÉOTIDES

ACYCLOVIR

Co.				200 mg	**PPB**	
02286556	*Acyclovir*	Sanis	100	63,97	➧	0,6397
02207621	*Apo-Acyclovir*	Apotex	100	63,97	➧	0,6397
02242784	*Mylan-Acyclovir*	Mylan	100	63,97	➧	0,6397
02285959	*Novo-Acyclovir*	Novopharm	100	63,97	➧	0,6397
02078627	*ratio-Acyclovir*	Ratiopharm	100	63,97	➧	0,6397
			500	319,85	➧	0,6397
Co.				400 mg	**PPB**	
02286564	*Acyclovir*	Sanis	100	127,00	➧	1,2700
02207648	*Apo-Acyclovir*	Apotex	100	127,00	➧	1,2700
02242463	*Mylan-Acyclovir*	Mylan	100	127,00	➧	1,2700
02285967	*Novo-Acyclovir*	Novopharm	100	127,00	➧	1,2700
02078635	*ratio-Acyclovir*	Ratiopharm	100	127,00	➧	1,2700
Co.				800 mg	**PPB**	
02286572	*Acyclovir*	Sanis	100	126,73	➧	1,2673
02207656	*Apo-Acyclovir*	Apotex	100	126,73	➧	1,2673
02242464	*Mylan-Acyclovir*	Mylan	100	126,73	➧	1,2673
02285975	*Novo-Acyclovir*	Novopharm	100	126,73	➧	1,2673
02078651	*ratio-Acyclovir*	Ratiopharm	100	126,73	➧	1,2673
01911635	*Zovirax*	GSK	50	239,56		4,7912
Susp. Orale				200 mg/5 mL		
00886157	*Zovirax*	GSK	475 ml	117,56		0,2475

ACYCLOVIR SODIQUE

Sol. Perf. I.V.				25 mg/mL	
02236916	*Acyclovir*	Hospira	20 ml	58,41	

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Perf. I.V.					50 mg/mL	
	02236926	*Acyclovir Sodique*	PPC	10 ml 20 ml	85,78 171,57	

FAMCICLOVIR P

Co.					125 mg	**PPB**	
*	02305682	*ACT Famciclovir*	ActavisPhm	10	13,94	➧	1,3940
	02292025	*Apo-Famciclovir*	Apotex	30	41,82	➧	1,3940
	02324865	*Famciclovir*	Pro Doc	10	13,94	➧	1,3940
	02229110	*Famvir*	Novartis	10	27,15		2,7150
	02278081	*pms-Famciclovir*	Phmscience	10	13,94	➧	1,3940
	02278634	*Sandoz Famciclovir*	Sandoz	10	13,94	➧	1,3940
Co.					250 mg	**PPB**	
*	02305690	*ACT Famciclovir*	ActavisPhm	30	56,20	➧	1,8733
	02292041	*Apo-Famciclovir*	Apotex	30	56,20	➧	1,8733
	02324873	*Famciclovir*	Pro Doc	30	56,20	➧	1,8733
	02229129	*Famvir*	Novartis	30	112,10		3,7367
	02278103	*pms-Famciclovir*	Phmscience	30	56,20	➧	1,8733
				100	187,33	➧	1,8733
	02278642	*Sandoz Famciclovir*	Sandoz	30	56,20	➧	1,8733
				100	187,33	➧	1,8733
Co.					500 mg	**PPB**	
*	02305704	*ACT Famciclovir*	ActavisPhm	21	35,50	➧	1,6905
				100	169,06	➧	1,6906
*	02292068	*Apo-Famciclovir*	Apotex	30	50,71	➧	1,6905
*	02324881	*Famciclovir*	Pro Doc	21	35,50	➧	1,6905
	02177102	*Famvir*	Novartis	21	139,38		6,6371
*	02278111	*pms-Famciclovir*	Phmscience	21	35,50	➧	1,6905
				100	169,06	➧	1,6906
*	02278650	*Sandoz Famciclovir*	Sandoz	21	35,50	➧	1,6905
				100	169,06	➧	1,6906

GANCICLOVIR SODIQUE P

Pd. Perf. I.V.					500 mg	
	02162695	*Cytovene*	Roche	5	210,19	42,0380

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE) F

Co.			500 mg PPB		
02295822	*Apo-Valacyclovir*	Apotex	8	6,78	0,8475
			100	84,75	0,8475
02405040	*Auro-Valacyclovir*	Aurobindo	30	25,43	0,8475
			500	423,75	0,8475
02331748	*Co Valacyclovir*	Cobalt	100	84,75	0,8475
02351579	*Mylan-Valacyclovir*	Mylan	8	6,78	0,8475
			100	84,75	0,8475
02357534	*Novo-Valacyclovir*	Teva Can	42	35,60	0,8475
02298457	*pms-Valacyclovir*	Phmscience	100	84,75	0,8475
02315173	*Pro-Valacyclovir*	Pro Doc	100	84,75	0,8475
02316447	*Riva-Valacyclovir*	Riva	100	84,75	0,8475
02219492	*Valtrex*	GSK	30	93,56	3,1187

8:30.04
AMOEBICIDES

PAROMOMYCINE (SULFATE DE) F

Caps.			250 mg		
02078759	*Humatin*	Erfa	100	221,25	2,2125

8:30.08
ANTIPALUDÉENS

ATOVAQUONE/ PROGUANIL (CHLORHYDRATE DE) F

Co.			62,5 mg - 25 mg		
02264935	*Malarone pédiatrique*	GSK	12	17,77	1,4808

Co.			250 mg - 100 mg PPB		
02421429	*Atovaquone Proguanil*	Sanis	12	27,98	2,3315
02238151	*Malarone*	GSK	12	51,81	4,3175
02402165	*Mylan-Atovaquone/ Proguanil*	Mylan	100	233,15	2,3315
02380927	*Teva Atovaquone Proguanil*	Teva Can	12	27,98	2,3315

CHLOROQUINE (PHOSPHATE DE) F

Co.			250 mg		
00021261	*Novo-Chloroquine*	Novopharm	100	32,08	0,3208

HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D') F

Co.			200 mg PPB		
02246691	*Apo-Hydroxyquine*	Apotex	100	26,20	0,2620
			500	131,00	0,2620
02424991	*Mint-Hydroxychloroquine*	Mint	100	26,20	0,2620
02252600	*Mylan-Hydroxychloroquine*	Mylan	100	26,20	0,2620
02017709	*Plaquenil*	SanofiAven	100	56,62	0,5662
02311011	*Pro-Hydroxyquine-200*	Pro Doc	100	26,20	0,2620
			500	131,00	0,2620

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MÉFLOQUINE (CHLORHYDRATE DE) F

Co. — 250 mg

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

PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE) F

Co. — 26,3 mg

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

QUININE (SULFATE DE)

Caps. — 200 mg **PPB**

02254514	*Apo-Quinine*	Apotex	100	23,90	0,2390
00021008	*Novo-Quinine*	Novopharm	100	23,90	0,2390
			500	119,50	0,2390
02311216	*Pro-Quinine-200*	Pro Doc	100	23,90	0,2390
00695440	*Quinine-Odan (Caps.)*	Odan	100	23,90	0,2390
			500	119,50	0,2390

Caps. ou Co. — 300 mg **PPB**

02254522	*Apo-Quinine (Caps.)*	Apotex	100	37,50	0,3750
00021016	*Novo-Quinine (Caps.)*	Novopharm	100	37,50	0,3750
			500	187,50	0,3750
02311224	*Pro-Quinine-300 (Caps.)*	Pro Doc	100	37,50	0,3750
00695459	*Quinine-Odan (Caps.)*	Odan	100	37,50	0,3750
			500	187,50	0,3750
00695432	*Quinine-Odan (Co.)*	Odan	100	37,50	0,3750

8:30.92
DIVERS ANTIPROTOZOAIRES

ATOVAQUONE F

Susp. Orale — 150 mg/mL

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

MÉTRONIDAZOLE F

Co. — 250 mg

00545066	*Métronidazole*	AA Pharma	500	29,75	0,0595

Sol. Perf. I.V. — 5 mg/mL

00649074	*Métronidazole*	Hospira	100 ml	14,58	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:36
ANTI-INFECTIEUX URINAIRES

FOSFOMYCINE (TROMÉTHAMINE DE) P

Pd. Orale — 3 g

02240335	*Monurol sachet*	Paladin	1	13,00	

NITROFURANTOÏNE P

Co. — 50 mg

00319511	*Nitrofurantoin*	AA Pharma	100	16,70	0,1670

Co. — 100 mg

00312738	*Nitrofurantoin*	AA Pharma	100	22,27	0,2227

NITROFURANTOÏNE (MACROCRISTAUX) P

Caps. — 50 mg

02231015	*Novo-Furantoin*	Novopharm	100	31,87	0,3187

Caps. — 100 mg

02231016	*Novo-Furantoin*	Novopharm	100	61,10	0,6110

NITROFURANTOINE (MONOHYDRATE DE) (MACROCRISTAUX) P

Caps. — 100 mg

02063662	*MacroBid*	Warner	100	68,17	0,6817

TRIMÉTHOPRIME P

Co. — 100 mg

02243116	*Trimethoprim*	AA Pharma	100	25,66	0,2566

Co. — 200 mg

02243117	*Trimethoprim*	AA Pharma	100	52,73	0,5273

10:00
ANTINÉOPLASIQUES

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

10:00
ANTINÉOPLASIQUES
ANASTROZOLE F
Co.

1 mg **PPB**

*	02394898	*ACT Anastrozole*	ActavisPhm	30	38,19	➧	1,2729
	02351218	*Anastrozole*	Accord	30	38,19	➧	1,2729
	02395649	*Anastrozole*	Pro Doc	30	38,19	➧	1,2729
	02374420	*Apo-Anastrozole*	Apotex	30	38,19	➧	1,2729
				100	127,29	➧	1,2729
	02224135	*Arimidex*	AZC	30	152,75		5,0917
	02404990	*Auro-Anastrozole*	Aurobindo	30	38,19	➧	1,2729
	02392488	*Bio-Anastrozole*	Biomed	30	38,19	➧	1,2729
				100	127,29	➧	1,2729
	02339080	*Jamp-Anastrozole*	Jamp	30	38,19	➧	1,2729
				100	127,29	➧	1,2729
	02379562	*Mar-Anastrozole*	Marcan	30	38,19	➧	1,2729
				100	127,29	➧	1,2729
	02379104	*Med-Anastrozole*	GMP	30	38,19	➧	1,2729
	02393573	*Mint-Anastrozole*	Mint	30	38,19	➧	1,2729
	02361418	*Mylan-Anastrozole*	Mylan	30	38,19	➧	1,2729
	02417855	*Nat-Anastrozole*	Natco	30	38,19	➧	1,2729
				100	127,29	➧	1,2729
	02320738	*pms-Anastrozole*	Phmscience	30	38,19	➧	1,2729
	02328690	*Ran-Anastrozole*	Ranbaxy	100	127,29	➧	1,2729
	02392259	*Riva-Anastrozole*	Riva	30	38,19	➧	1,2729
	02338467	*Sandoz Anastrozole*	Sandoz	30	38,19	➧	1,2729
	02365650	*Taro-Anastrozole*	Taro	30	38,19		1,2730
+	02427818	*VAN-Anastrozole*	Vanc Phm	100	127,29	➧	1,2729
	02326035	*Zinda-Anastrozole*	Zinda	30	38,19		1,2730

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BICALUTAMIDE F

Co. 50 mg **PPB**

02296063	*Apo-Bicalutamide*	Apotex	30	48,30	➡	1,6100
02325985	*Bicalutamide*	Accord	30	48,30	➡	1,6100
			100	161,00	➡	1,6100
02382423	*Bicalutamide*	Sivem	30	48,30	➡	1,6100
			100	161,00	➡	1,6100
02184478	*Casodex*	AZC	30	200,70		6,6900
02274337	*Co Bicalutamide*	Cobalt	30	48,30	➡	1,6100
			100	161,00	➡	1,6100
02357216	*Jamp-Bicalutamide*	Jamp	30	48,30	➡	1,6100
02302403	*Mylan-Bicalutamide*	Mylan	30	48,30	➡	1,6100
			100	161,00	➡	1,6100
02270226	*Novo-Bicalutamide*	Novopharm	30	48,30	➡	1,6100
			100	161,00	➡	1,6100
02281163	*phl-Bicalutamide*	Pharmel	30	48,30	➡	1,6100
			100	161,00	➡	1,6100
02275589	*pms-Bicalutamide*	Phmscience	30	48,30	➡	1,6100
			100	161,00	➡	1,6100
02311038	*Pro-Bicalutamide-50*	Pro Doc	30	48,30	➡	1,6100
02371324	*Ran-Bicalutamide*	Ranbaxy	30	48,30	➡	1,6100
			100	161,00	➡	1,6100
02277700	*ratio-Bicalutamide*	Ratiopharm	30	48,30	➡	1,6100
02276089	*Sandoz Bicalutamide*	Sandoz	30	48,30	➡	1,6100

BUSERELINE (ACÉTATE DE) F

Implant 6,3 mg

02228955	*Suprefact Depôt*	SanofiAven	1	733,47	

Implant 9,45 mg

02240749	*Suprefact Depôt 3 mois*	SanofiAven	1	1083,76	

Sol. Inj. S.C. 1 mg/mL

02225166	*Suprefact*	SanofiAven	5,5 ml	51,76	

Vap. nasal 10 mL

02225158	*Suprefact*	SanofiAven	10 ml	69,35	

BUSULFAN F

Co. 2 mg

00004618	*Myleran*	Aspri Phm	25	35,32	1,4128

CHLORAMBUCIL F

Co. 2 mg

00004626	*Leukeran*	Aspri Phm	25	33,30	1,3320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CYCLOPHOSPHAMIDE P

Co.				25 mg	
02241795	*Procytox*	Baxter	200	70,40	0,3520

Co.				50 mg	
02241796	*Procytox*	Baxter	100	47,40	0,4740

ESTRAMUSTINE (PHOSPHATE DISODIQUE D') P

Caps.				140 mg	
02063794	*Emcyt*	Pfizer	100	306,44	3,0644

ÉTOPOSIDE P

Caps.				50 mg	
00616192	*Vepesid*	B.M.S.	20	656,42	32,8210

EXÉMESTANE P

Co.				25 mg	PPB	
* 02390183	*ACT Exemestane*	ActavisPhm	30	38,84	➡	1,2947
02419726	*Apo-Exemestane*	Apotex	30	38,84	➡	1,2947
02242705	*Aromasin*	Pfizer	30	155,35		5,1783
02407841	*Med-Exemestane*	GMP	30	38,84	➡	1,2947
02408473	*Teva-Exemestane*	Teva Can	30	38,84	➡	1,2947

FLUTAMIDE P

Co.				250 mg	PPB	
02238560	*Apo-Flutamide*	Apotex	100	135,30	➡	1,3530
* 02230089	*Novo-Flutamide*	Novopharm	100	135,30		R

GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE) P

Implant				3,6 mg	
02049325	*Zoladex*	AZC	1	390,50	

Implant				10,8 mg	
02225905	*Zoladex LA*	AZC	1	1113,00	

HYDROXYURÉE P

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

INTERFÉRON ALFA-2B Ⓟ

Pd. Inj. S.C. — 10 millions UI

02223406	*Intron A*	Merck	1 ml	123,35	

INTERFÉRON ALFA-2B (SANS ALBUMINE HUMAINE) Ⓟ

Sol. Inj. — 6 M UI/mL

02238674	*Intron A (sans albumine)*	Merck	3 ml	214,47	

Sol. Inj. — 10 millions UI/mL

02238675	*Intron A (sans albumine)*	Merck	2,5 ml	297,87	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 18 millions UI/1,2 mL

02240693	*Intron A (sans albumine)*	Merck	1	214,47	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 30 M UI / 1,2 mL

02240694	*Intron A (sans albumine)*	Merck	1	357,42	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 60 M UI/ 1,2 mL

02240695	*Intron A (sans albumine)*	Merck	1	714,89	

LÉTROZOLE Ⓟ

Co. — 2,5 mg **PPB**

	02358514	*Apo-Letrozole*	Apotex	30	41,34	1,3780
	02404400	*Auro-Letrozole*	Aurobindo	30	41,34	1,3780
	02392496	*Bio-Letrozole*	Biomed	30	41,34	1,3780
				100	137,80	1,3780
	02231384	*Femara*	Novartis	30	163,96	5,4653
	02373009	*Jamp-Letrozole*	Jamp	30	41,34	1,3780
				100	137,80	1,3780
	02338459	*Letrozole*	Accord	30	41,34	1,3780
*	02348969	*Letrozole*	ActavisPhm	30	41,34	1,3780
	02402025	*Letrozole*	Pro Doc	30	41,34	1,3780
	02347997	*Letrozole*	Teva Can	30	41,34	1,3780
	02373424	*Mar-Letrozole*	Marcan	30	41,34	1,3780
	02322315	*Med-Letrozole*	GMP	30	41,34	1,3780
	02372169	*Myl-Letrozole*	Mylan	30	41,34	1,3780
	02421585	*Nat-Letrozole*	Natco	30	41,34	1,3780
				100	137,80	1,3780
	02309114	*pms-Letrozole*	Phmscience	30	41,34	1,3780
	02372282	*Ran-Letrozole*	Ranbaxy	100	137,80	1,3780
	02398656	*Riva-Letrozole*	Riva	30	41,34	1,3780
	02344815	*Sandoz Letrozole*	Sandoz	30	41,34	1,3780
	02343657	*Teva-Letrozole*	Teva Can	30	41,34	1,3780
+	02428156	*VAN-Letrozole*	Vanc Phm	100	137,80	1,3780
	02378213	*Zinda-Letrozole*	Zinda	30	41,34	1,3780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LEUPROLIDE (ACÉTATE DE) [F]

Trousse				3,75 mg	
00884502	*Lupron Depot*	AbbVie	1	336,23	
Trousse				5 mg/mL	
00727695	*Lupron*	AbbVie	14	189,41	
Trousse				7,5 mg	
02248239	*Eligard*	SanofiAven	1	310,72	
00836273	*Lupron Depot*	AbbVie	1	387,97	
Trousse				11,25 mg	
02239834	*Lupron Depot*	AbbVie	1	1008,68	
Trousse				22,5 mg	
02248240	*Eligard*	SanofiAven	1	891,00	
02230248	*Lupron Depot*	AbbVie	1	1071,00	
Trousse				30 mg	
02248999	*Eligard*	SanofiAven	1	1285,20	
02239833	*Lupron Depot*	AbbVie	1	1428,00	
Trousse				45 mg	
02268892	*Eligard*	SanofiAven	1	1450,00	

MELPHALAN [F]

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

MERCAPTOPURINE [F]

Co.				50 mg **PPB**	
02415275	*Mercaptopurine*	Sterimax	25	71,53 ➡	2,8612
00004723	*Purinethol*	Novopharm	25	71,53 ➡	2,8612

MÉTHOTREXATE [F]

Co.				2,5 mg **PPB**	
02182963	*Apo-Methotrexate*	Hospira	100	63,25 ➡	0,6325
02170698	*Methotrexate*	Pfizer	100	63,25 ➡	0,6325
02244798	*ratio-Methotrexate*	Ratiopharm	100	63,25 ➡	0,6325

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg	
02182750	*Méthotrexate*	Hospira	100	214,55	2,1455
Sol. Inj.				25 mg/mL **PPB**	
02419173	*Jamp-Methotrexate*	Jamp	2 ml	➡ 11,25	
02398427	*Méthotrexate*	Sandoz	2 ml	➡ 11,25	
			20 ml	➡ 117,50	
02417626	*Méthotrexate Injectable, USP*	Mylan	2 ml	➡ 11,25	
02182777	*Méthotrexate Sodique*	Hospira	2 ml	11,54	
			20 ml	➡ 117,50	
02182955	*Méthotrexate Sodique sans préservatif*	Hospira	2 ml	➡ 11,25	
Sol. Inj. (ser)				7,5 mg/0,3 mL	
02422166	*Méthotrexate pour Injection BP*	Phmscience	1	5,60	
Sol. Inj. (ser)				10 mg/0,4 mL	
02422174	*Méthotrexate pour Injection BP*	Phmscience	1	7,00	
Sol. Inj. (ser)				15 mg/0,6 ml	
02422182	*Méthotrexate pour Injection BP*	Phmscience	1	8,40	
Sol. Inj. (ser)				20 mg/0,8 ml	
02422190	*Méthotrexate pour Injection BP*	Phmscience	1	11,20	
Sol. Inj. (ser)				25 mg/mL	
02422204	*Méthotrexate pour Injection BP*	Phmscience	1	12,20	

NILUTAMIDE Ⓟ

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

PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TAMOXIFÈNE (CITRATE DE) F

Co.				10 mg PPB	
00812404	*Apo-Tamox*	Apotex	100	17,50	0,1750
02088428	*Mylan-Tamoxifen*	Mylan	60	10,50	0,1750
			250	43,75	0,1750
00851965	*Novo-Tamoxifen*	Novopharm	100	17,50	0,1750

Co.				20 mg PPB	
00812390	*Apo-Tamox*	Apotex	100	35,00	0,3500
			250	87,50	0,3500
02089858	*Mylan-Tamoxifen*	Mylan	30	10,50	0,3500
			250	87,50	0,3500
02048485	*Nolvadex-D*	AZC	30	11,05	0,3683
00851973	*Novo-Tamoxifen*	Novopharm	30	10,50	0,3500
			100	35,00	0,3500

THIOGUANINE F

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

TRÉTINOÏNE F

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

TRIPTORÉLINE (PAMOATE DE) F

Trousse				3,75 mg	
02240000	*Trelstar*	Actavis	1	304,43	

Trousse				11,25 mg	
02243856	*Trelstar LA*	Actavis	1	932,12	

Trousse				22,5 mg	
02412322	*Trelstar*	Actavis	1	1650,00	

12:00
MÉDICAMENTS S.N.A.

12:04	**parasympathomimétiques**
12:08	**anticholinergiques**
12:08.08	antimuscariniques / antispasmodiques
12:12	**sympathomimétiques**
12:12.04	agonistes alpha-adrénergiques
12:12.08	agonistes bêta-adrénergiques
12:12.12	agonistes alpha et bêta adrénergiques
12:16	**sympatholytiques**
12:16.04	bloquants alpha-adrénergiques
12:20	**myorelaxants**
12:20.04	myorelaxants à action centrale
12:20.08	myorelaxants à action directe
12:20.12	myorelaxants dérivés du GABA
12:20.92	divers myorelaxants
12:92	**médicaments S.N.A. divers**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

12:04
PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

BÉTHANÉCHOL (CHLORURE DE) F

Co. — 10 mg

01947958	*Duvoid*	Paladin	100	25,98	0,2598

Co. — 25 mg

01947931	*Duvoid*	Paladin	100	42,07	0,4207

Co. — 50 mg

01947923	*Duvoid*	Paladin	100	55,26	0,5526

NÉOSTIGMINE (BROMURE DE) F

Co. — 15 mg

00869945	*Prostigmin*	Valeant	100	43,70	0,4370

PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE) F

Co. — 60 mg

00869961	*Mestinon*	Valeant	100	42,95	0,4295

Co. L.A. — 180 mg

00869953	*Mestinon Supraspan*	Valeant	30	28,19	0,9397

12:08.08
ANTIMUSCARINIQUES / ANTISPASMODIQUES

ACLIDINIUM (BROMURE D') F

Pd. pour inh. (App.) — 400 mcg

02409720	*Tudorza Genuair*	Almirall	60	53,10	

GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) OU GLYCOPYRROLATE F

Pd. pour inh. (App.) — 50 mcg/caps.

02394936	*Seebri Breezhaler*	Novartis	30	53,10	

Sol. Inj. — 0,2 mg/mL

02039508	*Glycopyrrolate injection*	Sandoz	2 ml	7,96	

HYOSCINE (BUTYLBROMURE D')

Sol. Inj. — 20 mg/mL

02229868	*Butylbromure d'hyoscine*	Sandoz	1 ml	4,52	↑ 4,1300

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

IPRATROPIUM (BROMURE D') R

Aéro. oral — 0,02 mg/dose

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

Sol. pour Inh. — 0,125 mg/mL (2 mL) **PPB**

	02231135	*pms-Ipratropium Polynebs*	Phmscience	20	13,18	0,6590
*	02097176	*ratio-Ipratropium UDV*	Ratiopharm	20	13,18	R

Sol. pour Inh. — 0,25 mg/mL **PPB**

	02126222	*Apo-Ipravent*	Apotex	20 ml	6,31	
	02239131	*Mylan-Ipratropium*	Mylan	20 ml	6,31	
	02210479	*Novo-Ipramide*	Novopharm	20 ml	6,31	
	02231136	*pms-Ipratropium*	Phmscience	20 ml	6,31	

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

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

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

	02231245	*pms-Ipratropium Polynebs*	Phmscience	10	13,18	1,3180
*	02097168	*ratio-Ipratropium UDV*	Ratiopharm	10	13,18	R
	99002795	*Teva-Ipratropium Sterinebs*	Teva Can	10	13,18	1,3180

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

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

	02231675	*Combivent UDV*	Bo. Ing.	20	30,15	1,5075
*	02243789	*ratio-Ipra Sal UDV*	Ratiopharm	20	14,68	R
	02272695	*Teva-Combo Sterinebs*	Teva Can	20	14,68	0,7340

SCOPOLAMINE (BROMHYDRATE DE)

Sol. Inj. — 0,4 mg/mL

	02242810	*Scopolamine Hydrobromide Injection*	Oméga	1	4,50	

Sol. Inj. — 0,6 mg/mL

	02242811	*Scopolamine Hydrobromide Injection*	Oméga	1	5,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE) F

Pd. pour inh. (App.) — 18 mcg

02246793	*Spiriva*	Bo. Ing.	30	63,00	

12:12.04
AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

MIDODRINE (CHLORHYDRATE DE) F

Co. — 2,5 mg

02278677	*Midodrine*	AA Pharma	100	33,78	0,3378

Co. — 5 mg

02278685	*Midodrine*	AA Pharma	100	56,30	0,5630

12:12.08
AGONISTES BÊTA-ADRÉNERGIQUES

FORMOTEROL (FUMARATE DE) F

Pd. pour Inh. — 12 mcg/caps.

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

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE) F

Pd. pour Inh. — 6 mcg /dose

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

Pd. pour Inh. — 12 mcg/dose

02237224	*Oxeze Turbuhaler*	AZC	60 dose(s)	44,28	

INDACATÉROL (MALÉATE D') F

Pd. pour inh. (App.) — 75 mcg/caps.

02376938	*Onbrez Breezhaler*	Novartis	30	46,50	

ORCIPRÉNALINE (SULFATE D') F

Sir. — 10 mg/5 mL

02236783	*Orciprenaline*	AA Pharma	250 ml	14,35	0,0308

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SALBUTAMOL F

Aéro. oral — 100 mcg/dose — **PPB**

02232570	*Airomir*	Valeant	200 dose(s)	➡	5,00	
02245669	*Apo-Salvent sans CFC*	Apotex	200 dose(s)	➡	5,00	
02326450	*Novo-Salbutamol HFA*	Novopharm	200 dose(s)	➡	5,00	
02419858	*Salbutamol HFA*	Sanis	200 dose(s)	➡	5,00	
02241497	*Ventolin HFA*	GSK	200 dose(s)		6,00	

SALBUTAMOL (SULFATE DE) F

Co. — 2 mg

02146843	*Apo-Salvent*	Apotex	100	12,74	0,1274

Co. — 4 mg

02146851	*Apo-Salvent*	Apotex	100	21,34	0,2134

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

02208245	*pms-Salbutamol Polynebs*	Phmscience	20	3,49	➡	0,1745
02239365	*ratio-Salbutamol*	Ratiopharm	20	3,49	➡	0,1745
02213400	*Ventolin Nebules P.F.*	GSK	20	9,95		0,4975

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

02208229	*pms-Salbutamol Polynebs*	Phmscience	20	7,23	➡	0,3615
* 01986864	*ratio-Salbutamol*	Ratiopharm	20	7,23		R
01926934	*Teva-Salbutamol Sterinebs P.F.*	Teva Can	20	7,23	➡	0,3615
02213419	*Ventolin Nebules P.F.*	GSK	20	20,00		1,0000

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

02208237	*pms-Salbutamol Polynebs*	Phmscience	20	13,74	➡	0,6870
02239366	*ratio-Salbutamol*	Ratiopharm	20	13,74	➡	0,6870
02228297	*Salmol*	Riva	20	13,74	➡	0,6870
02173360	*Teva-Salbutamol Sterinebs P.F.*	Teva Can	20	13,74	➡	0,6870
02213427	*Ventolin Nebules P.F.*	GSK	20	38,01		1,9005

Sol. pour Inh. — 5 mg/mL — **PPB**

00860808	*ratio-Salbutamol*	Ratiopharm	10 ml	➡	3,51	
02154412	*Sandoz Salbutamol*	Sandoz	10 ml	➡	3,51	
02213486	*Ventolin*	GSK	10 ml		9,71	

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE) F

Pd. pour Inh. — 50 mcg/coque

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pd. pour Inh. — 50 mcg/coque (4)

02214261	*Serevent*	GSK	15	52,64	3,5093

Pd. pour inh. (App.) — 50 mcg/coque (4)

99000091	*Serevent & Diskhaler*	GSK	15	55,91	

TERBUTALINE (SULFATE DE) F

Pd. pour Inh. — 0,5 mg/dose

00786616	*Bricanyl Turbuhaler*	AZC	100 dose(s)	7,64	

12:12.12
AGONISTES ALPHA ET BÊTA ADRÉNERGIQUES
ÉPINÉPHRINE

Sol. Inj. (App.) — 0,15 mg/dose — PPB

02382059	*Allerject*	SanofiAven	1	➡ 81,00	
00578657	*EpiPen Jr.*	Pfizer	1	➡ 81,00	
02268205	*Twinject*	Paladin	1	➡ 81,00	
			2	➡ 152,00	

Sol. Inj. (App.) — 0,3 mg/dose — PPB

02382067	*Allerject*	SanofiAven	1	➡ 81,00	
00509558	*EpiPen*	Pfizer	1	➡ 81,00	
02247310	*Twinject*	Paladin	1	➡ 81,00	
			2	➡ 152,00	

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

Co. L.A. — 10 mg — PPB

02414759	*Alfuzosin*	Pro Doc	100	49,66	➡	0,4966
02315866	*Apo-Alfuzosin*	Apotex	100	49,66	➡	0,4966
02314282	*Novo-Alfuzosin PR*	Teva Can	100	49,66	➡	0,4966
02304678	*Sandoz Alfuzosin*	Sandoz	100	49,66	➡	0,4966
02245565	*Xatral*	SanofiAven	100	101,30		1,0130

DIHYDROERGOTAMINE (MÉSYLATE DE) F

Sol. Inj. — 1 mg/mL — PPB

00027243	*Dihydroergotamine*	Sterimax	1 ml	3,88		
02241163	*Mesylate de dihydroergotamine*	Sandoz	1 ml	3,72	⬆	3,2300

Vap. nasal — 4 mg/mL

02228947	*Migranal*	Sterimax	3	28,22	9,4067

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SILODOSINE F

Caps. 4 mg

02361663	*Rapaflo*	Actavis	30	13,15	0,4383

Caps. 8 mg

02361671	*Rapaflo*	Actavis	30	13,15	0,4383
			90	39,45	0,4383

TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE) F

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

02362406	*Apo-Tamsulosin CR*	Apotex	100	15,00	0,1500
			500	75,00	0,1500
02270102	*Flomax CR*	Bo. Ing.	30	18,00	0,6000
02298570	*Mylan-Tamsulosin*	Mylan	100	15,00	0,1500
02281392	*Novo-Tamsulosin*	Novopharm	100	15,00	0,1500
02294265	*ratio-Tamsulosin*	Ratiopharm	100	15,00	0,1500
02319217	*Sandoz Tamsulosin*	Sandoz	100	15,00	0,1500
02340208	*Sandoz Tamsulosin CR*	Sandoz	100	15,00	0,1500
			500	75,00	0,1500
02413612	*Tamsulosin CR*	Pro Doc	30	4,50	0,1500
			500	75,00	0,1500
02427117	*Tamsulosin CR*	Sanis	100	15,00	0,1500
02429667	*Tamsulosin CR*	Sivem	100	15,00	0,1500
			500	75,00	0,1500
02368242	*Teva-Tamsulosin CR*	Teva Can	30	4,50	0,1500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

12:20.04
MYORELAXANTS À ACTION CENTRALE
CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE) F

Co.

					10 mg PPB		
	02177145	*Apo-Cyclobenzaprine*	Apotex	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727
	02348853	*Auro-Cyclobenzaprine*	Aurobindo	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727
	02287064	*Cyclobenzaprine*	Sanis	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727
	02424584	*Cyclobenzaprine*	Sivem	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727
	02220644	*Cyclobenzaprine-10*	Pro Doc	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727
	02357127	*Jamp-Cyclobenzaprine*	Jamp	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727
	02231353	*Mylan-Cyclobenzaprine*	Mylan	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727
	02080052	*Novo-Cycloprine*	Novopharm	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727
	02249359	*phl-Cyclobenzaprine*	Pharmel	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727
	02212048	*pms-Cyclobenzaprine*	Phmscience	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727
*	02236506	*ratio-Cyclobenzaprine*	Ratiopharm	100	37,27		R
				500	186,35		R
	02242079	*Riva-Cycloprine*	Riva	100	37,27	➧	0,3727
				500	186,35	➧	0,3727

12:20.08
MYORELAXANTS À ACTION DIRECTE
DANTROLÈNE SODIQUE F

Caps.

				25 mg	
01997602	*Dantrium*	JHP	100	37,80	0,3780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

12:20.12
MYORELAXANTS DÉRIVÉS DU GABA
BACLOFÈNE P

Co. — 10 mg — PPB

02139332	*Apo-Baclofen*	Apotex	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02287021	*Baclofen*	Sanis	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02152584	*Baclofen-10*	Pro Doc	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
00455881	*Lioresal*	Novartis	100	51,02		0,5102
02088398	*Mylan-Baclofen*	Mylan	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02236963	*phl-Baclofen*	Pharmel	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02063735	*pms-Baclofen*	Phmscience	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02236507	*ratio-Baclofen*	Ratiopharm	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02242150	*Riva-Baclofen*	Riva	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595

Co. — 20 mg — PPB

02139391	*Apo-Baclofen*	Apotex	100	31,04	➡	0,3104
02287048	*Baclofen*	Sanis	100	31,04	➡	0,3104
02152592	*Baclofen-20*	Pro Doc	100	31,04	➡	0,3104
00636576	*Lioresal D.S.*	Novartis	100	99,32		0,9932
02088401	*Mylan-Baclofen*	Mylan	100	31,04	➡	0,3104
02236964	*phl-Baclofen*	Pharmel	100	31,04	➡	0,3104
02063743	*pms-Baclofen*	Phmscience	100	31,04	➡	0,3104
02236508	*ratio-Baclofen*	Ratiopharm	100	31,04	➡	0,3104
02242151	*Riva-Baclofen*	Riva	100	31,04	➡	0,3104
			500	224,90	➡	0,4498

Sol. Inj. — 0,05 mg/mL (1 mL) — PPB

02131048	*Lioresal Intrathécal*	Novartis	5	50,23		10,0460
02413620	*VPI-Baclofen Intrathecal*	Valeant	5	30,14	➡	6,0280

Sol. Inj. — 0,5 mg/mL (20 mL) — PPB

02131056	*Lioresal Intrathécal*	Novartis	1	150,54		
02413639	*VPI-Baclofen Intrathecal*	Valeant	1	➡ 90,32		

Sol. Inj. — 2 mg/mL (5 mL) — PPB

02131064	*Lioresal Intrathécal*	Novartis	5	752,79		150,5580
02413647	*VPI-Baclofen Intrathecal*	Valeant	5	451,67	➡	90,3340

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

12:20.92
DIVERS MYORELAXANTS
ORPHÉNADRINE (CITRATE D')

Co. — 100 mg

02047535	*Orfenace*	Sterimax	100	35,35	0,3535

Co. L.A. — 100 mg

02243559	*Sandoz Orphenadrine*	Sandoz	100	50,95	0,5095

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

Gomme à mâcher — 2 mg **PPB**

02091933	*Nicorette*	McNeil Co	100	25,79	0,2579
			105	27,08	0,2579
80000396	*Thrive*	N.C.H.C.	36	9,15 ➧	0,2542
			108	21,77 ➧	0,2016

Gomme à mâcher — 4 mg **PPB**

02091941	*Nicorette*	McNeil Co	100	29,65	0,2965
			105	31,13	0,2965
80000402	*Thrive*	N.C.H.C.	36	10,40 ➧	0,2889
			108	28,47 ➧	0,2636

Past. Or. — 1 mg

80007461	*Thrive*	N.C.H.C.	36	9,15	0,2542
			108	21,77	0,2016

Past. Or. — 2 mg

80007464	*Thrive*	N.C.H.C.	36	10,40	0,2889
			108	28,47	0,2636

Timbre cut. — 7 mg/24 h **PPB**

01943057	*Habitrol*	N.C.H.C.	7	18,75 ➧	2,6786
02093111	*Nicoderm*	McNeil Co	7	18,75 ➧	2,6786

Timbre cut. — 14 mg/24 h **PPB**

01943065	*Habitrol*	N.C.H.C.	7	18,75 ➧	2,6786
02093138	*Nicoderm*	McNeil Co	7	18,75 ➧	2,6786

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.				21 mg/24 h **PPB**	
01943073	*Habitrol*	N.C.H.C.	7	18,75	2,6786
02093146	*Nicoderm*	McNeil Co	7	18,75	2,6786
			14	47,32	3,3800

VARÉNICLINE (TARTRATE DE) [7] F

Co.				0,5 mg	
02291177	*Champix*	Pfizer	56	96,15	1,7170
Co.				0,5 mg (11 co.) et 1 mg (42 co.)	
02298309	*Champix (Trousse de départ)*	Pfizer	53	91,01	
Co.				1 mg	
02291185	*Champix*	Pfizer	56	96,16	1,7171

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

20:00
MÉDICAMENTS DU SANG

20:04	**antianémiques**
20:04.04	préparations de fer
20:12	**antithrombotiques**
20:12.04	anticoagulants
20:12.14	Réducteurs plaquettaires
20:12.18	antiagrégants plaquettaires
20:28	**antihémorragiques**
20:28.16	hémostatiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

20:04.04
PRÉPARATIONS DE FER

FER (COMPLEXE DE GLUCONATE FERRIQUE/ SUCROSE) P

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

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

FER DEXTRAN

Sol. Inj. — 50 mg/mL

* 02205963	*Dexiron*	BHC	2 ml	27,50	

FER SACCHAROSE

Sol. Inj. I.V. — 20 mg (Fe)/mL (5 mL)

02243716	*Venofer*	BHC	10	375,00	37,5000

FERREUX (SULFATE)

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

02246733	*Euro-Ferrous Sulfate*	Euro-Pharm	1000	15,71	➡	0,0157
02248699	*Ferodan*	Odan	1000	15,71	➡	0,0157
00031100	*Jamp-Sulfate Ferreux*	Jamp	1000	15,71	➡	0,0157
80057416	*M-Fer Sulfate*	Mantra Ph.	1000	15,71	➡	0,0157
00586323	*pms-Ferrous Sulfate*	Phmscience	100	2,07	➡	0,0207
			1000	15,71	➡	0,0157

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

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

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

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

FERUMOXYTOL P

Sol. Inj. I.V. — 30 mg/mL

02377217	*Feraheme*	Takeda	1	187,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

20:12.04
ANTICOAGULANTS
DALTÉPARINE SODIQUE P

Sol. Inj. — 2 500 UI/mL (4 mL)

02377454	*Fragmin*	Pfizer	10	159,29	15,9290

Sol. Inj. — 25 000 U/mL

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

Sol. Inj. (ser) — 3500 UI/0,28 mL

+ 02430789	*Fragmin*	Pfizer	1	7,06	

Sol. Inj. S.C. — 10 000 UI/mL

02132664	*Fragmin*	Pfizer	1 ml	15,93	

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

02132621	*Fragmin*	Pfizer	1	5,04	

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

02132648	*Fragmin*	Pfizer	1	10,09	

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

02352648	*Fragmin*	Pfizer	1	15,13	

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

02352656	*Fragmin*	Pfizer	1	20,18	

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

02352664	*Fragmin*	Pfizer	1	25,22	

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

02352672	*Fragmin*	Pfizer	1	30,26	

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

02352680	*Fragmin*	Pfizer	1	36,32	

DANAPAROIDE SODIQUE P

Sol. Inj. — 750 U/0,6 mL

02129043	*Orgaran*	Merck	10	190,81	19,0810

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉNOXAPARINE Ⓟ

Sol. Inj. S.C.				100 mg/mL	
02236564	*Lovenox*	SanofiAven	3 ml	62,51	
Sol. Inj. S.C. (ser)				30 mg/ 0,3 mL	
02012472	*Lovenox*	SanofiAven	1	6,29	
Sol. Inj. S.C. (ser)				40 mg/0,4 mL	
02236883	*Lovenox*	SanofiAven	1	8,33	
Sol. Inj. S.C. (ser)				60 mg/0,6 mL	
02378426	*Lovenox*	SanofiAven	1	12,50	
Sol. Inj. S.C. (ser)				80 mg/0,8 mL	
02378434	*Lovenox*	SanofiAven	1	16,66	
Sol. Inj. S.C. (ser)				100 mg/1,0 mL	
02378442	*Lovenox*	SanofiAven	1	20,83	
Sol. Inj. S.C. (ser)				120 mg/0,8 mL	
99004941	*Lovenox HP*	SanofiAven	1	24,99	
Sol. Inj. S.C. (ser)				150 mg/1,0 mL	
02378469	*Lovenox HP*	SanofiAven	1	31,24	

FONDAPARINUX Ⓟ

Sol. Inj. S.C. (ser)				2,5 mg/0,5 mL **PPB**	
02245531	*Arixtra*	Aspri Phm	1	14,82	
02406853	*Solution injectable de fondaparinux sodique*	Dr Reddys	1	➡ 11,19	
Sol. Inj. S.C. (ser)				7,5 mg/0,6 mL **PPB**	
02258056	*Arixtra*	Aspri Phm	1	25,00	
02406896	*Solution injectable de fondaparinux sodique*	Dr Reddys	1	➡ 17,50	

HÉPARINE SODIQUE

Sol. Inj.				100 U/mL	
00727520	*Héparine Léo*	Leo	10 ml	4,26	0,4260

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			1 000 U/mL **PPB**		
00453811	*Héparine*	Leo	10 ml	5,01	➧ 0,5010
02382296	*Héparine sodique injectable, USP*	Pfizer	10 ml	5,01	➧ 0,5010
Sol. Inj.			10 000 U/mL **PPB**		
* 00579718	*Héparine Léo*	Leo	5 ml	5,50	**R**
02382326	*Héparine sodique injectable, USP*	Pfizer	1 ml	5,01	➧ 5,0100
NADROPARINE CALCIQUE					
Sol. Inj. S.C. (ser)			2 850 U/0,3 mL		
99002698	*Fraxiparine*	Aspri Phm	1	9,06	
Sol. Inj. S.C. (ser)			3 800 U/0,4 mL		
99002701	*Fraxiparine*	Aspri Phm	1	9,06	
Sol. Inj. S.C. (ser)			5 700 U/0,6 mL		
99002744	*Fraxiparine*	Aspri Phm	1	9,06	
Sol. Inj. S.C. (ser)			7 600 U/0,8 mL		
99002728	*Fraxiparine*	Aspri Phm	1	9,06	
Sol. Inj. S.C. (ser)			9 500 U/1,0 mL		
99002736	*Fraxiparine*	Aspri Phm	1	9,06	
Sol. Inj. S.C. (ser)			11 400 U/0,6 mL		
99003309	*Fraxiparine Forte*	Aspri Phm	1	18,12	
Sol. Inj. S.C. (ser)			15 200 U/0,8 mL		
99003317	*Fraxiparine Forte*	Aspri Phm	1	18,12	
Sol. Inj. S.C. (ser)			19 000 U/1,0 mL		
02240114	*Fraxiparine Forte*	Aspri Phm	1	18,12	
NICOUMALONE					
Co.				1 mg	
00010383	*Sintrom*	Paladin	100	27,33	0,2733

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				4 mg	
00010391	*Sintrom*	Paladin	100	85,91	0,8591

TINZAPARINE SODIQUE F

Sol. Inj. S.C.				10 000 UI/mL	
02167840	*Innohep*	Leo	2 ml	33,43	
Sol. Inj. S.C.				20 000 UI/mL	
02229515	*Innohep*	Leo	2 ml	67,90	
Sol. Inj. S.C. (ser)				2 500 UI/0,25 mL	
02229755	*Innohep*	Leo	10	42,15	4,2150
Sol. Inj. S.C. (ser)				3 500 UI/0,35 mL	
02358158	*Innohep*	Leo	10	59,00	5,9000
Sol. Inj. S.C. (ser)				4 500 UI/0,45 mL	
02358166	*Innohep*	Leo	10	75,80	7,5800
Sol. Inj. S.C. (ser)				8 000 UI/0,4 mL	
02429462	*Innohep*	Leo	10	137,71	13,7710
Sol. Inj. S.C. (ser)				10 000 UI/ 0,5 mL	
02231478	*Innohep*	Leo	10	167,70	16,7700
Sol. Inj. S.C. (ser)				12 000 UI/0,6 mL	
02429470	*Innohep*	Leo	10	206,57	20,6570
Sol. Inj. S.C. (ser)				14 000 UI/ 0,7 mL	
02358174	*Innohep*	Leo	10	241,00	24,1000
Sol. Inj. S.C. (ser)				16 000 UI/0,8 mL	
02429489	*Innohep*	Leo	10	275,43	27,5430
Sol. Inj. S.C. (ser)				18 000 UI/0,9 mL	
02358182	*Innohep*	Leo	10	309,85	30,9850

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

WARFARINE SODIQUE Ⓟ

Co. 1 mg **PPB**

02242924	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	7,80	0,0780
			500	39,00	0,0780
01918311	*Coumadin*	B.M.S.	100	7,80	0,0780
			1000	78,00	0,0780
02244462	*Mylan-Warfarin*	Mylan	100	7,80	0,0780
			1000	78,00	0,0780
02265273	*Novo-Warfarin*	Novopharm	100	7,80	0,0780
			250	19,50	0,0780
02242680	*Taro-Warfarin*	Taro	100	7,80	0,0780
			250	19,50	0,0780

Co. 2 mg **PPB**

02242925	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	8,25	0,0825
			500	41,25	0,0825
01918338	*Coumadin*	B.M.S.	100	8,25	0,0825
			250	20,63	0,0825
02244463	*Mylan-Warfarin*	Mylan	100	8,25	0,0825
			1000	82,50	0,0825
02242681	*Taro-Warfarin*	Taro	100	8,25	0,0825
			250	20,63	0,0825

Co. 2,5 mg **PPB**

02242926	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	6,60	0,0660
			500	33,00	0,0660
01918346	*Coumadin*	B.M.S.	100	6,60	0,0660
			250	16,50	0,0660
02244464	*Mylan-Warfarin*	Mylan	100	6,60	0,0660
			1000	66,00	0,0660
02242682	*Taro-Warfarin*	Taro	100	6,60	0,0660
			250	16,50	0,0660

Co. 3 mg **PPB**

02245618	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	10,23	0,1023
02240205	*Coumadin*	B.M.S.	100	10,23	0,1023
			250	31,15	0,1246
02287498	*Mylan-Warfarin*	Mylan	100	10,23	0,1023
02242683	*Taro-Warfarin*	Taro	100	10,23	0,1023

Co. 4 mg **PPB**

02242927	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	10,23	0,1023
			500	51,15	0,1023
02007959	*Coumadin*	B.M.S.	100	10,23	0,1023
			250	25,58	0,1023
02244465	*Mylan-Warfarin*	Mylan	100	10,23	0,1023
02242684	*Taro-Warfarin*	Taro	100	10,23	0,1023
			250	25,58	0,1023

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				5 mg **PPB**	
02242928	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	6,62	0,0662
			500	33,10	0,0662
01918354	*Coumadin*	B.M.S.	100	6,62	0,0662
			250	16,55	0,0662
02244466	*Mylan-Warfarin*	Mylan	100	6,62	0,0662
			1000	66,20	0,0662
02265346	*Novo-Warfarin*	Novopharm	100	6,62	0,0662
			250	16,55	0,0662
02242685	*Taro-Warfarin*	Taro	100	6,62	0,0662
			250	16,55	0,0662
Co.				6 mg **PPB**	
02240206	*Coumadin*	B.M.S.	100	18,93	0,1893
02287501	*Mylan-Warfarin*	Mylan	100	18,93	0,1893
02242686	*Taro-Warfarin*	Taro	100	18,93	0,1893
Co.				7,5 mg **PPB**	
02287528	*Mylan-Warfarin*	Mylan	100	20,38	0,2038
02242697	*Taro-Warfarin*	Taro	100	20,38	0,2038
Co.				10 mg **PPB**	
02242929	*Apo-Warfarin*	Apotex	100	11,87	0,1187
01918362	*Coumadin*	B.M.S.	100	11,87	0,1187
02244467	*Mylan-Warfarin*	Mylan	100	11,87	0,1187
02242687	*Taro-Warfarin*	Taro	100	11,87	0,1187

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

Caps.				0,5 mg **PPB**	
02236859	*Agrylin*	Shire	100	528,30	5,2830
02253054	*Mylan-Anagrelide*	Mylan	100	263,61	2,6361
02274949	*pms-Anagrelide*	Phmscience	100	263,61	2,6361
02260107	*Sandoz Anagrelide*	Sandoz	100	263,61	2,6361

20:12.18
ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES
TICLOPIDINE (CHLORHYDRATE DE) F

Co.				250 mg **PPB**	
02237701	*Apo-Ticlopidine*	Apotex	100	31,39	0,3139
02239744	*Mylan-Ticlopidine*	Mylan	100	31,39	0,3139

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

20:28.16
HÉMOSTATIQUES
TRANEXAMIQUE (ACIDE) F

Co. 500 mg **PPB**

02401231	*Acide Tranexamique*	Sterimax	100	78,75	➧	0,7875
02064405	*Cyklokapron*	Pfizer	100	102,48		1,0248
02409097	*GD-Tranexamic Acid*	GenMed	100	78,75	➧	0,7875

24:00
MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES

24:04	**cardiotropes**
24:04.04	antiarythmiques
24:04.08	cardiotoniques
24:06	**hypolipémiants**
24:06.04	sequestrants de l'acide biliaire
24:06.06	fibrates
24:06.08	inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase
24:06.92	hypolipémiants divers
24:08	**antihypertenseurs**
24:08.16	agonistes alpha-adrénergiques
24:08.20	vasodilatateurs à action directe
24:12	**vasodilatateurs**
24:12.08	nitrates et nitrites
24:12.92	divers vasodilatateurs
24:20	**bloquants alpha-adrénergiques**
24:24	**bloquants bêta-adrénergiques**
24:28	**bloquants du canal calcique**
24:28.08	dihydropyridines
24:28.92	divers bloquants du canal calcique
24:32	**inhibiteurs syst. rénine-angiotensine-aldostérone**
24:32.04	inh. enzyme conversion de l'angiotensine (IECA)
24:32.08	antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II
24:32.20	antagonistes des récepteurs de l'aldosterone

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:04.04
ANTIARYTHMIQUES

AMIODARONE (CHLORHYDRATE D') F

Co. — 100 mg

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

Co. — 200 mg **PPB**

	02364336	*Amiodarone*	Sanis	100	51,47	0,5147
	02385465	*Amiodarone*	Sivem	100	51,47	0,5147
	02246194	*Apo-Amiodarone*	Apotex	100	51,47	0,5147
*	02036282	*Cordarone*	Pfizer	60	123,53	**R**
	02240604	*Mylan-Amiodarone*	Mylan	100	51,47	0,5147
	02245781	*phl-Amiodarone*	Pharmel	100	51,47	0,5147
	02242472	*pms-Amiodarone*	Phmscience	100	51,47	0,5147
	02309661	*Pro-Amiodarone-200*	Pro Doc	100	51,47	0,5147
	02240071	*ratio-Amiodarone*	Ratiopharm	100	51,47	0,5147
	02247217	*Riva-Amiodarone*	Riva	100	51,47	0,5147
	02243836	*Sandoz Amiodarone*	Sandoz	100	51,47	0,5147
	02239835	*Teva-Amiodarone*	Teva Can	100	51,47	0,5147

DISOPYRAMIDE F

Caps. — 100 mg

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

FLECAÏNIDE (ACÉTATE DE) F

Co. — 50 mg

	02275538	*Flecainide*	AA Pharma	100	39,56	0,3956

Co. — 100 mg

	02275546	*Flecainide*	AA Pharma	100	79,12	0,7912

MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE) F

Caps. — 100 mg

	02230359	*Novo-Mexiletine*	Novopharm	100	81,62	0,8162

Caps. — 200 mg

	02230360	*Novo-Mexiletine*	Novopharm	100	109,30	1,0930

PROCAÏNAMIDE (CHLORHYDRATE DE) F

Co. L.A. — 250 mg

	00638692	*Procan SR*	Erfa	100	15,80	0,1580

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				500 mg	
00638676	*Procan SR*	Erfa	100	31,60	0,3160
Co. L.A.				750 mg	
00638684	*Procan SR*	Erfa	100	47,40	0,4740

PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE) F

Co.				150 mg **PPB**	
02243324	*Apo-Propafenone*	Apotex	100	29,65 ➧	0,2965
02245372	*Mylan-Propafénone*	Mylan	100	29,65 ➧	0,2965
02294559	*pms-Propafénone*	Phmscience	100	29,65 ➧	0,2965
02343053	*Propafenone*	Sanis	100	29,65 ➧	0,2965
02243783	*Propafenone-150*	Pro Doc	100	29,65 ➧	0,2965
00603708	*Rythmol*	BGP Pharma	100	94,10	0,9410
Co.				300 mg **PPB**	
02243325	*Apo-Propafenone*	Apotex	100	52,27 ➧	0,5227
02245373	*Mylan-Propafénone*	Mylan	100	52,27 ➧	0,5227
02294575	*pms-Propafénone*	Phmscience	100	52,27 ➧	0,5227
02343061	*Propafenone*	Sanis	100	52,27 ➧	0,5227
02243784	*Propafenone-300*	Pro Doc	100	52,27 ➧	0,5227
00603716	*Rythmol*	BGP Pharma	100	165,86	1,6586

24:04.08
CARDIOTONIQUES

DIGOXINE F

Co.				0,0625 mg	
02335700	*Toloxin*	Pendopharm	250	51,61	0,2064
Co.				0,125 mg	
02335719	*Toloxin*	Pendopharm	250	51,50	0,2060
Co.				0,25 mg	
02335727	*Toloxin*	Pendopharm	250	51,50	0,2060
Sol. Orale				0,05 mg/mL	
02242320	*Toloxin*	Pendopharm	115 ml	39,32	0,3419

MILRINONE (LACTATE DE) F

Sol. Inj. I.V.				1 mg/mL	
02244622	*Milrinone Lactate Injection*	PPC	10 ml 20 ml	46,80 93,60	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:06.04
SEQUESTRANTS DE L'ACIDE BILIAIRE

CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE) F

Pd. Orale — 4 g/sac.

02210320	*Olestyr*	Pendopharm	30	39,50	1,3167
00890960	*Olestyr sans sucre*	Pendopharm	30	39,50	1,3167

COLESTIPOL (CHLORHYDRATE DE) F

Co. — 1 g

02132680	*Colestid*	Pfizer	120	29,49	0,2458

Pd. Orale — 5 g/sac.

00642975	*Colestid*	Pfizer	30	25,85	0,8617
02132699	*Colestid Orange*	Pfizer	30	25,85	0,8617

24:06.06
FIBRATES

BEZAFIBRATE F

Co. L.A. — 400 mg

02083523	*Bezalip S.R.*	Tribute	30	53,20	1,6583

FÉNOFIBRATE (MICROENROBÉ) F

Co. — 100 mg **PPB**

	02246859	*Apo-Feno-Super*	Apotex	30	16,22	0,5406
				100	54,06	0,5406
	02356570	*Fenofibrate-S*	Sanis	30	16,22	0,5406
	02241601	*Lipidil Supra*	Fournier	30	32,34	1,0780
	02289083	*Novo-Fenofibrate-S*	Novopharm	30	16,22	0,5406
*	02352370	*NTP-Fenofibrate-S*	Teva Can	30	16,22	R
	02310228	*Pro-Feno-Super-100*	Pro Doc	100	54,06	0,5406
	02288044	*Sandoz Fenofibrate S*	Sandoz	90	48,65	0,5406

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ OU MICROENROBÉ OU MICRONISÉ) P

Co. ou Caps. 145 mg ou 160 mg ou 200 mg **PPB**

	02239864	*Apo-Feno-Micro (200 mg)*	Apotex	30	8,17	➧	0,2723
				100	27,22	➧	0,2722
	02246860	*Apo-Feno-Super (160 mg)*	Apotex	30	8,17	➧	0,2723
				100	27,22	➧	0,2722
	02356589	*Fenofibrate-S (160 mg)*	Sanis	30	8,17	➧	0,2723
				100	27,22	➧	0,2722
	02240360	*Feno-Micro-200*	Pro Doc	30	8,17	➧	0,2723
				100	27,22	➧	0,2722
	02269082	*Lipidil EZ (145 mg)*	BGP Pharma	30	32,16		1,0720
	02146959	*Lipidil Micro (200 mg)*	Fournier	30	32,67		1,0890
	02241602	*Lipidil Supra (160 mg)*	Fournier	30	37,27		1,2423
	02240210	*Mylan-Fenofibrate Micro (200 mg)*	Mylan	100	27,22	➧	0,2722
	02243552	*Novo-Fénofibrate Micronisé (200 mg)*	Novopharm	30	8,17	➧	0,2723
				100	27,22	➧	0,2722
*	02352389	*NTP-Fenofibrate-S (160 mg)*	Teva Can	30	8,17		**R**
				100	27,22		**R**
	02310236	*Pro-Feno-Super-160*	Pro Doc	100	27,22	➧	0,2722
	02250039	*ratio-Fenofibrate MC (200 mg)*	Ratiopharm	30	8,17	➧	0,2723
				100	27,22	➧	0,2722
	02247306	*Riva-Fénofibrate Micro (200 mg)*	Riva	30	8,17	➧	0,2723
				100	27,22	➧	0,2722
	02288052	*Sandoz Fenofibrate S (160 mg)*	Sandoz	90	24,50	➧	0,2722

FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ) P

Co. 48 mg **PPB**

	02269074	*Lipidil EZ*	BGP Pharma	30	12,56		0,4187
	02390698	*Sandoz Fenofibrate E*	Sandoz	30	10,68	➧	0,3560

GEMFIBROZIL P

Caps. 300 mg **PPB**

	01979574	*Apo-Gemfibrozil*	Apotex	100	12,88	➧	0,1288
				500	64,40	➧	0,1288
	02241704	*Novo-Gemfibrozil*	Novopharm	100	12,88	➧	0,1288
*	02239951	*pms-Gemfibrozil*	Phmscience	100	12,88		**R**

Co. 600 mg **PPB**

	01979582	*Apo-Gemfibrozil*	Apotex	100	51,57	➧	0,5157
				500	257,85	➧	0,5157
*	02136058	*Gemfibrozil-600*	Pro Doc	100	51,57		**R**
	02142074	*Novo-Gemfibrozil*	Novopharm	100	51,57	➧	0,5157

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:06.08
INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE
ATORVASTATINE CALCIQUE F

Co.				10 mg **PPB**	
02310899	*Act Atorvastatin*	ActavisPhm	90	28,23	0,3137
			500	156,90	0,3138
02295261	*Apo-Atorvastatin*	Apotex	90	28,23	0,3137
			500	156,90	0,3138
02346486	*Atorvastatin*	Pro Doc	100	31,37	0,3137
			500	156,90	0,3138
02348705	*Atorvastatin*	Sanis	500	156,90	0,3138
02387891	*Atorvastatin*	Sivem	30	9,41	0,3137
			500	156,90	0,3138
02411350	*Atorvastatin-10*	Sivem	100	31,37	0,3137
			500	156,90	0,3138
02407256	*Auro-Atorvastatin*	Aurobindo	90	28,23	0,3137
			500	156,90	0,3138
02288346	*GD-Atorvastatin*	GenMed	90	28,23	0,3137
			500	156,90	0,3138
02391058	*Jamp-Atorvastatin*	Jamp	90	28,23	0,3137
			500	156,90	0,3138
02230711	*Lipitor*	Pfizer	90	155,69	1,7299
02373203	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	28,24	0,3138
			500	156,90	0,3138
02392933	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	28,23	0,3137
			500	156,90	0,3138
* 02302675	*Novo-Atorvastatin*	Teva Can	30	9,41	R
			500	156,90	R
02313448	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	90	28,23	0,3137
			500	156,90	0,3138
02399377	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	31,37	0,3137
			500	156,90	0,3138
02313707	*Ran-Atorvastatin*	Ranbaxy	90	28,23	0,3137
			500	156,90	0,3138
02350297	*ratio-Atorvastatin*	Ratiopharm	30	9,41	0,3137
			500	156,90	0,3138
02422751	*Riva-Atorvastatin*	Riva	30	9,41	0,3137
			500	156,90	0,3138
02324946	*Sandoz Atorvastatin*	Sandoz	30	9,41	0,3137
			500	156,90	0,3138

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					20 mg **PPB**	
	02310902	*Act Atorvastatin*	ActavisPhm	90	35,30	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02295288	*Apo-Atorvastatin*	Apotex	90	35,30	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02346494	*Atorvastatin*	Pro Doc	100	39,22	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02348713	*Atorvastatin*	Sanis	500	196,10	0,3922
	02387905	*Atorvastatin*	Sivem	30	11,77	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02411369	*Atorvastatin-20*	Sivem	100	39,22	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02407264	*Auro-Atorvastatin*	Aurobindo	90	35,30	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02288354	*GD-Atorvastatin*	GenMed	90	35,30	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02391066	*Jamp-Atorvastatin*	Jamp	90	35,30	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02230713	*Lipitor*	Pfizer	90	194,62	2,1624
	02373211	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	35,30	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02392941	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	35,30	0,3922
				500	196,10	0,3922
*	02302683	*Novo-Atorvastatin*	Teva Can	30	11,77	**R**
				500	196,10	**R**
	02399385	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	39,22	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02313715	*Ran-Atorvastatin*	Ranbaxy	90	35,30	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02350319	*ratio-Atorvastatin*	Ratiopharm	30	11,77	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02422778	*Riva-Atorvastatin*	Riva	30	11,77	0,3922
				500	196,10	0,3922
	02324954	*Sandoz Atorvastatin*	Sandoz	30	11,77	0,3922
				500	196,10	0,3922

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					40 mg **PPB**	
	02310910	*Act Atorvastatin*	ActavisPhm	90	37,94	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02295296	*Apo-Atorvastatin*	Apotex	90	37,94	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02346508	*Atorvastatin*	Pro Doc	100	42,16	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02348721	*Atorvastatin*	Sanis	500	210,80	0,4216
	02387913	*Atorvastatin*	Sivem	30	12,65	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02411377	*Atorvastatin-40*	Sivem	100	42,16	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02407272	*Auro-Atorvastatin*	Aurobindo	90	37,94	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02288362	*GD-Atorvastatin*	GenMed	90	37,94	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02391074	*Jamp-Atorvastatin*	Jamp	90	37,94	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02230714	*Lipitor*	Pfizer	90	209,22	2,3247
	02373238	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	37,94	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02392968	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	37,94	0,4216
				500	210,80	0,4216
*	02302691	*Novo-Atorvastatin*	Teva Can	30	12,65	**R**
				500	210,80	**R**
	02399393	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	42,16	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02313723	*Ran-Atorvastatin*	Ranbaxy	90	37,94	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02350327	*ratio-Atorvastatin*	Ratiopharm	30	12,65	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02422786	*Riva-Atorvastatin*	Riva	30	12,65	0,4216
				500	210,80	0,4216
	02324962	*Sandoz Atorvastatin*	Sandoz	30	12,65	0,4216
				500	210,80	0,4216

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					80 mg **PPB**		
	02310929	*Act Atorvastatin*	ActavisPhm	90	37,94	➡	0,4216
	02295318	*Apo-Atorvastatin*	Apotex	90	37,94	➡	0,4216
				500	210,78	➡	0,4216
	02346516	*Atorvastatin*	Pro Doc	30	12,65	➡	0,4216
				100	42,16	➡	0,4216
	02348748	*Atorvastatin*	Sanis	90	37,94	➡	0,4216
				100	42,16	➡	0,4216
	02387921	*Atorvastatin*	Sivem	30	12,65	➡	0,4216
				100	42,16	➡	0,4216
	02411385	*Atorvastatin-80*	Sivem	30	12,65	➡	0,4216
				100	42,16	➡	0,4216
	02407280	*Auro-Atorvastatin*	Aurobindo	90	37,94	➡	0,4216
				500	210,78	➡	0,4216
	02288370	*GD-Atorvastatin*	GenMed	90	37,94	➡	0,4216
				500	210,78	➡	0,4216
	02391082	*Jamp-Atorvastatin*	Jamp	90	37,94	➡	0,4216
				500	210,78	➡	0,4216
	02243097	*Lipitor*	Pfizer	30	69,74		2,3247
	02373246	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	37,94	➡	0,4216
	02392976	*Mylan-Atorvastatin*	Mylan	90	37,94	➡	0,4216
*	02302713	*Novo-Atorvastatin*	Teva Can	30	12,65		**R**
				500	210,78		**R**
	02399407	*pms-Atorvastatin*	Phmscience	100	42,16	➡	0,4216
	02313758	*Ran-Atorvastatin*	Ranbaxy	90	37,94	➡	0,4216
				500	210,78	➡	0,4216
	02350335	*ratio-Atorvastatin*	Ratiopharm	30	12,65	➡	0,4216
				100	42,16	➡	0,4216
	02422794	*Riva-Atorvastatin*	Riva	30	12,65	➡	0,4216
				90	37,94	➡	0,4216
	02324970	*Sandoz Atorvastatin*	Sandoz	30	12,65	➡	0,4216
				100	42,16	➡	0,4216

FLUVASTATINE SODIQUE ℞

Caps.					20 mg **PPB**		
*	02061562	*Lescol*	Novartis	100	84,47		**R**
	02400235	*Sandoz Fluvastatin*	Sandoz	100	22,02	➡	0,2202
	02299224	*Teva Fluvastatin*	Teva Can	100	22,02	➡	0,2202
Caps.					40 mg **PPB**		
*	02061570	*Lescol*	Novartis	100	118,25		**R**
	02400243	*Sandoz Fluvastatin*	Sandoz	100	30,92	➡	0,3092
	02299232	*Teva Fluvastatin*	Teva Can	100	30,92	➡	0,3092
Co. L.A.					80 mg		
	02250527	*Lescol XL*	Novartis	28	40,01		1,4289

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LOVASTATINE P

Co. 20 mg **PPB**

	02220172	*Apo-Lovastatin*	Apotex	100	49,19	0,4919
				500	245,94	0,4919
	02248572	*Co Lovastatin*	Cobalt	30	14,76	0,4919
				500	245,94	0,4919
	02353229	*Lovastatin*	Sanis	100	49,19	0,4919
				500	245,94	0,4919
*	00795860	*Mevacor*	Merck	30	57,33	R
	02243127	*Mylan-Lovastatin*	Mylan	100	49,19	0,4919
				500	245,94	0,4919
	02246542	*Novo-Lovastatin*	Novopharm	100	49,19	0,4919
				500	245,94	0,4919
	02246989	*phl-Lovastatin*	Pharmel	100	49,19	0,4919
				500	245,94	0,4919
	02246013	*pms-Lovastatine*	Phmscience	30	14,76	0,4919
				100	49,19	0,4919
	02312670	*Pro-Lovastatin*	Pro Doc	30	14,76	0,4919
				100	49,19	0,4919
	02245822	*ratio-Lovastatin*	Ratiopharm	100	49,19	0,4919
				500	245,94	0,4919
	02272288	*Riva-Lovastatin*	Riva	100	49,19	0,4919
*	02247056	*Sandoz Lovastatin*	Sandoz	100	49,19	R

Co. 40 mg **PPB**

	02220180	*Apo-Lovastatin*	Apotex	100	89,85	0,8985
	02248573	*Co Lovastatin*	Cobalt	30	26,96	0,8987
				100	89,85	0,8985
	02353237	*Lovastatin*	Sanis	100	89,85	0,8985
*	00795852	*Mevacor*	Merck	30	105,76	R
	02243129	*Mylan-Lovastatin*	Mylan	100	89,85	0,8985
	02246543	*Novo-Lovastatin*	Novopharm	100	89,85	0,8985
	02246990	*phl-Lovastatin*	Pharmel	30	26,96	0,8987
				100	89,85	0,8985
	02246014	*pms-Lovastatine*	Phmscience	30	26,96	0,8987
				100	89,85	0,8985
	02312689	*Pro-Lovastatin*	Pro Doc	30	26,96	0,8987
				100	89,85	0,8985
	02245823	*ratio-Lovastatin*	Ratiopharm	100	89,85	0,8985
	02272296	*Riva-Lovastatin*	Riva	100	89,85	0,8985

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PRAVASTATINE SODIQUE F

Co.				10 mg **PPB**	
* 02248182	*ACT Pravastatin*	ActavisPhm	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02243506	*Apo-Pravastatin*	Apotex	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02330954	*Jamp-Pravastatin*	Jamp	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02432048	*Mar-Pravastatin*	Marcan	100	40,50	0,4050
02317451	*Mint-Pravastatin*	Mint	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02257092	*Mylan-Pravastatin*	Mylan	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02247655	*pms-Pravastatin*	Phmscience	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02356546	*Pravastatin*	Sanis	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02389703	*Pravastatin*	Sivem	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02243824	*Pravastatin-10*	Pro Doc	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02284421	*Ran-Pravastatin*	Ranbaxy	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02270234	*Riva-Pravastatin*	Riva	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050
02247008	*Teva-Pravastatin*	Novopharm	30	12,15	0,4050
			100	40,50	0,4050

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
* 02248183	*ACT Pravastatin*	ActavisPhm	30	14,33	0,4777
			100	47,77	0,4777
02243507	*Apo-Pravastatin*	Apotex	30	14,33	0,4777
			500	238,85	0,4777
02330962	*Jamp-Pravastatin*	Jamp	30	14,33	0,4777
			100	47,77	0,4777
02432056	*Mar-Pravastatin*	Marcan	100	47,77	0,4777
02317478	*Mint-Pravastatin*	Mint	30	14,33	0,4777
			100	47,77	0,4777
02257106	*Mylan-Pravastatin*	Mylan	30	14,33	0,4777
			500	238,85	0,4777
02247656	*pms-Pravastatin*	Phmscience	30	14,33	0,4777
			100	47,77	0,4777
00893757	*Pravachol*	B.M.S.	90	42,99	0,4777
02356554	*Pravastatin*	Sanis	30	14,33	0,4777
			100	47,77	0,4777
02389738	*Pravastatin*	Sivem	30	14,33	0,4777
			100	47,77	0,4777
02243825	*Pravastatin-20*	Pro Doc	30	14,33	0,4777
			100	47,77	0,4777
02284448	*Ran-Pravastatin*	Ranbaxy	30	14,33	0,4777
			100	47,77	0,4777
02270242	*Riva-Pravastatin*	Riva	30	14,33	0,4777
			100	47,77	0,4777
02247009	*Teva-Pravastatin*	Novopharm	30	14,33	0,4777
			100	47,77	0,4777

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					40 mg **PPB**	
*	02248184	*ACT Pravastatin*	ActavisPhm	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02243508	*Apo-Pravastatin*	Apotex	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02330970	*Jamp-Pravastatin*	Jamp	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02432064	*Mar-Pravastatin*	Marcan	100	57,55	0,5755
	02317486	*Mint-Pravastatin*	Mint	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02257114	*Mylan-Pravastatin*	Mylan	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02247657	*pms-Pravastatin*	Phmscience	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02222051	*Pravachol*	B.M.S.	90	51,80	0,5755
	02356562	*Pravastatin*	Sanis	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02389746	*Pravastatin*	Sivem	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02243826	*Pravastatin-40*	Pro Doc	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02284456	*Ran-Pravastatin*	Ranbaxy	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02270250	*Riva-Pravastatin*	Riva	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755
	02247010	*Teva-Pravastatin*	Novopharm	30	17,27	0,5755
				100	57,55	0,5755

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ROSUVASTATINE CALCIQUE F

Co. 5 mg **PPB**

02337975	*Apo-Rosuvastatin*	Apotex	30	6,93	0,2310
			500	115,50	0,2310
02339765	*Co Rosuvastatin*	Cobalt	30	6,93	0,2310
			500	115,50	0,2310
02265540	*Crestor*	AZC	30	38,70	1,2900
02391252	*Jamp-Rosuvastatin*	Jamp	100	23,10	0,2310
			500	115,50	0,2310
02413051	*Mar-Rosuvastatin*	Marcan	100	23,10	0,2310
			500	115,50	0,2310
02399164	*Med-Rosuvastatin*	GMP	30	6,93	0,2310
			100	23,10	0,2310
02397781	*Mint-Rosuvastatin*	Mint	100	23,10	0,2310
02381265	*Mylan-Rosuvastatin*	Mylan	30	6,93	0,2310
			500	115,50	0,2310
02378523	*pms-Rosuvastatin*	Phmscience	30	6,93	0,2310
			500	115,50	0,2310
02382644	*Ran-Rosuvastatin*	Ranbaxy	100	23,10	0,2310
			500	115,50	0,2310
02380013	*Riva-Rosuvastatin*	Riva	30	6,93	0,2310
			100	23,10	0,2310
02381176	*Rosuvastatin*	Pro Doc	30	6,93	0,2310
			500	115,50	0,2310
02405628	*Rosuvastatin*	Sanis	100	23,10	0,2310
02389037	*Rosuvastatin*	Sivem	30	6,93	0,2310
			100	23,10	0,2310
02338726	*Sandoz Rosuvastatin*	Sandoz	30	6,93	0,2310
			500	115,50	0,2310
02354608	*Teva Rosuvastatin*	Teva Can	30	6,93	0,2310
			500	115,50	0,2310

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg **PPB**	
02337983	*Apo-Rosuvastatin*	Apotex	30	7,31	0,2437
			500	121,85	0,2437
02339773	*Co Rosuvastatin*	Cobalt	30	7,31	0,2437
			500	121,85	0,2437
02247162	*Crestor*	AZC	30	40,80	1,3600
02391260	*Jamp-Rosuvastatin*	Jamp	100	24,37	0,2437
			500	121,85	0,2437
02413078	*Mar-Rosuvastatin*	Marcan	100	24,37	0,2437
			500	121,85	0,2437
02399172	*Med-Rosuvastatin*	GMP	30	7,31	0,2437
			100	24,37	0,2437
02397803	*Mint-Rosuvastatin*	Mint	100	24,37	0,2437
02381273	*Mylan-Rosuvastatin*	Mylan	30	7,31	0,2437
			500	121,85	0,2437
02378531	*pms-Rosuvastatin*	Phmscience	30	7,31	0,2437
			500	121,85	0,2437
02382652	*Ran-Rosuvastatin*	Ranbaxy	100	24,37	0,2437
			500	121,85	0,2437
02380056	*Riva-Rosuvastatin*	Riva	30	7,31	0,2437
			100	24,37	0,2437
02381184	*Rosuvastatin*	Pro Doc	30	7,31	0,2437
			500	121,85	0,2437
02405636	*Rosuvastatin*	Sanis	500	121,85	0,2437
02389045	*Rosuvastatin*	Sivem	30	7,31	0,2437
			100	24,37	0,2437
02338734	*Sandoz Rosuvastatin*	Sandoz	30	7,31	0,2437
			500	121,85	0,2437
02354616	*Teva Rosuvastatin*	Teva Can	30	7,31	0,2437
			500	121,85	0,2437

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
02337991	*Apo-Rosuvastatin*	Apotex	30	9,14	0,3046
			500	152,30	0,3046
02339781	*Co Rosuvastatin*	Cobalt	30	9,14	0,3046
			500	152,30	0,3046
02247163	*Crestor*	AZC	30	51,00	1,7000
02391279	*Jamp-Rosuvastatin*	Jamp	100	30,46	0,3046
			500	152,30	0,3046
02413086	*Mar-Rosuvastatin*	Marcan	100	30,46	0,3046
			500	152,30	0,3046
02399180	*Med-Rosuvastatin*	GMP	30	9,14	0,3046
			100	30,46	0,3046
02397811	*Mint-Rosuvastatin*	Mint	100	30,46	0,3046
02381281	*Mylan-Rosuvastatin*	Mylan	30	9,14	0,3046
			500	152,30	0,3046
02378558	*pms-Rosuvastatin*	Phmscience	30	9,14	0,3046
			500	152,30	0,3046
02382660	*Ran-Rosuvastatin*	Ranbaxy	100	30,46	0,3046
			500	152,30	0,3046
02380064	*Riva-Rosuvastatin*	Riva	30	9,14	0,3046
			100	30,46	0,3046
02381192	*Rosuvastatin*	Pro Doc	30	9,14	0,3046
			500	152,30	0,3046
02405644	*Rosuvastatin*	Sanis	500	152,30	0,3046
02389053	*Rosuvastatin*	Sivem	30	9,14	0,3046
			100	30,46	0,3046
02338742	*Sandoz Rosuvastatin*	Sandoz	30	9,14	0,3046
			500	152,30	0,3046
02354624	*Teva Rosuvastatin*	Teva Can	30	9,14	0,3046
			500	152,30	0,3046

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				40 mg **PPB**	
02338009	*Apo-Rosuvastatin*	Apotex	30	10,75	0,3582
			500	179,10	0,3582
02339803	*Co Rosuvastatin*	Cobalt	30	10,75	0,3582
			500	179,10	0,3582
02247164	*Crestor*	AZC	30	59,70	1,9900
02391287	*Jamp-Rosuvastatin*	Jamp	100	35,82	0,3582
			500	179,10	0,3582
02413108	*Mar-Rosuvastatin*	Marcan	100	35,82	0,3582
			500	179,10	0,3582
02399199	*Med-Rosuvastatin*	GMP	30	10,75	0,3582
			100	35,82	0,3582
02397838	*Mint-Rosuvastatin*	Mint	100	35,82	0,3582
02381303	*Mylan-Rosuvastatin*	Mylan	30	10,75	0,3582
			100	35,82	0,3582
02378566	*pms-Rosuvastatin*	Phmscience	30	10,75	0,3582
			500	179,10	0,3582
02382679	*Ran-Rosuvastatin*	Ranbaxy	100	35,82	0,3582
			500	179,10	0,3582
02380102	*Riva-Rosuvastatin*	Riva	30	10,75	0,3582
			100	35,82	0,3582
02381206	*Rosuvastatin*	Pro Doc	30	10,75	0,3582
			500	179,10	0,3582
02405652	*Rosuvastatin*	Sanis	100	35,82	0,3582
02389061	*Rosuvastatin*	Sivem	30	10,75	0,3582
			100	35,82	0,3582
02338750	*Sandoz Rosuvastatin*	Sandoz	30	10,75	0,3582
			100	35,82	0,3582
02354632	*Teva Rosuvastatin*	Teva Can	30	10,75	0,3582
			500	179,10	0,3582

SIMVASTATINE P

Co.					5 mg **PPB**	
02248103	*ACT Simvastatin*	ActavisPhm	100	18,41		0,1841
02247011	*Apo-Simvastatin*	Apotex	100	18,41		0,1841
02405148	*Auro-Simvastatin*	Aurobindo	30	5,52		0,1840
02331020	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	100	18,40		0,1840
02375591	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	100	18,40		0,1840
02375036	*Mar-Simvastatin*	Marcan	100	18,41		0,1841
02372932	*Mint-Simvastatin*	Mint	100	18,40		0,1840
02246582	*Mylan-Simvastatin*	Mylan	100	18,41		0,1841
02281546	*phl-Simvastatin*	Pharmel	30	5,52		0,1840
			100	18,41		0,1841
02269252	*pms-Simvastatin*	Phmscience	30	5,52		0,1840
			100	18,41		0,1841
02329131	*Ran-Simvastatin*	Ranbaxy	100	18,40		0,1840
02247297	*Riva-Simvastatin*	Riva	30	5,52		0,1840
			100	18,41		0,1841
02284723	*Simvastatin*	Sanis	100	18,40		0,1840
02386291	*Simvastatin*	Sivem	100	18,40		0,1840
02250144	*Teva-Simvastatin*	Teva Can	30	5,52		0,1840
			100	18,41		0,1841
* 00884324	*Zocor*	Merck	28	27,81		**R**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg **PPB**	
02248104	*ACT Simvastatin*	ActavisPhm	30	10,93	0,3642
			500	182,10	0,3642
02247012	*Apo-Simvastatin*	Apotex	30	10,93	0,3642
			500	182,10	0,3642
02405156	*Auro-Simvastatin*	Aurobindo	30	10,93	0,3642
02331039	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	100	36,42	0,3642
02375605	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	30	10,93	0,3642
			100	36,42	0,3642
02375044	*Mar-Simvastatin*	Marcan	100	36,42	0,3642
			500	182,10	0,3642
02372940	*Mint-Simvastatin*	Mint	100	36,42	0,3642
02246583	*Mylan-Simvastatin*	Mylan	30	10,93	0,3642
			100	36,42	0,3642
02250152	*Novo-Simvastatin*	Novopharm	30	10,93	0,3642
			500	182,10	0,3642
02281554	*phl-Simvastatin*	Pharmel	30	10,93	0,3642
			100	36,42	0,3642
02269260	*pms-Simvastatin*	Phmscience	30	10,93	0,3642
			100	36,42	0,3642
02329158	*Ran-Simvastatin*	Ranbaxy	100	36,42	0,3642
			500	182,10	0,3642
02247298	*Riva-Simvastatin*	Riva	30	10,93	0,3642
			500	182,10	0,3642
02284731	*Simvastatin*	Sanis	100	36,42	0,3642
02386305	*Simvastatin*	Sivem	30	10,93	0,3642
			100	36,42	0,3642
02247221	*Simvastatin-10*	Pro Doc	30	10,93	0,3642
			500	182,10	0,3642
00884332	*Zocor*	Merck	28	54,41	1,9432

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
02248105	*ACT Simvastatin*	ActavisPhm	30	13,50	0,4500
			500	225,05	0,4501
02247013	*Apo-Simvastatin*	Apotex	30	13,50	0,4500
			500	225,05	0,4501
02405164	*Auro-Simvastatin*	Aurobindo	30	13,50	0,4500
02331047	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	100	45,00	0,4500
02375613	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02375052	*Mar-Simvastatin*	Marcan	100	45,00	0,4500
			500	225,05	0,4501
02372959	*Mint-Simvastatin*	Mint	100	45,00	0,4500
02246737	*Mylan-Simvastatin*	Mylan	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02250160	*Novo-Simvastatin*	Novopharm	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02281562	*phl-Simvastatin*	Pharmel	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02269279	*pms-Simvastatin*	Phmscience	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02329166	*Ran-Simvastatin*	Ranbaxy	100	45,00	0,4500
			500	225,05	0,4501
02247299	*Riva-Simvastatin*	Riva	30	13,50	0,4500
			500	225,05	0,4501
02284758	*Simvastatin*	Sanis	100	45,00	0,4500
			500	225,05	0,4501
02386313	*Simvastatin*	Sivem	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02247222	*Simvastatin-20*	Pro Doc	30	13,50	0,4500
			500	225,05	0,4501
00884340	*Zocor*	Merck	28	67,71	2,4182

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				40 mg **PPB**	
02248106	*ACT Simvastatin*	ActavisPhm	30	13,50	0,4500
			500	225,05	0,4501
02247014	*Apo-Simvastatin*	Apotex	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02405172	*Auro-Simvastatin*	Aurobindo	30	13,50	0,4500
02331055	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	100	45,00	0,4500
02375621	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02375060	*Mar-Simvastatin*	Marcan	100	45,00	0,4500
02372967	*Mint-Simvastatin*	Mint	100	45,00	0,4500
02246584	*Mylan-Simvastatin*	Mylan	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02281570	*phl-Simvastatin*	Pharmel	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02269287	*pms-Simvastatin*	Phmscience	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02329174	*Ran-Simvastatin*	Ranbaxy	100	45,00	0,4500
			500	225,05	0,4501
02247300	*Riva-Simvastatin*	Riva	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02284766	*Simvastatin*	Sanis	100	45,00	0,4500
02386321	*Simvastatin*	Sivem	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02247223	*Simvastatin-40*	Pro Doc	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02250179	*Teva-Simvastatin*	Teva Can	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
00884359	*Zocor*	Merck	28	67,71	2,4182

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				80 mg **PPB**	
02248107	*ACT Simvastatin*	ActavisPhm	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02247015	*Apo-Simvastatin*	Apotex	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02405180	*Auro-Simvastatin*	Aurobindo	30	13,50	0,4500
02331063	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	100	45,00	0,4500
02375648	*Jamp-Simvastatin*	Jamp	100	45,00	0,4500
02375079	*Mar-Simvastatin*	Marcan	100	45,01	0,4501
02372975	*Mint-Simvastatin*	Mint	100	45,00	0,4500
02246585	*Mylan-Simvastatin*	Mylan	100	45,01	0,4501
02281589	*phl-Simvastatin*	Pharmel	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02269295	*pms-Simvastatin*	Phmscience	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02329182	*Ran-Simvastatin*	Ranbaxy	100	45,00	0,4500
02247301	*Riva-Simvastatin*	Riva	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02247224	*Simvastatin*	Pro Doc	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02284774	*Simvastatin*	Sanis	100	45,00	0,4500
02386348	*Simvastatin*	Sivem	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501
02250187	*Teva-Simvastatin*	Teva Can	30	13,50	0,4500
			100	45,01	0,4501

24:06.92
HYPOLIPÉMIANTS DIVERS
NIACINE

Co.				500 mg **PPB**	
00557412	*Jamp-Niacine*	Jamp	100	4,50	0,0450
01939130	*Niacine*	Odan	100	7,95	0,0459

NIACINE P

Co. L.A.				500 mg
02309254	*Niaspan FCT*	Sunovion	90	99,00	1,1000

Co. L.A.				750 mg
02309262	*Niaspan FCT*	Sunovion	90	99,00	1,1000

Co. L.A.				1000 mg
02309289	*Niaspan FCT*	Sunovion	90	99,00	1,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:08.16
AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. 0,1 mg **PPB**

00259527	*Catapres*	Bo. Ing.	100	18,53	0,1853
02046121	*Novo-Clonidine*	Novopharm	100	13,58	0,1358

Co. 0,2 mg **PPB**

00291889	*Catapres*	Bo. Ing.	100	33,06	0,3306
02046148	*Novo-Clonidine*	Novopharm	100	24,24	0,2424

MÉTHYLDOPA P

Co. 125 mg

00360252	*Méthyldopa*	AA Pharma	100	9,89	0,0989

Co. 250 mg

00360260	*Méthyldopa*	AA Pharma	100	14,33	0,1433
			1000	143,30	0,1433

Co. 500 mg

00426830	*Méthyldopa*	AA Pharma	100	25,37	0,2537

24:08.20
VASODILATATEURS À ACTION DIRECTE

DIAZOXIDE P

Caps. 100 mg

00503347	*Proglycem*	Merck	100	161,41	1,6141

HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D') P

Co. 10 mg

00441619	*Hydralazine*	AA Pharma	100	13,47	0,1347

Co. 25 mg

00441627	*Hydralazine*	AA Pharma	100	23,14	0,2314

MINOXIDIL P

Co. 2,5 mg

00514497	*Loniten*	Pfizer	100	33,30	0,3330

Co. 10 mg

00514500	*Loniten*	Pfizer	100	73,42	0,7342

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:12.08
NITRATES ET NITRITES
DINITRATE D'ISOSORBIDE

Co. — 10 mg

00441686	*Isdn*	AA Pharma	100	3,65	0,0365
			1000	36,50	0,0365

Co. — 30 mg

00441694	*Isdn*	AA Pharma	100	8,57	0,0857

Co. S-Ling. — 5 mg

00670944	*Isdn*	AA Pharma	100	6,21	0,0621

ISOSORBIDE-5-MONONITRATE

Co. L.A. — 60 mg **PPB**

02272830	*Apo-ISMN*	Apotex	100	35,23	➡	0,3523
02126559	*Imdur*	AZC	30	20,55		0,6850
			100	68,50		0,6850
02301288	*pms-ISMN*	Phmscience	30	10,57	➡	0,3523
			100	35,23	➡	0,3523
02311321	*Pro-ISMN-60*	Pro Doc	100	35,23	➡	0,3523

TRINITRATE DE GLYCÉRYLE

Pom. Top. — 2 %

01926454	*Nitrol*	Paladin	30 g	7,93	
			60 g	17,19	

Pulv. S.- Ling. — 0,4 mg **PPB**

02393433	*Apo-Nitroglycerin*	Apotex	200 dose(s)	➡ 8,42	
02243588	*Mylan-Nitro SL Spray*	Mylan	200 dose(s)	➡ 8,42	
02231441	*Nitrolingual Pompe*	SanofiAven	200 dose(s)	13,37	
02238998	*Rho-Nitro*	Sandoz	200 dose(s)	➡ 8,42	

Timbre cut. — 0,2 mg/h **PPB**

02162806	*Minitran*	Valeant	30	13,39	➡	0,4463
02407442	*Mylan-Nitro Patch 0.2*	Mylan	30	13,39	➡	0,4463
01911910	*Nitro-Dur*	Merck	30	13,39	➡	0,4463
00584223	*Transderm-Nitro*	Novartis	30	18,77		0,6257
02230732	*Trinipatch*	Paladin	30	13,39	➡	0,4463

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.				0,4 mg/h **PPB**	
02163527	*Minitran*	Valeant	30	14,11	0,4703
02407450	*Mylan-Nitro Patch 0.4*	Mylan	30	14,11	0,4703
01911902	*Nitro-Dur*	Merck	30	14,11	0,4703
00852384	*Transderm-Nitro*	Novartis	30	21,20	0,7067
02230733	*Trinipatch*	Paladin	30	14,11	0,4703
Timbre cut.				0,6 mg/h **PPB**	
02163535	*Minitran*	Valeant	30	14,11	0,4703
02407469	*Mylan-Nitro Patch 0.6*	Mylan	30	14,11	0,4703
01911929	*Nitro-Dur*	Merck	30	14,11	0,4703
02046156	*Transderm-Nitro*	Novartis	30	21,20	0,7067
02230734	*Trinipatch*	Paladin	30	14,11	0,4703
Timbre cut.				0,8 mg/h **PPB**	
02407477	*Mylan-Nitro Patch 0.8*	Mylan	30	26,23	0,8743
02011271	*Nitro-Dur*	Merck	30	26,23	0,8743

TRINITRATE DE GLYCÉRYLE (STABILISÉ)

Co. S-Ling.				0,3 mg	
00037613	*Nitrostat*	Pfizer	100	2,81	
Co. S-Ling.				0,6 mg	
00037621	*Nitrostat*	Pfizer	100	2,93	

24:12.92
DIVERS VASODILATATEURS
DIPYRIDAMOLE

Co.				25 mg	
00895644	*Apo-Dipyridamole-FC*	Apotex	100	26,33	0,1466
Co.				50 mg	
00895652	*Apo-Dipyridamole*	Apotex	100	36,85	0,3685
Co.				75 mg	
00895660	*Apo-Dipyridamole*	Apotex	100	49,63	0,4963

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:20
BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES

DOXAZOSINE (MÉSYLATE DE) F

Co.				1 mg PPB		
02240588	*Apo-Doxazosin*	Apotex	100	14,16	➡	0,1416
01958100	*Cardura-1*	Pfizer	100	57,37		0,5737
02240978	*Doxazosin-1*	Pro Doc	100	14,16	➡	0,1416
02240498	*Mylan-Doxazosin*	Mylan	100	14,16	➡	0,1416
02242728	*Novo-Doxazosin*	Novopharm	100	14,16	➡	0,1416
02244527	*pms-Doxazosin*	Phmscience	100	14,16	➡	0,1416

Co.				2 mg PPB		
02240589	*Apo-Doxazosin*	Apotex	100	16,99	➡	0,1699
01958097	*Cardura-2*	Pfizer	100	68,81		0,6881
02240979	*Doxazosin-2*	Pro Doc	100	16,99	➡	0,1699
02240499	*Mylan-Doxazosin*	Mylan	100	16,99	➡	0,1699
02242729	*Novo-Doxazosin*	Novopharm	100	16,99	➡	0,1699
02244528	*pms-Doxazosin*	Phmscience	100	16,99	➡	0,1699

Co.				4 mg PPB		
02240590	*Apo-Doxazosin*	Apotex	100	22,09	➡	0,2209
01958119	*Cardura-4*	Pfizer	100	89,47		0,8947
02240980	*Doxazosin-4*	Pro Doc	100	22,09	➡	0,2209
02240500	*Mylan-Doxazosin*	Mylan	100	22,09	➡	0,2209
02242730	*Novo-Doxazosin*	Novopharm	100	22,09	➡	0,2209
02244529	*pms-Doxazosin*	Phmscience	100	22,09	➡	0,2209

PRAZOSIN (CHLORHYDRATE DE) F

Co.				1 mg	
* 01934198	*Novo-Prazin*	Novopharm	100	13,71	0,1371

Co.				2 mg	
* 01934201	*Novo-Prazin*	Novopharm	100	18,62	0,1862

Co.				5 mg	
* 01934228	*Novo-Prazin*	Novopharm	100	25,60	0,2560

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE) F

Co. 1 mg **PPB**

02234502	*Apo-Terazosin*	Apotex	100	18,35	0,1835
			500	91,77	0,1835
00818658	*Hytrin*	BGP Pharma	100	61,18	0,6118
02396289	*Mylan-Terazosin*	Mylan	100	18,35	0,1835
02246544	*phl-Terazosin*	Pharmel	100	18,35	0,1835
02243518	*pms-Terazosin*	Phmscience	100	18,35	0,1835
02218941	*ratio-Terazosin*	Ratiopharm	100	18,35	0,1835
02350475	*Terazosin*	Sanis	100	18,35	0,1835
02230805	*Teva-Terazosin*	Teva Can	100	18,35	0,1835

Co. 2 mg **PPB**

02234503	*Apo-Terazosin*	Apotex	100	23,33	0,2333
			500	116,64	0,2333
00818682	*Hytrin*	BGP Pharma	100	77,76	0,7776
02396297	*Mylan-Terazosin*	Mylan	100	23,33	0,2333
02246545	*phl-Terazosin*	Pharmel	100	23,33	0,2333
02243519	*pms-Terazosin*	Phmscience	100	23,33	0,2333
02218968	*ratio-Terazosin*	Ratiopharm	100	23,33	0,2333
02350483	*Terazosin*	Sanis	100	23,33	0,2333
02237477	*Terazosin-2*	Pro Doc	100	23,33	0,2333
02230806	*Teva-Terazosin*	Teva Can	100	23,33	0,2333

Co. 5 mg **PPB**

02234504	*Apo-Terazosin*	Apotex	100	31,68	0,3168
			500	158,40	0,3168
00818666	*Hytrin*	BGP Pharma	100	105,61	1,0561
02396300	*Mylan-Terazosin*	Mylan	100	31,68	0,3168
02246546	*phl-Terazosin*	Pharmel	100	31,68	0,3168
02243520	*pms-Terazosin*	Phmscience	100	31,68	0,3168
02218976	*ratio-Terazosin*	Ratiopharm	100	31,68	0,3168
02350491	*Terazosin*	Sanis	100	31,68	0,3168
02237478	*Terazosin-5*	Pro Doc	100	31,68	0,3168
02230807	*Teva-Terazosin*	Teva Can	100	31,68	0,3168

Co. 10 mg **PPB**

02234505	*Apo-Terazosin*	Apotex	100	46,37	0,4637
00818674	*Hytrin*	BGP Pharma	100	154,60	1,5460
02396319	*Mylan-Terazosin*	Mylan	100	46,37	0,4637
02246547	*phl-Terazosin*	Pharmel	100	46,37	0,4637
02243521	*pms-Terazosin*	Phmscience	100	46,37	0,4637
02218984	*ratio-Terazosin*	Ratiopharm	100	46,37	0,4637
02350505	*Terazosin*	Sanis	100	46,37	0,4637
02230808	*Teva-Terazosin*	Teva Can	100	46,37	0,4637

Trousse 1 mg, 2 mg, 5 mg

02187876	*Hytrin*	Abbott	1	22,20	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:24
BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES
ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')

Co. 100 mg **PPB**

02286246	*Acebutolol*	Sanis	100	7,87	➡	0,0787
			500	39,33	➡	0,0787
02164396	*Acebutolol-100*	Pro Doc	100	7,87	➡	0,0787
			500	39,33	➡	0,0787
02147602	*Apo-Acébutolol*	Apotex	100	7,87	➡	0,0787
			500	39,33	➡	0,0787
02237721	*Mylan-Acebutolol*	Mylan	100	7,87	➡	0,0787
			500	39,33	➡	0,0787
02237885	*Mylan-Acebutolol S*	Mylan	100	7,87	➡	0,0787
			500	39,33	➡	0,0787
02204517	*Novo-Acebutolol*	Novopharm	100	7,87	➡	0,0787
01910140	*Rhotral*	SanofiAven	100	7,87	➡	0,0787
			500	39,33	➡	0,0787
01926543	*Sectral*	SanofiAven	100	30,02		0,3002

Co. 200 mg **PPB**

02286254	*Acebutolol*	Sanis	100	11,77	➡	0,1177
			500	58,85	➡	0,1177
02164418	*Acebutolol-200*	Pro Doc	100	11,77	➡	0,1177
			500	58,85	➡	0,1177
02147610	*Apo-Acébutolol*	Apotex	100	11,77	➡	0,1177
			500	58,85	➡	0,1177
02237722	*Mylan-Acebutolol*	Mylan	100	11,77	➡	0,1177
			500	58,85	➡	0,1177
02237886	*Mylan-Acebutolol S*	Mylan	100	11,77	➡	0,1177
			500	58,85	➡	0,1177
02204525	*Novo-Acebutolol*	Novopharm	100	11,77	➡	0,1177
01910159	*Rhotral*	SanofiAven	100	11,77	➡	0,1177
			500	58,85	➡	0,1177
01926551	*Sectral*	SanofiAven	100	45,02		0,4502

Co. 400 mg **PPB**

02286262	*Acebutolol*	Sanis	100	24,66	➡	0,2466
02164426	*Acebutolol-400*	Pro Doc	100	24,66	➡	0,2466
			500	123,28	➡	0,2466
02147629	*Apo-Acébutolol*	Apotex	100	24,66	➡	0,2466
			500	123,28	➡	0,2466
02237723	*Mylan-Acebutolol*	Mylan	100	24,66	➡	0,2466
02237887	*Mylan-Acebutolol S*	Mylan	100	24,66	➡	0,2466
02204533	*Novo-Acebutolol*	Novopharm	100	24,66	➡	0,2466
01910167	*Rhotral*	SanofiAven	100	24,66	➡	0,2466
			500	123,28	➡	0,2466
01926578	*Sectral*	SanofiAven	100	89,61		0,8961

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ATÉNOLOL P

Co.

25 mg **PPB**

	02326701	*Atenolol*	Pro Doc	100	6,76	0,0676
				500	33,80	0,0676
	02247182	*Atenolol*	Sivem	100	6,76	0,0676
	02392194	*Bio-Atenolol*	Biomed	100	6,76	0,0676
	02367556	*Jamp-Atenolol*	Jamp	100	6,76	0,0676
	02371979	*Mar-Atenolol*	Marcan	100	6,76	0,0676
	02368013	*Mint-Atenol*	Mint	100	6,76	0,0676
	02303647	*Mylan-Atenolol*	Mylan	100	6,76	0,0676
	02246581	*pms-Atenolol*	Phmscience	100	6,76	0,0676
				500	33,80	0,0676
	02373963	*Ran-Atenolol*	Ranbaxy	100	6,76	0,0676
	02277379	*Riva-Atenolol*	Riva	100	6,76	0,0676
				500	33,80	0,0676
	02368633	*Septa-Atenolol*	Septa	100	6,76	0,0676
	02266660	*Teva-Atenol*	Teva Can	100	6,76	0,0676

Co.

50 mg **PPB**

*	02255545	*ACT Atenolol*	ActavisPhm	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437
	00773689	*Apo-Atenol*	Apotex	100	14,37	0,1437
				500	71,83	0,1437
	02238316	*Atenolol*	Sivem	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437
	00828807	*Aténolol-50*	Pro Doc	100	14,37	0,1437
				500	71,83	0,1437
	02392178	*Bio-Atenolol*	Biomed	30	4,31	0,1437
				100	14,37	0,1437
	02367564	*Jamp-Atenolol*	Jamp	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437
	02371987	*Mar-Atenolol*	Marcan	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437
	02368021	*Mint-Atenol*	Mint	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437
	02146894	*Mylan-Atenolol*	Mylan	500	71,83	0,1437
	02237600	*pms-Atenolol*	Phmscience	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437
	02267985	*Ran-Atenolol*	Ranbaxy	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437
	02171791	*ratio-Atenolol*	Ratiopharm	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437
	02242094	*Riva-Atenolol*	Riva	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437
	02368641	*Septa-Atenolol*	Septa	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437
	02039532	*Tenormin*	AZC	30	17,91	0,5970
	01912062	*Teva-Atenol*	Teva Can	30	4,31	0,1437
				500	71,83	0,1437

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					100 mg **PPB**		
*	02255553	*ACT Atenolol*	ActavisPhm	30	7,09	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	00773697	*Apo-Atenol*	Apotex	100	23,62	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	02238318	*Atenolol*	Sivem	30	7,09	➧	0,2362
				100	23,62	➧	0,2362
	00828793	*Aténolol-100*	Pro Doc	100	23,62	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	02392186	*Bio-Atenolol*	Biomed	30	7,09	➧	0,2362
				100	23,62	➧	0,2362
	02367572	*Jamp-Atenolol*	Jamp	30	7,09	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	02371995	*Mar-Atenolol*	Marcan	30	7,09	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	02368048	*Mint-Atenol*	Mint	30	7,09	➧	0,2362
				100	23,62	➧	0,2362
	02147432	*Mylan-Atenolol*	Mylan	30	7,09	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	02237601	*pms-Atenolol*	Phmscience	30	7,09	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	02267993	*Ran-Atenolol*	Ranbaxy	30	7,09	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	02171805	*ratio-Atenolol*	Ratiopharm	30	7,09	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	02242093	*Riva-Atenolol*	Riva	30	7,09	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	02368668	*Septa-Atenolol*	Septa	30	7,09	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362
	02039540	*Tenormin*	AZC	30	29,44		0,9813
	01912054	*Teva-Atenol*	Teva Can	30	7,09	➧	0,2362
				500	118,08	➧	0,2362

BISOPROLOL (FUMARATE DE) F

Co.					5 mg **PPB**		
	02256134	*Apo-Bisoprolol*	Apotex	100	9,94	➧	0,0994
	02391589	*Bisoprolol*	Sanis	100	9,94	➧	0,0994
	02383055	*Bisoprolol*	Sivem	100	9,94	➧	0,0994
	02384418	*Mylan-Bisoprolol*	Mylan	100	9,94	➧	0,0994
	02267470	*Novo-Bisoprolol*	Novopharm	100	9,94	➧	0,0994
	02308339	*phl-Bisoprolol*	Pharmel	100	9,94	➧	0,0994
	02302632	*pms-Bisoprolol*	Phmscience	100	9,94	➧	0,0994
	02306999	*Pro-Bisoprolol-5*	Pro Doc	100	9,94	➧	0,0994
	02247439	*Sandoz Bisoprolol*	Sandoz	100	9,94	➧	0,0994

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg **PPB**	
02256177	*Apo-Bisoprolol*	Apotex	100	14,50	0,1450
02391597	*Bisoprolol*	Sanis	100	14,50	0,1450
02383063	*Bisoprolol*	Sivem	100	14,50	0,1450
02384426	*Mylan-Bisoprolol*	Mylan	100	14,50	0,1450
02267489	*Novo-Bisoprolol*	Novopharm	100	14,50	0,1450
02308347	*phl-Bisoprolol*	Pharmel	100	14,50	0,1450
02302640	*pms-Bisoprolol*	Phmscience	100	14,50	0,1450
02307006	*Pro-Bisoprolol-10*	Pro Doc	100	14,50	0,1450
02247440	*Sandoz Bisoprolol*	Sandoz	100	14,50	0,1450
CARVÉDILOL F					
Co.				3,125 mg **PPB**	
02247933	*Apo-Carvédilol*	Apotex	100	33,77	0,3377
02418495	*Auro-Carvedilol*	Aurobindo	100	33,77	0,3377
			1000	337,70	0,3377
02324504	*Carvedilol*	Pro Doc	100	33,77	0,3377
02364913	*Carvedilol*	Sanis	100	33,77	0,3377
02248752	*Carvedilol*	Sivem	100	33,77	0,3377
02368897	*Jamp-Carvedilol*	Jamp	100	33,77	0,3377
02347512	*Mylan-Carvedilol*	Mylan	100	33,77	0,3377
02245914	*pms-Carvédilol*	Phmscience	100	33,77	0,3377
02268027	*Ran-Carvédilol*	Ranbaxy	100	33,77	0,3377
02252309	*ratio-Carvédilol*	Ratiopharm	100	33,77	0,3377
Co.				6,25 mg **PPB**	
02247934	*Apo-Carvédilol*	Apotex	100	33,77	0,3377
02418509	*Auro-Carvedilol*	Aurobindo	100	33,77	0,3377
			1000	337,70	0,3377
02324512	*Carvedilol*	Pro Doc	100	33,77	0,3377
02364921	*Carvedilol*	Sanis	100	33,77	0,3377
02248753	*Carvedilol*	Sivem	100	33,77	0,3377
02368900	*Jamp-Carvedilol*	Jamp	100	33,77	0,3377
02347520	*Mylan-Carvedilol*	Mylan	100	33,77	0,3377
02245915	*pms-Carvédilol*	Phmscience	100	33,77	0,3377
02268035	*Ran-Carvédilol*	Ranbaxy	100	33,77	0,3377
02252317	*ratio-Carvédilol*	Ratiopharm	100	33,77	0,3377
Co.				12,5 mg **PPB**	
02247935	*Apo-Carvédilol*	Apotex	100	33,77	0,3377
02418517	*Auro-Carvedilol*	Aurobindo	100	33,77	0,3377
			1000	337,70	0,3377
02324520	*Carvedilol*	Pro Doc	100	33,77	0,3377
02364948	*Carvedilol*	Sanis	100	33,77	0,3377
02248754	*Carvedilol*	Sivem	100	33,77	0,3377
02368919	*Jamp-Carvedilol*	Jamp	100	33,77	0,3377
02347555	*Mylan-Carvedilol*	Mylan	100	33,77	0,3377
02245916	*pms-Carvédilol*	Phmscience	100	33,77	0,3377
02268043	*Ran-Carvédilol*	Ranbaxy	100	33,77	0,3377
02252325	*ratio-Carvédilol*	Ratiopharm	100	33,77	0,3377

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				25 mg **PPB**	
02247936	*Apo-Carvédilol*	Apotex	100	33,77	0,3377
02418525	*Auro-Carvedilol*	Aurobindo	100	33,77	0,3377
			1000	337,70	0,3377
02324539	*Carvedilol*	Pro Doc	100	33,77	0,3377
02364956	*Carvedilol*	Sanis	100	33,77	0,3377
02248755	*Carvedilol*	Sivem	100	33,77	0,3377
02368927	*Jamp-Carvedilol*	Jamp	100	33,77	0,3377
02347571	*Mylan-Carvedilol*	Mylan	100	33,77	0,3377
02245917	*pms-Carvédilol*	Phmscience	100	33,77	0,3377
02268051	*Ran-Carvédilol*	Ranbaxy	100	33,77	0,3377
02252333	*ratio-Carvédilol*	Ratiopharm	100	33,77	0,3377

LABETALOL (CHLORHYDRATE DE) F

Co.				100 mg	
02106272	*Trandate*	Paladin	100	26,00	0,2600

Co.				200 mg	
02106280	*Trandate*	Paladin	100	45,95	0,4595

MÉTOPROLOL (TARTRATE DE) F

Co.				25 mg **PPB**	
02246010	*Apo-Metoprolol*	Apotex	100	6,43	0,0643
			1000	64,30	0,0643
02356813	*Jamp-Metoprolol-L*	Jamp	100	6,43	0,0643
			500	32,15	0,0643
02296713	*Metoprolol-25*	Pro Doc	100	6,43	0,0643
			1000	64,30	0,0643
02302055	*Mylan-Metoprolol (Type L)*	Mylan	100	6,43	0,0643
02261898	*Novo-Metoprol*	Novopharm	100	6,43	0,0643
02248855	*pms-Metoprolol-L 25 mg*	Phmscience	100	6,43	0,0643
			500	32,15	0,0643
02315300	*Riva-Metoprolol-L*	Riva	100	6,43	0,0643
			500	32,15	0,0643

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. L.A.			50 mg /100 mg L.A. **PPB**		
00618632	*Apo-Metoprolol 50 mg*	Apotex	100	6,24	0,0624
			1000	62,38	0,0624
00749354	*Apo-Metoprolol L 50 mg*	Apotex	100	6,24	0,0624
			1000	62,38	0,0624
02285169	*Apo-Metoprolol SR*	Apotex	100	12,48	0,1248
02356821	*Jamp-Metoprolol-L*	Jamp	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
00397423	*Lopresor 50 mg*	Novartis	100	22,71	0,2271
			500	106,82	0,2136
00658855	*Lopresor SR 100 mg*	Novartis	100	26,52	0,2652
			250	66,28	0,2651
02350394	*Metoprolol 50 mg*	Sanis	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
02351404	*Metoprolol SR*	Pro Doc	100	12,48	0,1248
00648019	*Metoprolol-50*	Pro Doc	100	6,24	0,0624
			1000	62,38	0,0624
02174545	*Mylan-Metoprolol (Type L)*	Mylan	100	6,24	0,0624
			1000	62,38	0,0624
* 02347024	*NTP-Metoprolol 50 mg*	Teva Can	100	6,24	R
			500	31,19	R
02230803	*pms-Metoprolol-L*	Phmscience	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
02315319	*Riva-Metoprolol-L*	Riva	100	6,24	0,0624
			1000	62,38	0,0624
02354187	*Sandoz Metoprolol L 50*	Sandoz	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
02303396	*Sandoz Metoprolol SR 100*	Sandoz	100	12,48	0,1248
00648035	*Teva-Metoprolol*	Teva Can	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624
00842648	*Teva-Metoprolol*	Teva Can	100	6,24	0,0624
			500	31,19	0,0624

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. L.A.			100 mg / 200 mg L.A. **PPB**		
00618640	*Apo-Metoprolol 100 mg*	Apotex	100	12,50	0,1250
			1000	125,00	0,1250
00751170	*Apo-Metoprolol L 100 mg*	Apotex	100	12,50	0,1250
			1000	125,00	0,1250
02285177	*Apo-Metoprolol SR*	Apotex	100	24,99	0,2499
02356848	*Jamp-Metoprolol-L*	Jamp	100	12,50	0,1250
			500	62,50	0,1250
00397431	*Lopresor 100 mg*	Novartis	100	46,60	0,4660
00534560	*Lopresor SR 200 mg*	Novartis	100	48,12	0,4812
			250	120,28	0,4811
02350408	*Metoprolol 100 mg*	Sanis	100	12,50	0,1250
			500	62,50	0,1250
02351412	*Metoprolol SR*	Pro Doc	100	24,99	0,2499
00648027	*Metoprolol-100*	Pro Doc	100	12,50	0,1250
			1000	125,00	0,1250
02174553	*Mylan-Metoprolol (Type L)*	Mylan	100	12,50	0,1250
			1000	125,00	0,1250
00842656	*Novo-Metoprol B 100 mg*	Novopharm	100	12,50	0,1250
			500	62,50	0,1250
* 02347032	*NTP-Metoprolol 100 mg*	Teva Can	100	12,50	**R**
			500	62,50	**R**
02230804	*pms-Metoprolol-L*	Phmscience	100	12,50	0,1250
			500	62,50	0,1250
02315327	*Riva-Metoprolol-L*	Riva	100	12,50	0,1250
			1000	125,00	0,1250
02354195	*Sandoz Metoprolol L 100*	Sandoz	100	12,50	0,1250
			500	62,50	0,1250
02303418	*Sandoz Metoprolol SR 200*	Sandoz	100	24,99	0,2499
00648043	*Teva-Metoprolol*	Teva Can	100	12,50	0,1250
			500	62,50	0,1250

NADOLOL F

Co.				40 mg	
00782505	*Nadolol*	AA Pharma	100	45,12	0,4512

Co.				80 mg	
00782467	*Nadolol*	AA Pharma	100	37,10	0,3710

PINDOLOL F

Co.				5 mg **PPB**	
00755877	*Apo-Pindol*	Apotex	100	13,61	0,1361
00869007	*Novo-Pindol*	Novopharm	100	13,61	0,1361
			500	68,03	0,1361
00828416	*Pindolol-5*	Pro Doc	100	13,61	0,1361
02231536	*pms-Pindolol*	Phmscience	100	13,61	0,1361
00417270	*Visken*	Novartis	100	45,71	0,4571

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					10 mg **PPB**		
	00755885	*Apo-Pindol*	Apotex	100	23,23	➧	0,2323
				500	116,17	➧	0,2323
	00869015	*Novo-Pindol*	Novopharm	100	23,23	➧	0,2323
				500	116,17	➧	0,2323
	00828424	*Pindolol-10*	Pro Doc	100	23,23	➧	0,2323
	02231537	*pms-Pindolol*	Phmscience	100	23,23	➧	0,2323
	00443174	*Visken*	Novartis	100	78,06		0,7806
Co.					15 mg **PPB**		
	00755893	*Apo-Pindol*	Apotex	100	33,70	➧	0,3370
	00869023	*Novo-Pindol*	Novopharm	100	33,70	➧	0,3370
	02231539	*pms-Pindolol*	Phmscience	100	33,70	➧	0,3370
*	02261804	*Sandoz Pindolol*	Sandoz	100	33,70		**R**
	00417289	*Visken*	Novartis	100	113,23		1,1323

PINDOLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE P

Co.					10 mg -25 mg	
	00568627	*Viskazide 10/25*	Novartis	105	80,28	0,7646

PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE) P

Co.					10 mg		
	00496480	*Novo-Pranol*	Novopharm	100	1,72		0,0172
				1000	17,23		0,0172
Co.					120 mg		
*	00504335	*Apo-Propranolol*	Apotex	100	30,91	**R**	0,1097
Co. ou Caps. L.A.					20 mg /60 mg L.A. **PPB**		
	02042231	*Indéral L.A. 60 mg*	Pfizer	100	44,93		0,4493
	00740675	*Novo-Pranol 20 mg*	Novopharm	100	2,77	➧	0,0277
				500	13,84	➧	0,0277
Co. ou Caps. L.A.					40 mg / 80 mg / 120 mg L.A. **PPB**		
	02042266	*Indéral L.A. 120 mg*	Pfizer	100	78,02		0,7802
	02042258	*Indéral L.A. 80 mg*	Pfizer	100	50,56		0,5056
	00496499	*Novo-Pranol 40 mg*	Novopharm	100	3,06	➧	0,0306
				1000	30,63	➧	0,0306
Co. ou Caps. L.A.					80 mg / 160 mg L.A. **PPB**		
	02042274	*Indéral L.A. 160 mg*	Pfizer	100	92,27		0,9227
	00496502	*Novo-Pranol 80 mg*	Novopharm	100	5,09	➧	0,0509
				500	25,43	➧	0,0509

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SOTALOL (CHLORHYDRATE DE) P

Co.				80 mg **PPB**	
02210428	*Apo-Sotalol*	Apotex	100	29,66	0,2966
			500	148,30	0,2966
02270625	*Co Sotalol*	Cobalt	100	29,66	0,2966
02368617	*Jamp-Sotalol*	Jamp	100	29,66	0,2966
			500	148,30	0,2966
02229778	*Mylan-Sotalol*	Mylan	100	29,66	0,2966
02231181	*Novo-Sotalol*	Novopharm	100	29,66	0,2966
			500	148,30	0,2966
02238768	*phl-Sotalol*	Pharmel	100	29,66	0,2966
02238326	*pms-Sotatol*	Phmscience	100	29,66	0,2966
			500	148,30	0,2966
02316528	*Pro-Sotalol*	Pro Doc	100	29,66	0,2966
			500	148,30	0,2966
02084228	*ratio-Sotalol*	Ratiopharm	100	29,66	0,2966
02272164	*Riva-Sotalol*	Riva	100	29,66	0,2966
02257831	*Sandoz Sotalol*	Sandoz	100	29,66	0,2966
02385988	*Sotalol*	Sivem	100	29,66	0,2966

Co.				160 mg **PPB**	
02167794	*Apo-Sotalol*	Apotex	100	16,23	0,1623
			500	81,15	0,1623
02270633	*Co Sotalol*	Cobalt	100	16,23	0,1623
02368625	*Jamp-Sotalol*	Jamp	100	16,23	0,1623
			500	81,15	0,1623
02229779	*Mylan-Sotalol*	Mylan	100	16,23	0,1623
02231182	*Novo-Sotalol*	Novopharm	100	16,23	0,1623
			500	81,15	0,1623
02238769	*phl-Sotalol*	Pharmel	100	16,23	0,1623
02238327	*pms-Sotatol*	Phmscience	100	16,23	0,1623
02316536	*Pro-Sotalol*	Pro Doc	100	16,23	0,1623
02084236	*ratio-Sotalol*	Ratiopharm	100	16,23	0,1623
02242157	*Riva-Sotalol*	Riva	100	16,23	0,1623
02257858	*Sandoz Sotalol*	Sandoz	100	16,23	0,1623
02385996	*Sotalol*	Sivem	100	16,23	0,1623

TIMOLOL (MALÉATE DE) P

Co.				5 mg **PPB**	
00755842	*Apo-Timol*	Apotex	100	16,49	0,1649
* 01947796	*Novo-Timol*	Novopharm	100	16,49	**R**

Co.				10 mg	
* 00755850	*Apo-Timol*	Apotex	100	25,72	0,2572

Co.				20 mg	
* 00755869	*Apo-Timol*	Apotex	100	50,05	0,5005

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:28.08
DIHYDROPYRIDINES
AMLODIPINE (BÉSYLATE D') F
Co. 2,5 mg **PPB**

02326795	*Amlodipine*	Pro Doc	100	13,80	0,1380
02385783	*Amlodipine*	Sivem	100	13,80	0,1380
02392127	*Bio-Amlodipine*	Biomed	100	13,80	0,1380
02297477	*Co Amlodipine*	Cobalt	100	13,80	0,1380
02357186	*Jamp-Amlodipine*	Jamp	30	4,14	0,1380
			100	13,80	0,1380
02371707	*Mar-Amlodipine*	Marcan	100	13,80	0,1380
			500	69,00	0,1380
02326760	*phl-Amlodipine*	Pharmel	100	13,80	0,1380
02295148	*pms-Amlodipine*	Phmscience	100	13,80	0,1380
02398877	*Ran-Amlodipine*	Ranbaxy	100	13,80	0,1380
02331489	*Riva-Amlodipine*	Riva	100	13,80	0,1380
02330474	*Sandoz Amlodipine*	Sandoz	100	13,80	0,1380
02357704	*Septa-Amlodipine*	Septa	100	13,80	0,1380
			500	69,00	0,1380

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				5 mg **PPB**	
02429217	*Amlodipine*	Jamp	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02326809	*Amlodipine*	Pro Doc	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02331284	*Amlodipine*	Sanis	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02385791	*Amlodipine*	Sivem	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02273373	*Apo-Amlodipine*	Apotex	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02397072	*Auro-Amlodipine*	Aurobindo	100	24,17	0,2417
			250	60,43	0,2417
02392135	*Bio-Amlodipine*	Biomed	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02297485	*Co Amlodipine*	Cobalt	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02280132	*GD-Amlodipine*	GenMed	250	60,43	0,2417
02357194	*Jamp-Amlodipine*	Jamp	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02371715	*Mar-Amlodipine*	Marcan	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02362651	*Mint-Amlodipine*	Mint	100	24,17	0,2417
			250	60,43	0,2417
02272113	*Mylan-Amlodipine*	Mylan	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
00878928	*Norvasc*	Pfizer	100	129,99	1,2999
			250	324,97	1,2999
02326779	*phl-Amlodipine*	Pharmel	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02284065	*pms-Amlodipine*	Phmscience	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02321858	*Ran-Amlodipine*	Ranbaxy	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02259605	*ratio-Amlodipine*	Ratiopharm	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02331497	*Riva-Amlodipine*	Riva	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02284383	*Sandoz Amlodipine*	Sandoz	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02357712	*Septa-Amlodipine*	Septa	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417
02250497	*Teva-Amlodipine*	Teva Can	100	24,17	0,2417
			500	120,85	0,2417

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg **PPB**	
02297493	*Act Amlodipine*	ActavisPhm	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02429225	*Amlodipine*	Jamp	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02326817	*Amlodipine*	Pro Doc	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02331292	*Amlodipine*	Sanis	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02385805	*Amlodipine*	Sivem	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02273381	*Apo-Amlodipine*	Apotex	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02397080	*Auro-Amlodipine*	Aurobindo	100	35,87	0,3587
			250	89,68	0,3587
02392143	*Bio-Amlodipine*	Biomed	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02280140	*GD-Amlodipine*	GenMed	250	89,68	0,3587
02357208	*Jamp-Amlodipine*	Jamp	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02371723	*Mar-Amlodipine*	Marcan	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02362678	*Mint-Amlodipine*	Mint	100	35,87	0,3587
			250	89,68	0,3587
02272121	*Mylan-Amlodipine*	Mylan	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
00878936	*Norvasc*	Pfizer	100	192,96	1,9296
			250	482,39	1,9296
02326787	*phl-Amlodipine*	Pharmel	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02284073	*pms-Amlodipine*	Phmscience	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02321866	*Ran-Amlodipine*	Ranbaxy	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02259613	*ratio-Amlodipine*	Ratiopharm	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02331500	*Riva-Amlodipine*	Riva	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02284391	*Sandoz Amlodipine*	Sandoz	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02357720	*Septa-Amlodipine*	Septa	100	35,87	0,3587
			500	179,35	0,3587
02250500	*Teva-Amlodipine*	Teva Can	100	35,87	0,3587
			250	89,68	0,3587

FÉLODIPINE F

Co. L.A.				2,5 mg	
02057778	*Plendil*	AZC	30	15,27	0,5090

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				5 mg **PPB**	
00851779	*Plendil*	AZC	30	20,40	0,6800
02280264	*Sandoz Felodipine*	Sandoz	30	13,86 ➡	0,4620
			100	46,20 ➡	0,4620
Co. L.A.				10 mg **PPB**	
00851787	*Plendil*	AZC	30	30,62	1,0207
02280272	*Sandoz Felodipine*	Sandoz	30	20,20 ➡	0,6733
			100	67,33 ➡	0,6733
NIFÉDIPINE P					
Caps.				5 mg	
00725110	*Nifedipine*	AA Pharma	100	36,79	0,3679
Co. L.A. (24 h)				20 mg	
02237618	*Adalat XL*	Bayer	28	25,99	0,9282
			98	90,94	0,9280
Co. L.A. (24 h)				30 mg **PPB**	
02155907	*Adalat XL*	Bayer	28	17,28 ➡	0,6170
			98	60,48 ➡	0,6171
02349167	*Mylan-Nifedipine Extented Release*	Mylan	100	61,71	0,6171
02421631	*Nifedipine ER*	Pro Doc	30	18,51 ➡	0,6170
			100	61,71 ➡	0,6171
02418630	*pms-Nifedipine ER*	Phmscience	30	18,51 ➡	0,6170
			100	61,71 ➡	0,6171
Co. L.A. (24 h)				60 mg **PPB**	
02155990	*Adalat XL*	Bayer	28	26,25 ➡	0,9373
			98	91,87 ➡	0,9374
02321149	*Mylan-Nifedipine Extented Release*	Mylan	100	93,74	0,9374
02421658	*Nifedipine ER*	Pro Doc	30	28,12 ➡	0,9373
			100	93,74 ➡	0,9374
02416301	*pms-Nifedipine ER*	Phmscience	30	28,12 ➡	0,9373
			100	93,74 ➡	0,9374
NIMODIPINE P					
Co.				30 mg	
02325926	*Nimotop*	Bayer	100	988,00	9,8800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:28.92
DIVERS BLOQUANTS DU CANAL CALCIQUE
DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE) P

Caps. L.A. — 120 mg — PPB

*	02370441	*ACT Diltiazem T*	ActavisPhm	100	21,33	➧	0,2133
	02325306	*Diltiazem TZ*	Pro Doc	100	21,33	➧	0,2133
	02271605	*Novo-Diltiazem HCl ER*	Novopharm	100	21,33	➧	0,2133
	02245918	*Sandoz Diltiazem T*	Sandoz	100	21,33	➧	0,2133
	02231150	*Tiazac*	Valeant	100	83,49		0,8349

Caps. L.A. — 180 mg — PPB

*	02370492	*ACT Diltiazem T*	ActavisPhm	100	28,89	➧	0,2889
	02325314	*Diltiazem TZ*	Pro Doc	100	28,89	➧	0,2889
	02271613	*Novo-Diltiazem HCl ER*	Novopharm	100	28,89	➧	0,2889
	02245919	*Sandoz Diltiazem T*	Sandoz	100	28,89	➧	0,2889
				500	144,45	➧	0,2889
	02231151	*Tiazac*	Valeant	100	112,48		1,1248

Caps. L.A. — 240 mg — PPB

*	02370506	*ACT Diltiazem T*	ActavisPhm	100	38,32	➧	0,3832
	02325322	*Diltiazem TZ*	Pro Doc	100	38,32	➧	0,3832
	02271621	*Novo-Diltiazem HCl ER*	Novopharm	100	38,32	➧	0,3832
	02245920	*Sandoz Diltiazem T*	Sandoz	100	38,32	➧	0,3832
	02231152	*Tiazac*	Valeant	100	149,20		1,4920

Caps. L.A. — 300 mg — PPB

*	02370514	*ACT Diltiazem T*	ActavisPhm	100	47,19	➧	0,4719
	02325330	*Diltiazem TZ*	Pro Doc	100	47,19	➧	0,4719
	02271648	*Novo-Diltiazem HCl ER*	Novopharm	100	47,19	➧	0,4719
	02245921	*Sandoz Diltiazem T*	Sandoz	100	47,19	➧	0,4719
				500	235,98	➧	0,4720
	02231154	*Tiazac*	Valeant	100	183,75		1,8375

Caps. L.A. — 360 mg — PPB

*	02370522	*ACT Diltiazem T*	ActavisPhm	100	57,78	➧	0,5778
	02325349	*Diltiazem TZ*	Pro Doc	100	57,78	➧	0,5778
	02271656	*Novo-Diltiazem HCl ER*	Novopharm	100	57,78	➧	0,5778
	02245922	*Sandoz Diltiazem T*	Sandoz	100	57,78	➧	0,5778
	02231155	*Tiazac*	Valeant	100	224,97		2,2497

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (24 h)				120 mg **PPB**	
* 02370611	*ACT Diltiazem CD*	ActavisPhm	100	35,29	0,3529
			500	176,45	0,3529
02230997	*Apo-Diltiaz CD*	Apotex	100	35,29	0,3529
			500	176,45	0,3529
02097249	*Cardizem CD*	Valeant	100	129,79	1,2979
02400421	*Diltiazem CD*	Sanis	100	35,29	0,3529
02231472	*Diltiazem-CD*	Pro Doc	100	35,29	0,3529
			500	176,45	0,3529
02242538	*Novo-Diltiazem CD*	Novopharm	100	35,29	0,3529
			500	176,45	0,3529
02355752	*pms-Diltiazem CD*	Phmscience	100	35,29	0,3529
			500	176,45	0,3529
02229781	*ratio-Diltiazem CD*	Ratiopharm	100	35,29	0,3529
			500	176,45	0,3529
02243338	*Sandoz Diltiazem CD*	Sandoz	100	35,29	0,3529
Caps. L.A. (24 h)				180 mg **PPB**	
* 02370638	*ACT Diltiazem CD*	ActavisPhm	100	46,84	0,4684
			500	234,20	0,4684
02230998	*Apo-Diltiaz CD*	Apotex	100	46,84	0,4684
			500	234,20	0,4684
02097257	*Cardizem CD*	Valeant	100	172,28	1,7228
02400448	*Diltiazem CD*	Sanis	100	46,84	0,4684
02231474	*Diltiazem-CD*	Pro Doc	100	46,84	0,4684
			500	234,20	0,4684
02242539	*Novo-Diltiazem CD*	Novopharm	100	46,84	0,4684
			500	234,20	0,4684
02355760	*pms-Diltiazem CD*	Phmscience	100	46,84	0,4684
			500	234,20	0,4684
02229782	*ratio-Diltiazem CD*	Ratiopharm	100	46,84	0,4684
			500	234,20	0,4684
02243339	*Sandoz Diltiazem CD*	Sandoz	100	46,84	0,4684
			500	234,20	0,4684
Caps. L.A. (24 h)				240 mg **PPB**	
* 02370646	*ACT Diltiazem CD*	ActavisPhm	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213
02230999	*Apo-Diltiaz CD*	Apotex	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213
02097265	*Cardizem CD*	Valeant	100	228,51	2,2851
02400456	*Diltiazem CD*	Sanis	100	62,13	0,6213
02231475	*Diltiazem-CD*	Pro Doc	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213
02242540	*Novo-Diltiazem CD*	Novopharm	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213
02355779	*pms-Diltiazem CD*	Phmscience	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213
02229783	*ratio-Diltiazem CD*	Ratiopharm	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213
02243340	*Sandoz Diltiazem CD*	Sandoz	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (24 h)				300 mg **PPB**	
* 02370654	*ACT Diltiazem CD*	ActavisPhm	100	77,66	0,7766
02229526	*Apo-Diltiaz CD*	Apotex	100	77,66	0,7766
			500	388,30	0,7766
02097273	*Cardizem CD*	Valeant	100	285,65	2,8565
02400464	*Diltiazem CD*	Sanis	100	77,66	0,7766
02231057	*Diltiazem-CD*	Pro Doc	100	77,66	0,7766
02355787	*pms-Diltiazem CD*	Phmscience	100	77,66	0,7766
02243341	*Sandoz Diltiazem CD*	Sandoz	100	77,66	0,7766
02242541	*Teva-Diltiazem CD*	Novopharm	100	77,66	0,7766
Co.				30 mg **PPB**	
00771376	*Apo-Diltiaz*	Apotex	100	18,66	0,1866
			500	93,30	0,1866
00862924	*Novo-Diltazem*	Novopharm	100	18,66	0,1866
Co.				60 mg **PPB**	
00771384	*Apo-Diltiaz*	Apotex	100	32,73	0,3273
00828777	*Diltiazem-60*	Pro Doc	100	32,73	0,3273
			500	163,65	0,3273
00862932	*Novo-Diltazem*	Novopharm	100	32,73	0,3273
Co. L.A.				120 mg	
02256738	*Tiazac XC*	Valeant	90	71,39	0,7932
Co. L.A.				180 mg	
02256746	*Tiazac XC*	Valeant	90	94,85	1,0539
Co. L.A.				240 mg	
02256754	*Tiazac XC*	Valeant	90	126,07	1,4008
Co. L.A.				300 mg	
02256762	*Tiazac XC*	Valeant	90	125,82	1,3980
Co. L.A.				360 mg	
02256770	*Tiazac XC*	Valeant	90	126,07	1,4008

VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE) P

Co.				80 mg **PPB**	
00782483	*Apo-Verap*	Apotex	100	27,35	0,2735
			500	136,74	0,2735
00554316	*Isoptin*	Abbott	250	68,37	0,2735
02237921	*Mylan-Verapamil*	Mylan	100	27,35	0,2735

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				120 mg **PPB**	
00782491	*Apo-Verap*	Apotex	100	42,50	0,4250
00554324	*Isoptin*	Abbott	250	106,25	0,4250
02237922	*Mylan-Verapamil*	Mylan	100	42,50	0,4250
Co. L.A.				120 mg **PPB**	
02246893	*Apo-Verap SR*	Apotex	100	50,78	0,5078
01907123	*Isoptin SR*	BGP Pharma	100	101,78	1,0178
02210347	*Mylan-Verapamil SR*	Mylan	100	50,78	0,5078
02324156	*Pro-Verapamil SR*	Pro Doc	100	50,78	0,5078
Co. L.A.				180 mg **PPB**	
02246894	*Apo-Verap SR*	Apotex	100	52,04	0,5204
01934317	*Isoptin SR*	BGP Pharma	100	114,94	1,1494
02210355	*Mylan-Verapamil SR*	Mylan	100	52,04	0,5204
02324164	*Pro-Verapamil SR*	Pro Doc	100	52,04	0,5204
Co. L.A.				240 mg **PPB**	
02246895	*Apo-Verap SR*	Apotex	100	50,75	0,5075
			500	253,75	0,5075
00742554	*Isoptin SR*	BGP Pharma	100	153,25	1,5325
02210363	*Mylan-Verapamil SR*	Mylan	100	50,75	0,5075
			500	253,75	0,5075
02238276	*phl-Verapamil SR*	Pharmel	100	50,75	0,5075
02237791	*pms-Verapamil SR*	Phmscience	100	50,75	0,5075
02312697	*Pro-Verapamil SR*	Pro Doc	100	50,75	0,5075
			500	253,75	0,5075
02248082	*Riva-Verapamil SR*	Riva	100	50,75	0,5075

24:32.04
INH. ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)
BÉNAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE) P

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				5 mg **PPB**	
02290332	*Benazepril*	AA Pharma	100	55,77	0,5577
00885835	*Lotensin*	Novartis	28	17,78	0,6350
Co.				10 mg	
02290340	*Benazepril*	AA Pharma	100	65,95	0,6595
Co.				20 mg **PPB**	
02273918	*Benazepril*	AA Pharma	100	75,67	0,7567
00885851	*Lotensin*	Novartis	28	24,10	0,8607

CAPTOPRIL P

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				6,25 mg	
01999559	*Apo-Capto*	Apotex	100	12,37	0,1237

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				12,5 mg PPB	
00893595	*Apo-Capto*	Apotex	100	10,60	0,1060
02238555	*Captopril*	Pharmel	500	106,00	0,2120
02163551	*Mylan-Captopril*	Mylan	100	10,60	0,1060
01942964	*Novo-Captoril*	Novopharm	100	10,60	0,1060
Co.				25 mg PPB	
00893609	*Apo-Capto*	Apotex	100	15,00	0,1500
02238556	*Captopril*	Pharmel	1000	150,00	0,1500
02163578	*Mylan-Captopril*	Mylan	100	15,00	0,1500
01942972	*Novo-Captoril*	Novopharm	100	15,00	0,1500
			1000	150,00	0,1500
Co.				50 mg PPB	
00893617	*Apo-Capto*	Apotex	100	27,95	0,2795
02238557	*Captopril*	Pharmel	500	139,75	0,2795
02163586	*Mylan-Captopril*	Mylan	100	27,95	0,2795
01942980	*Teva-Captoril*	Novopharm	100	27,95	0,2795
Co.				100 mg PPB	
00893625	*Apo-Capto*	Apotex	100	51,98	0,5198
02238558	*Captopril*	Pharmel	100	51,98	0,5198
02163594	*Mylan-Captopril*	Mylan	100	51,98	0,5198
01942999	*Novo-Captoril*	Novopharm	100	51,98	0,5198

CILAZAPRIL P

Co.				1 mg PPB	
02291134	*Apo-Cilazapril*	Apotex	100	15,57	0,1557
02283778	*Mylan-Cilazapril*	Mylan	100	15,57	0,1557
02266350	*Novo-Cilazapril*	Novopharm	100	15,57	0,1557
02309378	*phl-Cilazapril*	Pharmel	100	15,57	0,1557
02280442	*pms-Cilazapril*	Phmscience	100	15,57	0,1557
Co.				2,5 mg PPB	
02291142	*Apo-Cilazapril*	Apotex	100	17,95	0,1795
01911473	*Inhibace*	Roche	100	73,23	0,7323
02283786	*Mylan-Cilazapril*	Mylan	100	17,95	0,1795
02309386	*phl-Cilazapril*	Pharmel	100	17,95	0,1795
02280450	*pms-Cilazapril*	Phmscience	100	17,95	0,1795
02266369	*Teva-Cilazapril*	Novopharm	100	17,95	0,1795

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					5 mg **PPB**		
	02291150	*Apo-Cilazapril*	Apotex	100	20,85	➧	0,2085
	01911481	*Inhibace*	Roche	100	85,08		0,8508
	02283794	*Mylan-Cilazapril*	Mylan	100	20,85	➧	0,2085
	02309394	*phl-Cilazapril*	Pharmel	100	20,85	➧	0,2085
				500	104,27	➧	0,2085
	02280469	*pms-Cilazapril*	Phmscience	100	20,85	➧	0,2085
	02266377	*Teva-Cilazapril*	Novopharm	100	20,85	➧	0,2085

CILAZAPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE F

Co.					5 mg -12,5 mg **PPB**		
	02284987	*Apo-Cilazapril - HCTZ*	Apotex	100	41,70	➧	0,4170
	02181479	*Inhibace Plus*	Roche	28	23,82		0,8507
	02313731	*Novo-Cilazapril/HCTZ*	Novopharm	100	41,70	➧	0,4170

ÉNALAPRIL (MALÉATE D') F

Co.					2,5 mg **PPB**		
*	02291878	*ACT Enalapril*	ActavisPhm	100	18,63	➧	0,1863
				500	93,15	➧	0,1863
	02020025	*Apo-Enalapril*	Apotex	100	18,63	➧	0,1863
	02400650	*Enalapril*	Sanis	100	18,63	➧	0,1863
	02300036	*Mylan-Enalapril*	Mylan	30	5,59	➧	0,1863
				500	93,15	➧	0,1863
	02300680	*Novo-Enalapril*	Novopharm	30	5,59	➧	0,1863
				100	18,63	➧	0,1863
	02300079	*pms-Enalapril*	Phmscience	100	18,63	➧	0,1863
	02311402	*Pro-Enalapril-2,5*	Pro Doc	100	18,63	➧	0,1863
	02352230	*Ran-Enalapril*	Ranbaxy	100	18,63	➧	0,1863
	02300796	*Riva-Enalapril*	Riva	100	18,63	➧	0,1863
				500	93,15	➧	0,1863
	02299933	*Sandoz Enalapril*	Sandoz	100	18,63	➧	0,1863
	00851795	*Vasotec*	Merck	28	10,58		0,3779

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					5 mg **PPB**		
*	02291886	*ACT Enalapril*	ActavisPhm	30	6,61	➧	0,2203
				500	110,15	➧	0,2203
	02019884	*Apo-Enalapril*	Apotex	100	22,03	➧	0,2203
				500	110,15	➧	0,2203
	02400669	*Enalapril*	Sanis	100	22,03	➧	0,2203
	02300044	*Mylan-Enalapril*	Mylan	30	6,61	➧	0,2203
				500	110,15	➧	0,2203
	02233005	*Novo-Enalapril*	Novopharm	30	6,61	➧	0,2203
				500	110,15	➧	0,2203
	02300087	*pms-Enalapril*	Phmscience	100	22,03	➧	0,2203
				500	110,15	➧	0,2203
	02311410	*Pro-Enalapril-5*	Pro Doc	100	22,03	➧	0,2203
				500	110,15	➧	0,2203
	02352249	*Ran-Enalapril*	Ranbaxy	100	22,03	➧	0,2203
	02300818	*Riva-Enalapril*	Riva	30	6,61	➧	0,2203
				500	110,15	➧	0,2203
	02299941	*Sandoz Enalapril*	Sandoz	100	22,03	➧	0,2203
	00708879	*Vasotec*	Merck	28	12,52		0,4471
Co.					10 mg **PPB**		
*	02291894	*ACT Enalapril*	ActavisPhm	30	7,94	➧	0,2647
				500	132,35	➧	0,2647
	02019892	*Apo-Enalapril*	Apotex	100	26,47	➧	0,2647
				500	132,35	➧	0,2647
	02400677	*Enalapril*	Sanis	100	26,47	➧	0,2647
	02300052	*Mylan-Enalapril*	Mylan	30	7,94	➧	0,2647
				500	132,35	➧	0,2647
	02233006	*Novo-Enalapril*	Novopharm	30	7,94	➧	0,2647
				500	132,35	➧	0,2647
	02300095	*pms-Enalapril*	Phmscience	100	26,47	➧	0,2647
				500	132,35	➧	0,2647
	02311429	*Pro-Enalapril-10*	Pro Doc	100	26,47	➧	0,2647
				500	132,35	➧	0,2647
	02352257	*Ran-Enalapril*	Ranbaxy	100	26,47	➧	0,2647
	02300826	*Riva-Enalapril*	Riva	30	7,94	➧	0,2647
				500	132,35	➧	0,2647
	02299968	*Sandoz Enalapril*	Sandoz	100	26,47	➧	0,2647
	00670901	*Vasotec*	Merck	28	15,04		0,5371

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg PPB	
* 02291908	*ACT Enalapril*	ActavisPhm	100	31,95	0,3195
			500	159,75	0,3195
02019906	*Apo-Enalapril*	Apotex	100	31,95	0,3195
			500	159,75	0,3195
02400685	*Enalapril*	Sanis	100	31,95	0,3195
02300060	*Mylan-Enalapril*	Mylan	30	9,59	0,3195
			500	159,75	0,3195
02233007	*Novo-Enalapril*	Novopharm	30	9,59	0,3195
			500	159,75	0,3195
02300109	*pms-Enalapril*	Phmscience	100	31,95	0,3195
02311437	*Pro-Enalapril-20*	Pro Doc	100	31,95	0,3195
			500	159,75	0,3195
02352265	*Ran-Enalapril*	Ranbaxy	100	31,95	0,3195
02300834	*Riva-Enalapril*	Riva	30	9,59	0,3195
			500	159,75	0,3195
02299976	*Sandoz Enalapril*	Sandoz	100	31,95	0,3195
00670928	*Vasotec*	Merck	28	18,14	0,6479

ÉNALAPRIL (MALÉATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE F

Co.				5 mg -12,5 mg PPB	
02352923	*Apo-Enalapril Maleate/ HCTZ*	Apotex	100	49,27	0,4927
02300222	*Novo-Enalapril/HCTZ*	Novopharm	30	14,78	0,4927

Co.				10 mg -25 mg PPB	
02352931	*Apo-Enalapril Maleate/ HCTZ*	Apotex	100	54,79	0,5479
02300230	*Novo-Enalapril/HCTZ*	Novopharm	30	16,44	0,5479
			100	54,79	0,5479
00657298	*Vaseretic*	Merck	28	29,67	1,0596

FOSINOPRIL SODIQUE F

Co.				10 mg PPB	
02266008	*Apo-Fosinopril*	Apotex	100	21,77	0,2177
02303000	*Fosinopril-10*	Pro Doc	100	21,77	0,2177
02331004	*Jamp-Fosinopril*	Jamp	100	21,77	0,2177
02262401	*Mylan-Fosinopril*	Mylan	100	21,77	0,2177
02294524	*Ran-Fosinopril*	Ranbaxy	100	21,77	0,2177
02265923	*Riva-Fosinopril*	Riva	100	21,77	0,2177
02247802	*Teva-Fosinopril*	Teva Can	30	6,53	0,2177
			100	21,77	0,2177

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
02266016	*Apo-Fosinopril*	Apotex	100	26,19	0,2619
02303019	*Fosinopril-20*	Pro Doc	100	26,19	0,2619
02331012	*Jamp-Fosinopril*	Jamp	100	26,19	0,2619
02262428	*Mylan-Fosinopril*	Mylan	100	26,19	0,2619
02294532	*Ran-Fosinopril*	Ranbaxy	100	26,19	0,2619
02265931	*Riva-Fosinopril*	Riva	100	26,19	0,2619
02247803	*Teva-Fosinopril*	Teva Can	30	7,86	0,2619
			100	26,19	0,2619
LISINOPRIL F					
Co.				5 mg **PPB**	
02217481	*Apo-Lisinopril*	Apotex	100	13,47	0,1347
			500	67,35	0,1347
02394472	*Auro-Lisinopril*	Aurobindo	100	13,47	0,1347
			500	67,35	0,1347
02271443	*Co Lisinopril*	Cobalt	100	13,47	0,1347
			500	67,35	0,1347
02361531	*Jamp-Lisinopril*	Jamp	100	13,47	0,1347
02386232	*Lisinopril*	Sivem	100	13,47	0,1347
02422506	*Mar-Lisinopril*	Marcan	100	13,47	0,1347
			500	67,35	0,1347
02274833	*Mylan-Lisinopril*	Mylan	100	13,47	0,1347
			500	67,35	0,1347
02285061	*Novo-Lisinopril (Type P)*	Novopharm	30	4,04	0,1347
			100	13,47	0,1347
02285118	*Novo-Lisinopril (Type Z)*	Novopharm	30	4,04	0,1347
			100	13,47	0,1347
02292203	*pms-Lisinopril*	Phmscience	30	4,04	0,1347
			100	13,47	0,1347
* 00839388	*Prinivil*	Merck	28	16,32	**R**
02310961	*Pro-Lisinopril-5*	Pro Doc	100	13,47	0,1347
			500	67,35	0,1347
02294230	*Ran-Lisinopril*	Ranbaxy	100	13,47	0,1347
			500	67,35	0,1347
02256797	*ratio-Lisinopril P*	Ratiopharm	100	13,47	0,1347
			500	67,35	0,1347
02299879	*ratio-Lisinopril Z*	Ratiopharm	100	13,47	0,1347
			500	67,35	0,1347
02300958	*Riva-Lisinopril*	Riva	100	13,47	0,1347
			500	67,35	0,1347
02289199	*Sandoz Lisinopril*	Sandoz	30	4,04	0,1347
			500	67,35	0,1347
02049333	*Zestril*	AZC	100	55,94	0,5594

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg **PPB**	
02217503	*Apo-Lisinopril*	Apotex	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
02394480	*Auro-Lisinopril*	Aurobindo	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
02271451	*Co Lisinopril*	Cobalt	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
02361558	*Jamp-Lisinopril*	Jamp	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
02386240	*Lisinopril*	Sivem	100	16,19	0,1619
02422514	*Mar-Lisinopril*	Marcan	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
02274841	*Mylan-Lisinopril*	Mylan	100	16,19	0,1619
02285126	*Novo-Lisinopril (Type Z)*	Novopharm	30	4,86	0,1619
			100	16,19	0,1619
02292211	*pms-Lisinopril*	Phmscience	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
00839396	*Prinivil*	Merck	28	19,61	0,7004
02310988	*Pro-Lisinopril-10*	Pro Doc	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
02294249	*Ran-Lisinopril*	Ranbaxy	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
02256800	*ratio-Lisinopril P*	Ratiopharm	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
02299887	*ratio-Lisinopril Z*	Ratiopharm	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
02300982	*Riva-Lisinopril*	Riva	100	16,19	0,1619
			500	80,93	0,1619
02289202	*Sandoz Lisinopril*	Sandoz	30	4,86	0,1619
			500	80,93	0,1619
02285088	*Teva-Lisinopril (Type P)*	Teva Can	30	4,86	0,1619
			100	16,19	0,1619
02049376	*Zestril*	AZC	100	67,23	0,6723

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
02217511	*Apo-Lisinopril*	Apotex	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02394499	*Auro-Lisinopril*	Aurobindo	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02271478	*Co Lisinopril*	Cobalt	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02361566	*Jamp-Lisinopril*	Jamp	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02386259	*Lisinopril*	Sivem	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02422522	*Mar-Lisinopril*	Marcan	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02274868	*Mylan-Lisinopril*	Mylan	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02285134	*Novo-Lisinopril (Type Z)*	Novopharm	30	5,84	0,1945
			500	97,24	0,1945
02292238	*pms-Lisinopril*	Phmscience	30	5,84	0,1945
			500	97,24	0,1945
00839418	*Prinivil*	Merck	28	23,56	0,8414
02310996	*Pro-Lisinopril-20*	Pro Doc	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02294257	*Ran-Lisinopril*	Ranbaxy	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02256819	*ratio-Lisinopril P*	Ratiopharm	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02299895	*ratio-Lisinopril Z*	Ratiopharm	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02300990	*Riva-Lisinopril*	Riva	100	19,45	0,1945
			500	97,24	0,1945
02289229	*Sandoz Lisinopril*	Sandoz	30	5,84	0,1945
			500	97,24	0,1945
02285096	*Teva-Lisinopril (Type P)*	Teva Can	30	5,84	0,1945
			500	97,24	0,1945
02049384	*Zestril*	AZC	100	80,78	0,8078

LISINOPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE F

Co.				10 mg -12,5 mg **PPB**	
02362945	*Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Sanis	30	6,25	0,2083
			100	20,83	0,2083
02297736	*Mylan-Lisinopril HCTZ*	Mylan	30	6,25	0,2083
			100	20,83	0,2083
02302136	*Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)*	Novopharm	30	6,25	0,2083
			100	20,83	0,2083
02302365	*Sandoz Lisinopril HCT*	Sandoz	30	6,25	0,2083
			100	20,83	0,2083
02301768	*Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Novopharm	100	20,83	0,2083
02103729	*Zestoretic*	AZC	100	86,54	0,8654

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			20 mg -12,5 mg **PPB**		
02362953	*Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Sanis	100	25,03	0,2503
02297744	*Mylan-Lisinopril HCTZ*	Mylan	30	7,51	0,2503
			100	25,03	0,2503
02302144	*Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)*	Novopharm	100	25,03	0,2503
02302373	*Sandoz Lisinopril HCT*	Sandoz	30	7,51	0,2503
			100	25,03	0,2503
02301776	*Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Teva Can	30	7,51	0,2503
			100	25,03	0,2503
02045737	*Zestoretic*	AZC	100	104,00	1,0400
Co.			20 mg -25 mg **PPB**		
02362961	*Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Sanis	30	7,51	0,2503
			100	25,03	0,2503
02297752	*Mylan-Lisinopril HCTZ*	Mylan	30	7,51	0,2503
			100	25,03	0,2503
02302152	*Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)*	Novopharm	100	25,03	0,2503
02301784	*Novo-Lisinopril/HCTZ (Type Z)*	Novopharm	30	7,51	0,2503
			100	25,03	0,2503
02302381	*Sandoz Lisinopril HCT*	Sandoz	30	7,51	0,2503
			100	25,03	0,2503
02045729	*Zestoretic*	AZC	100	104,00	1,0400

PERINDOPRIL ERBUMINE F

Co.				2 mg	
02123274	*Coversyl*	Servier	30	18,88	0,6293
Co.				4 mg	
02123282	*Coversyl*	Servier	30	23,60	0,7867
Co.				8 mg	
02246624	*Coversyl*	Servier	30	33,05	1,1017

PÉRINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE F

Co.				4 mg -1,25 mg	
02246569	*Coversyl Plus*	Servier	30	29,29	0,9763
Co.				8 mg - 2.5 mg	
02321653	*Coversyl Plus HD*	Servier	30	32,76	1,0920

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) P

Co.				5 mg **PPB**	
01947664	*Accupril*	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248499	*Apo-Quinapril*	Apotex	100	53,29	0,5329
02290987	*GD-Quinapril*	GenMed	90	47,96	0,5329
02340550	*pms-Quinapril*	Phmscience	100	53,29	0,5329
02415917	*Quinapril*	Pro Doc	100	53,29	0,5329

Co.				10 mg **PPB**	
01947672	*Accupril*	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248500	*Apo-Quinapril*	Apotex	100	53,29	0,5329
02290995	*GD-Quinapril*	GenMed	90	47,96	0,5329
02340569	*pms-Quinapril*	Phmscience	100	53,29	0,5329
02415925	*Quinapril*	Pro Doc	100	53,29	0,5329

Co.				20 mg **PPB**	
01947680	*Accupril*	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248501	*Apo-Quinapril*	Apotex	100	53,29	0,5329
02291002	*GD-Quinapril*	GenMed	90	47,96	0,5329
02340577	*pms-Quinapril*	Phmscience	100	53,29	0,5329
02415933	*Quinapril*	Pro Doc	100	53,29	0,5329

Co.				40 mg **PPB**	
01947699	*Accupril*	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248502	*Apo-Quinapril*	Apotex	100	53,29	0,5329
02291010	*GD-Quinapril*	GenMed	90	47,96	0,5329
02340585	*pms-Quinapril*	Phmscience	100	53,29	0,5329
02415941	*Quinapril*	Pro Doc	100	53,29	0,5329

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) / HYDROCHLOROTHIAZIDE P

Co.				10 mg -12,5 mg **PPB**	
02237367	*Accuretic*	Pfizer	28	24,86	0,8879
02408767	*Apo-Quinapril/HCTZ*	Apotex	30	20,59	0,6863
			100	68,65	0,6865

Co.				20 mg -12,5 mg **PPB**	
02237368	*Accuretic*	Pfizer	28	24,86	0,8879
02408775	*Apo-Quinapril/HCTZ*	Apotex	30	20,59	0,6863
			100	68,65	0,6865

Co.				20 mg -25 mg **PPB**	
02237369	*Accuretic*	Pfizer	28	24,11	0,8611
02408783	*Apo-Quinapril/HCTZ*	Apotex	30	19,53	0,6510
			100	65,12	0,6512

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RAMIPRIL

Caps. 1,25 mg **PPB**

*	02295482	*ACT Ramipril*	ActavisPhm	100	12,74	0,1274
	02221829	*Altace*	SanofiAven	30	20,97	0,6990
	02251515	*Apo-Ramipril*	Apotex	30	3,82	0,1273
				100	12,74	0,1274
	02387387	*Auro-Ramipril*	Aurobindo	30	3,82	0,1273
				500	63,70	0,1274
	02331101	*Jamp-Ramipril*	Jamp	100	12,74	0,1274
	02420457	*Mar-Ramipril*	Marcan	30	3,82	0,1273
	02301148	*Mylan-Ramipril*	Mylan	100	12,74	0,1274
	02295369	*pms-Ramipril*	Phmscience	30	3,82	0,1273
				100	12,74	0,1274
	02310023	*Pro-Ramipril*	Pro Doc	30	3,82	0,1273
				100	12,74	0,1274
	02299372	*Ramipril*	Riva	30	3,82	0,1273
				100	12,74	0,1274
	02308363	*Ramipril*	Sivem	100	12,73	0,1273
	02310503	*Ran-Ramipril*	Ranbaxy	100	12,73	0,1273
				500	63,70	0,1274

Caps. 2,5 mg **PPB**

*	02295490	*ACT Ramipril*	ActavisPhm	30	4,41	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02221837	*Altace*	SanofiAven	30	24,20	0,8067
				100	80,66	0,8066
	02251531	*Apo-Ramipril*	Apotex	30	4,41	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02387395	*Auro-Ramipril*	Aurobindo	30	4,41	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02331128	*Jamp-Ramipril*	Jamp	30	4,41	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02420465	*Mar-Ramipril*	Marcan	30	4,41	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02421305	*Mint-Ramipril*	Mint	100	14,70	0,1470
	02301156	*Mylan-Ramipril*	Mylan	100	14,70	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02247917	*pms-Ramipril*	Phmscience	30	4,41	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02310066	*Pro-Ramipril*	Pro Doc	30	4,41	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02255316	*Ramipril*	Riva	30	4,41	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02374846	*Ramipril*	Sanis	100	14,70	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02287927	*Ramipril*	Sivem	30	4,41	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02310511	*Ran-Ramipril*	Ranbaxy	100	14,70	0,1470
				500	73,50	0,1470
	02247945	*Teva-Ramipril*	Teva Can	30	4,41	0,1470
				500	73,50	0,1470

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				5 mg **PPB**	
* 02295504	*ACT Ramipril*	ActavisPhm	30	4,41	0,1470
			500	73,50	0,1470
02221845	*Altace*	SanofiAven	30	24,20	0,8067
			100	80,66	0,8066
02251574	*Apo-Ramipril*	Apotex	30	4,41	0,1470
			500	73,50	0,1470
02387409	*Auro-Ramipril*	Aurobindo	30	4,41	0,1470
			500	73,50	0,1470
02331136	*Jamp-Ramipril*	Jamp	30	4,41	0,1470
			500	73,50	0,1470
02420473	*Mar-Ramipril*	Marcan	30	4,41	0,1470
			500	73,50	0,1470
02421313	*Mint-Ramipril*	Mint	100	14,70	0,1470
02301164	*Mylan-Ramipril*	Mylan	500	73,50	0,1470
02247918	*pms-Ramipril*	Phmscience	30	4,41	0,1470
			500	73,50	0,1470
02310074	*Pro-Ramipril*	Pro Doc	30	4,41	0,1470
			500	73,50	0,1470
02255324	*Ramipril*	Riva	30	4,41	0,1470
			500	73,50	0,1470
02374854	*Ramipril*	Sanis	100	14,70	0,1470
			500	73,50	0,1470
02287935	*Ramipril*	Sivem	30	4,41	0,1470
			500	73,50	0,1470
02310538	*Ran-Ramipril*	Ranbaxy	100	14,70	0,1470
			500	73,50	0,1470
02247946	*Teva-Ramipril*	Teva Can	30	4,41	0,1470
			500	73,50	0,1470

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				10 mg **PPB**	
* 02295512	*ACT Ramipril*	ActavisPhm	30	5,59	0,1862
			500	93,10	0,1862
02221853	*Altace*	SanofiAven	30	30,65	1,0217
			100	102,16	1,0216
02251582	*Apo-Ramipril*	Apotex	30	5,59	0,1862
			500	93,10	0,1862
02387417	*Auro-Ramipril*	Aurobindo	30	5,59	0,1862
			500	93,10	0,1862
02331144	*Jamp-Ramipril*	Jamp	30	5,59	0,1862
			500	93,10	0,1862
02420481	*Mar-Ramipril*	Marçan	30	5,59	0,1862
			500	93,10	0,1862
02421321	*Mint-Ramipril*	Mint	100	18,62	0,1862
02301172	*Mylan-Ramipril*	Mylan	100	18,62	0,1862
			500	93,10	0,1862
02247919	*pms-Ramipril*	Phmscience	30	5,59	0,1862
			500	93,10	0,1862
02310104	*Pro-Ramipril*	Pro Doc	30	5,59	0,1862
			100	18,62	0,1862
02255332	*Ramipril*	Riva	30	5,59	0,1862
			500	93,10	0,1862
02374862	*Ramipril*	Sanis	100	18,62	0,1862
			500	93,10	0,1862
02287943	*Ramipril*	Sivem	30	5,59	0,1862
			500	93,10	0,1862
02310546	*Ran-Ramipril*	Ranbaxy	100	18,62	0,1862
			500	93,10	0,1862
02247947	*Teva-Ramipril*	Teva Can	30	5,59	0,1862
			500	93,10	0,1862
Caps.				15 mg **PPB**	
02281112	*Altace*	SanofiAven	30	33,68	1,1227
			100	112,27	1,1227
02325381	*Apo-Ramipril*	Apotex	30	17,57	0,5857
			100	58,55	0,5855
02420503	*Mar-Ramipril*	Marcan	30	17,57	0,5857
			100	58,55	0,5855
02421348	*Mint-Ramipril*	Mint	100	58,55	0,5855
02425548	*Ran-Ramipril*	Ranbaxy	100	58,55	0,5855

RAMIPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE F

Co.				2,5 mg - 12,5 mg **PPB**	
02283131	*Altace HCT*	SanofiAven	28	8,37	0,2989
02354004	*Apo-Ramipril/HCTZ*	Apotex	100	16,13	0,1613
02342138	*pms-Ramipril-HCTZ*	Phmscience	100	16,13	0,1613

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			5 mg -12,5 mg **PPB**		
02283158	*Altace HCT*	SanofiAven	28	10,72	0,3829
02354012	*Apo-Ramipril/HCTZ*	Apotex	30	6,20	0,2067
			100	20,67	0,2067
02342146	*pms-Ramipril-HCTZ*	Phmscience	30	6,20	0,2067
			100	20,67	0,2067
02415887	*Ramipril-HCTZ*	Pro Doc	30	6,20	0,2067
			100	20,67	0,2067
02412640	*Ramipril-HCTZ*	Sanis	100	20,67	0,2067
Co.			5 mg - 25 mg **PPB**		
02283174	*Altace HCT*	SanofiAven	28	10,72	0,3829
02354020	*Apo-Ramipril/HCTZ*	Apotex	100	20,67	0,2067
02342162	*pms-Ramipril-HCTZ*	Phmscience	100	20,67	0,2067
02412667	*Ramipril-HCTZ*	Sanis	100	20,67	0,2067
Co.			10 mg -12,5 mg **PPB**		
02283166	*Altace HCT*	SanofiAven	28	13,65	0,4875
02368722	*Apo-Ramipril/HCTZ*	Apotex	30	7,90	0,2633
			100	26,33	0,2633
02342154	*pms-Ramipril-HCTZ*	Phmscience	30	7,90	0,2633
			100	26,33	0,2633
02415895	*Ramipril-HCTZ*	Pro Doc	30	7,90	0,2633
			100	26,33	0,2633
02412659	*Ramipril-HCTZ*	Sanis	100	26,33	0,2633
Co.			10 mg -25 mg **PPB**		
02283182	*Altace HCT*	SanofiAven	28	13,65	0,4875
02354039	*Apo-Ramipril/HCTZ*	Apotex	30	7,90	0,2633
			100	26,33	0,2633
02342170	*pms-Ramipril-HCTZ*	Phmscience	30	7,90	0,2633
			100	26,33	0,2633
02415909	*Ramipril-HCTZ*	Pro Doc	30	7,90	0,2633
			100	26,33	0,2633
02412675	*Ramipril-HCTZ*	Sanis	100	26,33	0,2633

TRANDOLAPRIL [F]

Caps.				0,5 mg	
02231457	*Mavik*	BGP Pharma	100	27,33	0,2733
Caps.				1 mg	
02231459	*Mavik*	BGP Pharma	100	67,00	0,6700
Caps.				2 mg	
02231460	*Mavik*	BGP Pharma	100	77,00	0,7700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				4 mg	
02239267	*Mavik*	BGP Pharma	100	95,00	0,9500

24:32.08
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II
CANDÉSARTAN CILEXÉTIL

Co.					8 mg **PPB**		
*	02376539	*ACT Candesartan*	ActavisPhm	100	28,50	➡	0,2850
	02365359	*Apo-Candesartan*	Apotex	100	28,50	➡	0,2850
				500	142,50	➡	0,2850
	02239091	*Atacand*	AZC	30	35,52		1,1840
	02377934	*Candesartan*	Pro Doc	30	8,55	➡	0,2850
				100	28,50	➡	0,2850
	02388928	*Candesartan*	Sanis	100	28,50	➡	0,2850
				500	142,50	➡	0,2850
	02388707	*Candesartan*	Sivem	30	8,55	➡	0,2850
				100	28,50	➡	0,2850
	02379279	*Candésartan cilexétil*	Accord	30	8,55	➡	0,2850
				100	28,50	➡	0,2850
	02386518	*Jamp-Candesartan*	Jamp	100	28,50	➡	0,2850
	02379139	*Mylan-Candesartan*	Mylan	100	28,50	➡	0,2850
	02391198	*pms-Candesartan*	Phmscience	30	8,55	➡	0,2850
				100	28,50	➡	0,2850
	02380692	*Ran-Candesartan*	Ranbaxy	100	28,50	➡	0,2850
	02425416	*Riva-Candesartan*	Riva	30	8,55	➡	0,2850
				100	28,50	➡	0,2850
	02326965	*Sandoz Candesartan*	Sandoz	30	8,55	➡	0,2850
				500	142,50	➡	0,2850
	02366312	*Teva Candesartan*	Teva Can	30	8,55	➡	0,2850
				100	28,50	➡	0,2850

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					16 mg **PPB**	
*	02376547	*ACT Candesartan*	ActavisPhm	100	28,50	0,2850
	02365367	*Apo-Candesartan*	Apotex	100	28,50	0,2850
				500	142,50	0,2850
	02239092	*Atacand*	AZC	30	35,52	1,1840
	02377942	*Candesartan*	Pro Doc	30	8,55	0,2850
				100	28,50	0,2850
	02388936	*Candesartan*	Sanis	100	28,50	0,2850
				500	142,50	0,2850
	02388715	*Candesartan*	Sivem	30	8,55	0,2850
				100	28,50	0,2850
	02379287	*Candésartan cilexétil*	Accord	30	8,55	0,2850
				100	28,50	0,2850
	02386526	*Jamp-Candesartan*	Jamp	100	28,50	0,2850
	02379147	*Mylan-Candesartan*	Mylan	100	28,50	0,2850
	02391201	*pms-Candesartan*	Phmscience	30	8,55	0,2850
				100	28,50	0,2850
	02380706	*Ran-Candesartan*	Ranbaxy	100	28,50	0,2850
	02425424	*Riva-Candesartan*	Riva	30	8,55	0,2850
				100	28,50	0,2850
	02326973	*Sandoz Candesartan*	Sandoz	30	8,55	0,2850
				500	142,50	0,2850
	02366320	*Teva Candesartan*	Teva Can	30	8,55	0,2850
				100	28,50	0,2850
Co.					32 mg **PPB**	
*	02376555	*ACT Candesartan*	ActavisPhm	100	28,50	0,2850
	02399105	*Apo-Candesartan*	Apotex	30	8,55	0,2850
				100	28,50	0,2850
	02311658	*Atacand*	AZC	30	35,52	1,1840
	02422069	*Candesartan*	Pro Doc	100	28,50	0,2850
	02435845	*Candesartan*	Sanis	100	28,50	0,2850
	02379295	*Candésartan cilexétil*	Accord	30	8,55	0,2850
				100	28,50	0,2850
	02386534	*Jamp-Candesartan*	Jamp	100	28,50	0,2850
	02379155	*Mylan-Candesartan*	Mylan	100	28,50	0,2850
	02391228	*pms-Candesartan*	Phmscience	30	8,55	0,2850
	02380714	*Ran-Candesartan*	Ranbaxy	30	8,55	0,2850
	02425432	*Riva-Candesartan*	Riva	30	8,55	0,2850
				100	28,50	0,2850
	02392267	*Sandoz Candesartan*	Sandoz	30	8,55	0,2850
				100	28,50	0,2850
	02417340	*Sandoz Candesartan*	Sandoz	100	28,50	0,2850
	02366339	*Teva Candesartan*	Teva Can	30	8,55	0,2850

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CANDÉSARTAN CILEXÉTIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE F

Co.

					16 mg -12,5 mg **PPB**		
*	02388650	*ACT Candesartan/HCT*	ActavisPhm	30	8,98	➡	0,2993
				100	29,93	➡	0,2993
	02367866	*Apo-Candesartan/ HCTZ*	Apotex	100	29,93	➡	0,2993
				500	149,65	➡	0,2993
	02244021	*Atacand Plus*	AZC	30	35,10		1,1700
	02421038	*Auro-Candesartan HCT*	Aurobindo	100	29,93	➡	0,2993
	02392275	*Candesartan - HCTZ*	Pro Doc	30	8,98	➡	0,2993
				100	29,93	➡	0,2993
	02394812	*Candesartan HCT*	Sivem	30	8,98	➡	0,2993
				100	29,93	➡	0,2993
	02394804	*Candesartan/ HCTZ*	Sanis	100	29,93	➡	0,2993
	02374897	*Mylan-Candesartan HCTZ*	Mylan	100	29,93	➡	0,2993
	02391295	*pms-Candesartan-HCTZ*	Phmscience	30	8,98	➡	0,2993
				100	29,93	➡	0,2993
	02327902	*Sandoz Candesartan Plus*	Sandoz	30	8,98	➡	0,2993
				100	29,93	➡	0,2993
	02395541	*Teva Candesartan/ HCTZ*	Teva Can	30	8,98	➡	0,2993

Co.

				32 mg - 12,5 mg **PPB**		
02395126	*Apo-Candesartan/ HCTZ*	Apotex	100	30,07	➡	0,3007
02332922	*Atacand Plus*	AZC	30	35,10		1,1700
02421046	*Auro-Candesartan HCT*	Aurobindo	100	30,07	➡	0,3007
02420732	*Sandoz Candesartan Plus*	Sandoz	100	30,07	➡	0,3007
02395568	*Teva Candesartan/ HCTZ*	Teva Can	30	9,02	➡	0,3007

Co.

				32 mg - 25 mg **PPB**		
02395134	*Apo-Candesartan/ HCTZ*	Apotex	100	30,07	➡	0,3007
02332957	*Atacand Plus*	AZC	30	35,10		1,1700
02421054	*Auro-Candesartan HCT*	Aurobindo	100	30,07	➡	0,3007
02420740	*Sandoz Candesartan Plus*	Sandoz	100	30,07	➡	0,3007
02395576	*Teva Candesartan/ HCTZ*	Teva Can	30	9,02	➡	0,3007

ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D') F

Co.

				400 mg	
02240432	*Teveten*	BGP Pharma	28	19,81	0,7075

Co.

				600 mg	
02243942	*Teveten*	BGP Pharma	28	30,34	1,0836

ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE F

Co.

				600 mg - 12.5 mg	
02253631	*Teveten Plus*	BGP Pharma	28	30,34	1,0836

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

IRBESARTAN P

Co. 75 mg **PPB**

	02328070	*ACT Irbesartan*	ActavisPhm	100	30,25	0,3025
	02386968	*Apo-Irbesartan*	Apotex	100	30,25	0,3025
	02406098	*Auro-Irbesartan*	Aurobindo	90	27,23	0,3025
				100	30,25	0,3025
	02237923	*Avapro*	SanofiAven	90	107,33	1,1926
	02365197	*Irbesartan*	Pro Doc	100	30,25	0,3025
	02372347	*Irbesartan*	Sanis	100	30,25	0,3025
	02385287	*Irbesartan*	Sivem	100	30,25	0,3025
	02418193	*Jamp-Irbesartan*	Jamp	28	8,47	0,3025
				100	30,25	0,3025
	02422980	*Mint-Irbesartan*	Mint	100	30,25	0,3025
	02347296	*Mylan-Irbesartan*	Mylan	90	27,23	0,3025
	02317060	*pms-Irbesartan*	Phmscience	100	30,25	0,3025
	02406810	*Ran-Irbesartan*	Ranbaxy	100	30,25	0,3025
	02316390	*ratio-Irbesartan*	Teva Can	100	30,25	0,3025
	02425319	*Riva-Irbesartan*	Riva	100	30,25	0,3025
				500	151,25	0,3025
	02328461	*Sandoz Irbesartan*	Sandoz	100	30,25	0,3025
	02315971	*Teva Irbesartan*	Teva Can	100	30,25	0,3025
+	02427087	*VAN-Irbesartan*	Vanc Phm	100	30,25	0,3025

Co. 150 mg **PPB**

	02328089	*ACT Irbesartan*	ActavisPhm	100	30,25	0,3025
				500	151,25	0,3025
	02386976	*Apo-Irbesartan*	Apotex	100	30,25	0,3025
				500	151,25	0,3025
	02406101	*Auro-Irbesartan*	Aurobindo	90	27,23	0,3025
				500	151,25	0,3025
	02237924	*Avapro*	SanofiAven	90	107,33	1,1926
	02365200	*Irbesartan*	Pro Doc	100	30,25	0,3025
				500	151,25	0,3025
	02372371	*Irbesartan*	Sanis	100	30,25	0,3025
	02385295	*Irbesartan*	Sivem	100	30,25	0,3025
	02418207	*Jamp-Irbesartan*	Jamp	28	8,47	0,3025
				100	30,25	0,3025
	02422999	*Mint-Irbesartan*	Mint	100	30,25	0,3025
	02347318	*Mylan-Irbesartan*	Mylan	90	27,23	0,3025
	02317079	*pms-Irbesartan*	Phmscience	100	30,25	0,3025
				500	151,25	0,3025
	02406829	*Ran-Irbesartan*	Ranbaxy	100	30,25	0,3025
				500	151,25	0,3025
	02316404	*ratio-Irbesartan*	Teva Can	100	30,25	0,3025
	02425327	*Riva-Irbesartan*	Riva	100	30,25	0,3025
				500	151,25	0,3025
	02328488	*Sandoz Irbesartan*	Sandoz	100	30,25	0,3025
				500	151,25	0,3025
	02315998	*Teva Irbesartan*	Teva Can	100	30,25	0,3025
+	02427095	*VAN-Irbesartan*	Vanc Phm	100	30,25	0,3025

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					300 mg **PPB**		
	02328100	*ACT Irbesartan*	ActavisPhm	100	30,25	➧	0,3025
				250	75,63	➧	0,3025
	02386984	*Apo-Irbesartan*	Apotex	100	30,25	➧	0,3025
				500	151,25	➧	0,3025
	02406128	*Auro-Irbesartan*	Aurobindo	90	27,23	➧	0,3025
				500	151,25	➧	0,3025
	02237925	*Avapro*	SanofiAven	90	107,33		1,1926
	02365219	*Irbesartan*	Pro Doc	100	30,25	➧	0,3025
				500	151,25	➧	0,3025
	02372398	*Irbesartan*	Sanis	100	30,25	➧	0,3025
	02385309	*Irbesartan*	Sivem	100	30,25	➧	0,3025
	02418215	*Jamp-Irbesartan*	Jamp	28	8,47	➧	0,3025
				100	30,25	➧	0,3025
	02423006	*Mint-Irbesartan*	Mint	100	30,25	➧	0,3025
	02347326	*Mylan-Irbesartan*	Mylan	90	27,23	➧	0,3025
	02317087	*pms-Irbesartan*	Phmscience	100	30,25	➧	0,3025
				500	151,25	➧	0,3025
	02406837	*Ran-Irbesartan*	Ranbaxy	100	30,25	➧	0,3025
				500	151,25	➧	0,3025
	02316412	*ratio-Irbesartan*	Teva Can	100	30,25	➧	0,3025
	02425335	*Riva-Irbesartan*	Riva	100	30,25	➧	0,3025
				500	151,25	➧	0,3025
	02328496	*Sandoz Irbesartan*	Sandoz	100	30,25	➧	0,3025
				500	151,25	➧	0,3025
	02316005	*Teva Irbesartan*	Teva Can	100	30,25	➧	0,3025
+	02427109	*VAN-Irbesartan*	Vanc Phm	100	30,25	➧	0,3025

IRBESARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE F

Co.					150 mg- 12,5 mg **PPB**		
	02357399	*ACT Irbesartan/HCT*	ActavisPhm	100	30,24	➧	0,3024
	02387646	*Apo-Irbesartan/HCTZ*	Apotex	100	30,24	➧	0,3024
				500	151,20	➧	0,3024
	02241818	*Avalide*	SanofiAven	90	107,33		1,1926
	02385317	*Irbesartan HCT*	Sivem	100	30,24	➧	0,3024
	02372886	*Irbesartan HCTZ*	Sanis	100	30,24	➧	0,3024
	02365162	*Irbesartan-HCTZ*	Pro Doc	100	30,24	➧	0,3024
	02418223	*Jamp-Irbesartan & HCTZ*	Jamp	28	8,47	➧	0,3024
				100	30,24	➧	0,3024
	02392992	*Mint-Irbesartan/ HCTZ*	Mint	100	30,24	➧	0,3024
	02328518	*pms-Irbesartan-HCTZ*	Phmscience	100	30,24	➧	0,3024
	02363208	*Ran-Irbesartan HCTZ*	Ranbaxy	100	30,24	➧	0,3024
	02330512	*ratio-Irbesartan HCTZ*	Teva Can	100	30,24	➧	0,3024
	02337428	*Sandoz Irbesartan HCT*	Sandoz	100	30,24	➧	0,3024
				500	151,20	➧	0,3024
	02316013	*Teva Irbesartan / HCTZ*	Teva Can	100	30,24	➧	0,3024

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			300 mg- 12,5 mg **PPB**		
02357402	*ACT Irbesartan/HCT*	ActavisPhm	100	30,24	0,3024
02387654	*Apo-Irbesartan/HCTZ*	Apotex	100	30,24	0,3024
			500	151,20	0,3024
02241819	*Avalide*	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02385325	*Irbesartan HCT*	Sivem	100	30,24	0,3024
02372894	*Irbesartan HCTZ*	Sanis	100	30,24	0,3024
02365170	*Irbesartan-HCTZ*	Pro Doc	100	30,24	0,3024
02418231	*Jamp-Irbesartan & HCTZ*	Jamp	28	8,47	0,3024
			100	30,24	0,3024
02393018	*Mint-Irbesartan/ HCTZ*	Mint	100	30,24	0,3024
02328526	*pms-Irbesartan-HCTZ*	Phmscience	100	30,24	0,3024
02363216	*Ran-Irbesartan HCTZ*	Ranbaxy	100	30,24	0,3024
02330520	*ratio-Irbesartan HCTZ*	Teva Can	100	30,24	0,3024
02337436	*Sandoz Irbesartan HCT*	Sandoz	100	30,24	0,3024
			500	151,20	0,3024
02316021	*Teva Irbesartan / HCTZ*	Teva Can	100	30,24	0,3024

Co.			300 mg - 25 mg **PPB**		
02357410	*ACT Irbesartan/HCT*	ActavisPhm	100	30,04	0,3004
02387662	*Apo-Irbesartan/HCTZ*	Apotex	100	30,04	0,3004
			500	150,20	0,3004
02385333	*Irbesartan HCT*	Sivem	100	30,04	0,3004
02372908	*Irbesartan HCTZ*	Sanis	100	30,04	0,3004
02365189	*Irbesartan-HCTZ*	Pro Doc	100	30,04	0,3004
02418258	*Jamp-Irbesartan & HCTZ*	Jamp	28	8,41	0,3004
			100	30,04	0,3004
02393026	*Mint-Irbesartan/ HCTZ*	Mint	100	30,04	0,3004
02328534	*pms-Irbesartan-HCTZ*	Phmscience	100	30,04	0,3004
02363224	*Ran-Irbesartan HCTZ*	Ranbaxy	100	30,04	0,3004
02330539	*ratio-Irbesartan HCTZ*	Teva Can	100	30,04	0,3004
02337444	*Sandoz Irbesartan HCT*	Sandoz	100	30,04	0,3004
			500	150,20	0,3004
02316048	*Teva Irbesartan / HCTZ*	Teva Can	100	30,04	0,3004

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LOSARTAN POTASSIQUE P

Co. 25 mg **PPB**

	02379058	*Apo-Losartan*	Apotex	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02403323	*Auro-Losartan*	Aurobindo	100	31,47	0,3147
	02354829	*Co Losartan*	Cobalt	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02182815	*Cozaar*	Merck	100	117,07	1,1707
	02398834	*Jamp-Losartan*	Jamp	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02394367	*Losartan*	Pro Doc	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02388863	*Losartan*	Sanis	100	31,47	0,3147
	02388790	*Losartan*	Sivem	100	31,47	0,3147
	02422468	*Mar-Losartan*	Marcan	100	31,47	0,3147
	02405733	*Mint-Losartan*	Mint	100	31,47	0,3147
	02368277	*Mylan-Losartan*	Mylan	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02309750	*pms-Losartan*	Phmscience	100	31,47	0,3147
	02404451	*Ran-Losartan*	Ranbaxy	100	31,47	0,3147
				500	116,05	0,2321
	02313332	*Sandoz Losartan*	Sandoz	100	23,21	0,2321
	02424967	*Septa-Losartan*	Septa	100	23,21	0,2321
	02380838	*Teva Losartan*	Teva Can	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
+	02426595	*VAN-Losartan*	Vanc Phm	100	31,47	0,3147

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					50 mg **PPB**	
	02353504	*Apo-Losartan*	Apotex	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02403331	*Auro-Losartan*	Aurobindo	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02354837	*Co Losartan*	Cobalt	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02182874	*Cozaar*	Merck	30	35,12	1,1707
	02398842	*Jamp-Losartan*	Jamp	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02394375	*Losartan*	Pro Doc	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02388871	*Losartan*	Sanis	100	31,47	0,3147
	02388804	*Losartan*	Sivem	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02422476	*Mar-Losartan*	Marcan	100	31,47	0,3147
	02405741	*Mint-Losartan*	Mint	100	31,47	0,3147
	02368285	*Mylan-Losartan*	Mylan	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02309769	*pms-Losartan*	Phmscience	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02404478	*Ran-Losartan*	Ranbaxy	100	31,47	0,3147
				500	116,05	0,2321
	02313340	*Sandoz Losartan*	Sandoz	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
	02424975	*Septa-Losartan*	Septa	100	23,21	0,2321
	02357968	*Teva Losartan*	Teva Can	30	9,44	0,3147
				100	23,21	0,2321
+	02426609	*VAN-Losartan*	Vanc Phm	100	31,47	0,3147

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					100 mg **PPB**		
	02353512	*Apo-Losartan*	Apotex	30	9,44	➡	0,3147
				100	23,21	➡	0,2321
	02403358	*Auro-Losartan*	Aurobindo	30	9,44	➡	0,3147
				100	23,21	➡	0,2321
	02354845	*Co Losartan*	Cobalt	30	9,44	➡	0,3147
				100	23,21	➡	0,2321
	02182882	*Cozaar*	Merck	30	35,12		1,1707
	02398850	*Jamp-Losartan*	Jamp	30	9,44	➡	0,3147
				100	23,21	➡	0,2321
	02394383	*Losartan*	Pro Doc	30	9,44	➡	0,3147
				100	23,21	➡	0,2321
	02388898	*Losartan*	Sanis	100	31,47	➡	0,3147
	02388812	*Losartan*	Sivem	30	9,44	➡	0,3147
				100	23,21	➡	0,2321
	02422484	*Mar-Losartan*	Marcan	100	31,47	➡	0,3147
	02405768	*Mint-Losartan*	Mint	100	31,47	➡	0,3147
	02368293	*Mylan-Losartan*	Mylan	30	9,44	➡	0,3147
				100	23,21	➡	0,2321
	02309777	*pms-Losartan*	Phmscience	30	9,44	➡	0,3147
				100	23,21	➡	0,2321
	02404486	*Ran-Losartan*	Ranbaxy	100	31,47	➡	0,3147
				500	116,05	➡	0,2321
	02313359	*Sandoz Losartan*	Sandoz	30	9,44	➡	0,3147
				100	23,21	➡	0,2321
*	02424983	*Septa-Losartan*	Septa	100	23,21	➡	0,2321
	02357976	*Teva Losartan*	Teva Can	30	9,44	➡	0,3147
				100	23,21	➡	0,2321
+	02426617	*VAN-Losartan*	Vanc Phm	100	31,47	➡	0,3147

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Llosartan potassique/ hydrochlorothiazide P

Co.

50 mg -12,5 mg **PPB**

*	02388251	*ACT Losartan/HCT*	ActavisPhm	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02371235	*Apo-Losartan/HCTZ*	Apotex	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02423642	*Auro-Losartan HCT*	Aurobindo	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02230047	*Hyzaar*	Merck	30	35,12		1,1707
				100	117,07		1,1707
	02408244	*Jamp-Losartan HCTZ*	Jamp	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02394391	*Losartan - HCTZ*	Pro Doc	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02388960	*Losartan/HCT*	Sivem	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02427648	*Losartan/HCTZ*	Sanis	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02389657	*Mint-Losartan / HCTZ*	Mint	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02378078	*Mylan-Losartan HCTZ*	Mylan	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02392224	*pms-Losartan-HCTZ*	Phmscience	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02313375	*Sandoz Losartan HCT*	Sandoz	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02428539	*Septa-Losartan HCTZ*	Septa	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02358263	*Teva Losartan/HCTZ*	Teva Can	30	8,81	➧	0,2937

Co.

100 mg - 12,5 mg **PPB**

*	02388278	*ACT Losartan/HCT*	ActavisPhm	30	9,25	➧	0,3083
				100	30,82	➧	0,3082
	02371243	*Apo-Losartan/HCTZ*	Apotex	30	9,25	➧	0,3083
				100	30,82	➧	0,3082
	02423650	*Auro-Losartan HCT*	Aurobindo	30	9,25	➧	0,3083
				100	30,82	➧	0,3082
	02297841	*Hyzaar*	Merck	30	35,02		1,1673
	02394405	*Losartan - HCTZ*	Pro Doc	30	9,25	➧	0,3083
				100	30,82	➧	0,3082
	02388979	*Losartan/HCT*	Sivem	30	9,25	➧	0,3083
				100	30,82	➧	0,3082
	02427656	*Losartan/HCTZ*	Sanis	30	9,25	➧	0,3083
				100	30,82	➧	0,3082
	02389665	*Mint-Losartan / HCTZ*	Mint	30	9,25	➧	0,3083
				100	30,82	➧	0,3082
	02378086	*Mylan-Losartan HCTZ*	Mylan	30	9,25	➧	0,3083
				100	30,82	➧	0,3082
	02392232	*pms-Losartan-HCTZ*	Phmscience	30	9,25	➧	0,3083
				100	30,82	➧	0,3082
	02362449	*Sandoz Losartan HCT*	Sandoz	30	9,25	➧	0,3083
				100	30,82	➧	0,3082
	02377144	*Teva Losartan/HCTZ*	Teva Can	30	9,25	➧	0,3083

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg -25 mg **PPB**			
*	02388286	*ACT Losartan/HCT*	ActavisPhm	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02371251	*Apo-Losartan/HCTZ*	Apotex	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02423669	*Auro-Losartan HCT*	Aurobindo	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02241007	*Hyzaar DS*	Merck	30	35,12		1,1707
	02408252	*Jamp-Losartan HCTZ*	Jamp	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02394413	*Losartan - HCTZ*	Pro Doc	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02388987	*Losartan/HCT*	Sivem	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02427664	*Losartan/HCTZ*	Sanis	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02389673	*Mint-Losartan / HCTZ DS*	Mint	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02378094	*Mylan-Losartan HCTZ*	Mylan	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02392240	*pms-Losartan-HCTZ*	Phmscience	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02313383	*Sandoz Losartan HCT DS*	Sandoz	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02428547	*Septa-Losartan HCTZ*	Septa	30	8,81	➧	0,2937
				100	31,46	➧	0,3146
	02377152	*Teva Losartan/HCTZ*	Teva Can	30	8,81	➧	0,2937

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL P

Co.				20 mg		
	02318660	*Olmetec*	Merck	30	30,49	1,0163

Co.				40 mg		
	02318679	*Olmetec*	Merck	30	30,49	1,0163

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE P

Co.				20 mg -12,5 mg		
	02319616	*Olmetec Plus*	Merck	30	30,49	1,0163

Co.				40 mg - 12.5 mg		
	02319624	*Olmetec Plus*	Merck	30	30,49	1,0163

Co.				40 mg - 25 mg		
	02319632	*Olmetec Plus*	Merck	30	30,49	1,0163

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TELMISARTAN F

Co. 40 mg **PPB**

02393247	*Act Telmisartan*	ActavisPhm	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820
02420082	*Apo-Telmisartan*	Apotex	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820
02240769	*Micardis*	Bo. Ing.	28	31,63	1,1296
02376717	*Mylan-Telmisartan*	Mylan	28	7,90	0,2820
			100	28,20	0,2820
02391236	*pms-Telmisartan*	Phmscience	100	28,20	0,2820
02375958	*Sandoz Telmisartan*	Sandoz	30	8,46	0,2820
			500	141,00	0,2820
02407485	*Telmisartan*	Accord	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820
02432897	*Telmisartan*	Phmscience	100	28,20	0,2820
02395223	*Telmisartan*	Pro Doc	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820
02388944	*Telmisartan*	Sanis	100	28,20	0,2820
02390345	*Telmisartan*	Sivem	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820
02320177	*Teva Telmisartan*	Teva Can	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820

Co. 80 mg **PPB**

02393255	*Act Telmisartan*	ActavisPhm	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820
02420090	*Apo-Telmisartan*	Apotex	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820
02240770	*Micardis*	Bo. Ing.	28	31,63	1,1296
02376725	*Mylan-Telmisartan*	Mylan	28	7,90	0,2820
			100	28,20	0,2820
02391244	*pms-Telmisartan*	Phmscience	100	28,20	0,2820
02375966	*Sandoz Telmisartan*	Sandoz	30	8,46	0,2820
			500	141,00	0,2820
02407493	*Telmisartan*	Accord	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820
02432900	*Telmisartan*	Phmscience	100	28,20	0,2820
02395231	*Telmisartan*	Pro Doc	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820
02388952	*Telmisartan*	Sanis	100	28,20	0,2820
			500	141,00	0,2820
02390353	*Telmisartan*	Sivem	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820
02320185	*Teva Telmisartan*	Teva Can	30	8,46	0,2820
			100	28,20	0,2820

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TELMISARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE P

Co. — 80 mg - 12,5 mg **PPB**

02393263	*ACT Telmisartan/HCT*	ActavisPhm	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02420023	*Apo-Telmisartan/HCTZ*	Apotex	30	8,46	➡	0,2820
			500	141,05	➡	0,2821
02244344	*Micardis Plus*	Bo. Ing.	28	31,63		1,1296
02373564	*Mylan-Telmisartan HCTZ*	Mylan	28	7,90	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02401665	*pms-Telmisartan-HCTZ*	Phmscience	100	28,20	➡	0,2820
02393557	*Sandoz Telmisartan HCT*	Sandoz	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02433214	*Telmisartan - HCTZ*	Phmscience	100	28,20	➡	0,2820
02395525	*Telmisartan - HCTZ*	Pro Doc	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02390302	*Telmisartan HCTZ*	Sivem	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02395355	*Telmisartan/ HCTZ*	Sanis	100	28,20	➡	0,2820
02419114	*Telmisartan/ Hydrochlorothiazide*	Accord	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02330288	*Teva Telmisartan HCTZ*	Teva Can	30	8,46	➡	0,2820
			500	141,05	➡	0,2821

Co. — 80 mg - 25 mg **PPB**

02393271	*ACT Telmisartan/HCT*	ActavisPhm	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02420031	*Apo-Telmisartan/HCTZ*	Apotex	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02318709	*Micardis Plus*	Bo. Ing.	28	31,63		1,1296
02373572	*Mylan-Telmisartan HCTZ*	Mylan	28	7,90	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02401673	*pms-Telmisartan-HCTZ*	Phmscience	100	28,20	➡	0,2820
02393565	*Sandoz Telmisartan HCT*	Sandoz	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02433222	*Telmisartan - HCTZ*	Phmscience	100	28,20	➡	0,2820
02395533	*Telmisartan - HCTZ*	Pro Doc	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02390310	*Telmisartan HCTZ*	Sivem	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02395363	*Telmisartan/ HCTZ*	Sanis	100	28,20	➡	0,2820
02419122	*Telmisartan/ Hydrochlorothiazide*	Accord	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821
02379252	*Teva Telmisartan HCTZ*	Teva Can	30	8,46	➡	0,2820
			100	28,21	➡	0,2821

TELMISARTAN/AMLODIPINE P

Co. — 40 mg - 5 mg

02371022	*Twynsta*	Bo. Ing.	28	19,09		0,6818

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				40 mg - 10 mg	
02371030	*Twynsta*	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818
Co.				80 mg -5 mg	
02371049	*Twynsta*	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818
Co.				80 mg - 10 mg	
02371057	*Twynsta*	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818

VALSARTAN F

Co.				40 mg **PPB**	
02337487	*Act Valsartan*	ActavisPhm	100	29,12	0,2912
02371510	*Apo-Valsartan*	Apotex	30	8,73	0,2911
02414201	*Auro-Valsartan*	Aurobindo	28	8,15	0,2911
			100	29,12	0,2912
02270528	*Diovan*	Novartis	28	31,27	1,1168
02383527	*Mylan-Valsartan*	Mylan	100	29,11	0,2911
02312999	*pms-Valsartan*	Phmscience	30	8,73	0,2911
02363062	*Ran-Valsartan*	Ranbaxy	100	29,12	0,2912
02425440	*Riva-Valsartan*	Riva	30	8,73	0,2911
02356740	*Sandoz Valsartan*	Sandoz	30	8,73	0,2911
			100	29,12	0,2912
02356643	*Teva Valsartan*	Teva Can	30	8,73	0,2911
02367726	*Valsartan*	Pro Doc	30	8,73	0,2911
			100	29,12	0,2912
02366940	*Valsartan*	Sanis	100	29,11	0,2911
02384523	*Valsartan*	Sivem	30	8,73	0,2911
			100	29,12	0,2912

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				80 mg **PPB**	
02337495	*Act Valsartan*	ActavisPhm	100	29,57	0,2957
02371529	*Apo-Valsartan*	Apotex	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02414228	*Auro-Valsartan*	Aurobindo	28	8,28	0,2957
			500	147,85	0,2957
02244781	*Diovan*	Novartis	28	31,47	1,1239
02383535	*Mylan-Valsartan*	Mylan	100	29,57	0,2957
02313006	*pms-Valsartan*	Phmscience	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
02363100	*Ran-Valsartan*	Ranbaxy	100	29,57	0,2957
			500	147,85	0,2957
02425459	*Riva-Valsartan*	Riva	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
02356759	*Sandoz Valsartan*	Sandoz	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02356651	*Teva Valsartan*	Teva Can	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
02367734	*Valsartan*	Pro Doc	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02366959	*Valsartan*	Sanis	100	29,57	0,2957
			500	147,85	0,2957
02384531	*Valsartan*	Sivem	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
Co.				160 mg **PPB**	
02337509	*Act Valsartan*	ActavisPhm	100	29,57	0,2957
02371537	*Apo-Valsartan*	Apotex	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02414236	*Auro-Valsartan*	Aurobindo	28	8,28	0,2957
			500	147,85	0,2957
02244782	*Diovan*	Novartis	28	31,47	1,1239
02383543	*Mylan-Valsartan*	Mylan	100	29,57	0,2957
02313014	*pms-Valsartan*	Phmscience	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
02363119	*Ran-Valsartan*	Ranbaxy	100	29,57	0,2957
			500	147,85	0,2957
02425467	*Riva-Valsartan*	Riva	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
02356767	*Sandoz Valsartan*	Sandoz	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02356678	*Teva Valsartan*	Teva Can	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
02367742	*Valsartan*	Pro Doc	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02366967	*Valsartan*	Sanis	100	29,57	0,2957
			500	147,85	0,2957
02384558	*Valsartan*	Sivem	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			320 mg **PPB**		
02337517	*Act Valsartan*	ActavisPhm	100	28,43	0,2843
02371545	*Apo-Valsartan*	Apotex	30	8,53	0,2843
02414244	*Auro-Valsartan*	Aurobindo	28	7,96	0,2843
			100	28,43	0,2843
02289504	*Diovan*	Novartis	28	31,47	1,1239
02383551	*Mylan-Valsartan*	Mylan	100	28,43	0,2843
02344564	*pms-Valsartan*	Phmscience	30	8,53	0,2843
			100	28,43	0,2843
02425475	*Riva-Valsartan*	Riva	30	8,53	0,2843
			100	28,43	0,2843
02356775	*Sandoz Valsartan*	Sandoz	30	8,53	0,2843
			100	28,43	0,2843
02356686	*Teva Valsartan*	Teva Can	30	8,53	0,2843
02367750	*Valsartan*	Pro Doc	30	8,53	0,2843
			100	28,43	0,2843
02366975	*Valsartan*	Sanis	100	28,43	0,2843
02384566	*Valsartan*	Sivem	30	8,53	0,2843
			100	28,43	0,2843

VALSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			80 mg - 12,5 mg **PPB**		
02382547	*Apo-Valsartan/HCTZ*	Apotex	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
02408112	*Auro-Valsartan HCT*	Aurobindo	28	8,28	0,2957
			100	29,57	0,2957
02241900	*Diovan-HCT*	Novartis	28	32,16	1,1486
02373734	*Mylan-Valsartan-HCTZ*	Mylan	100	29,57	0,2957
02356694	*Sandoz Valsartan HCT*	Sandoz	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02356996	*Teva Valsartan/HCTZ*	Teva Can	30	8,87	0,2957
			50	14,79	0,2957
02367009	*Valsartan HCT*	Sanis	100	29,57	0,2957
02384736	*Valsartan HCT*	Sivem	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
02367769	*Valsartan-HCTZ*	Pro Doc	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			160 mg -12,5 mg **PPB**		
02382555	*Apo-Valsartan/HCTZ*	Apotex	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02408120	*Auro-Valsartan HCT*	Aurobindo	28	8,28	0,2957
			500	147,85	0,2957
02241901	*Diovan-HCT*	Novartis	28	32,10	1,1464
02373742	*Mylan-Valsartan-HCTZ*	Mylan	100	29,57	0,2957
02356708	*Sandoz Valsartan HCT*	Sandoz	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02357003	*Teva Valsartan/HCTZ*	Teva Can	30	8,87	0,2957
			50	14,79	0,2957
02367017	*Valsartan HCT*	Sanis	100	29,57	0,2957
			500	147,85	0,2957
02384744	*Valsartan HCT*	Sivem	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
02367777	*Valsartan-HCTZ*	Pro Doc	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
Co.			160 mg - 25 mg **PPB**		
02382563	*Apo-Valsartan/HCTZ*	Apotex	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02408139	*Auro-Valsartan HCT*	Aurobindo	28	8,28	0,2957
			500	147,85	0,2957
02246955	*Diovan-HCT*	Novartis	28	31,99	1,1425
02373750	*Mylan-Valsartan-HCTZ*	Mylan	100	29,57	0,2957
02356716	*Sandoz Valsartan HCT*	Sandoz	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
02357011	*Teva Valsartan/HCTZ*	Teva Can	30	8,87	0,2957
			50	14,79	0,2957
02367025	*Valsartan HCT*	Sanis	100	29,57	0,2957
			500	147,85	0,2957
02384752	*Valsartan HCT*	Sivem	30	8,87	0,2957
			100	29,57	0,2957
02367785	*Valsartan-HCTZ*	Pro Doc	30	8,87	0,2957
			500	147,85	0,2957
Co.			320 mg - 12,5 mg **PPB**		
02382571	*Apo-Valsartan/HCTZ*	Apotex	30	8,73	0,2910
02408147	*Auro-Valsartan HCT*	Aurobindo	28	8,15	0,2910
			100	29,10	0,2910
02308908	*Diovan-HCT*	Novartis	28	31,49	1,1246
02373769	*Mylan-Valsartan-HCTZ*	Mylan	100	29,10	0,2910
02356724	*Sandoz Valsartan HCT*	Sandoz	30	8,73	0,2910
			100	29,10	0,2910
02357038	*Teva Valsartan/HCTZ*	Teva Can	30	8,73	0,2910
02367033	*Valsartan HCT*	Sanis	30	8,73	0,2910
02384760	*Valsartan HCT*	Sivem	30	8,73	0,2910

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			320 mg - 25 mg **PPB**		
02382598	*Apo-Valsartan/HCTZ*	Apotex	30	8,73	0,2910
02408155	*Auro-Valsartan HCT*	Aurobindo	28	8,15	0,2910
			100	29,10	0,2910
02308916	*Diovan-HCT*	Novartis	28	31,49	1,1246
02373777	*Mylan-Valsartan-HCTZ*	Mylan	100	29,10	0,2910
02356732	*Sandoz Valsartan HCT*	Sandoz	30	8,73	0,2910
			100	29,10	0,2910
02357046	*Teva Valsartan/HCTZ*	Teva Can	30	8,73	0,2910
02367041	*Valsartan HCT*	Sanis	100	29,10	0,2910
02384779	*Valsartan HCT*	Sivem	30	8,73	0,2910

24:32.20
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ALDOSTERONE
SPIRONOLACTONE

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			25 mg **PPB**		
00028606	*Aldactone*	Pfizer	100	7,47	0,0747
00613215	*Novo-Spiroton*	Novopharm	500	34,60	0,0692
Co.			100 mg **PPB**		
00285455	*Aldactone*	Pfizer	100	22,93	0,2293
00613223	*Novo-Spiroton*	Novopharm	100	21,20	0,2120

28:00
MÉDICAMENTS S.N.C.

28:08	**analgésiques et antipyrétiques**
28:08.04	anti-inflammatoires non stéroïdiens
28:08.08	agonistes des opiacés
28:08.12	agonistes partiels des opiacés
28:08.92	divers analgésiques et antipyrétiques
28:10	**antidotes narcotiques**
28:12	**anticonvulsivants**
28:12.04	barbituriques
28:12.08	benzodiazépines
28:12.12	hydantoïnes
28:12.20	succinimides
28:12.92	divers anticonvulsivants
28:16	**psychotropes**
28:16.04	antidépresseurs
28:16.08	antipsychotiques
28:20	**stimulants s.n.c.**
28:20.04	amphétamines
28:20.92	autres stimulants s.n.c.
28:24	**anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques**
28:24.08	benzodiazépines
28:24.92	divers anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques
28:28	**autres psychotropes**
28:32	**antimigraineux**
28:32.28	agonistes des récepteurs 5HT-1
28:32.92	autres antimigraineux
28:36	**Antiparkinsoniens**
28:36.04	Adamantanes
28:36.08	Anticholinergiques
28:36.12	Inhibiteurs de la catéchol-O-méthyltransférase
28:36.16	Précurseurs de la dopamine
28:36.20	Agonistes de la dopamine
28:36.32	Inhibiteurs de la monoamine oxydase de type B
28:36.92	Autres antiparkinsoniens
28:92	**médicaments S.N.C. divers**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:08.04
ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS
ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)

Co. Ent. — 325 mg **PPB**

02352427	*Asatab EC 325 mg*	Odan	1000	28,00	➡	0,0280
02010526	*Jamp-AAS EC*	Jamp	500	14,00	➡	0,0280
02284529	*pms-ASA EC*	Phmscience	1000	28,00	➡	0,0280

Co. Ent. — 650 mg **PPB**

00794244	*AAS à enrobage entérosoluble*	Jamp	500	27,50	➡	0,0550
02352435	*Asatab EC 650 mg*	Odan	500	27,50	➡	0,0550

Co. ou Co.Ent ou Co.Croq — 80 mg ou 81 mg **PPB**

02427176	*ASA EC (80 mg)*	Sanis	500	28,00	➡	0,0560
02009013	*Asaphen*	Phmscience	100	5,60	➡	0,0560
			500	28,00	➡	0,0560
02238545	*Asaphen E.C.*	Phmscience	500	28,00	➡	0,0560
			1000	56,00	➡	0,0560
02280167	*Asatab*	Odan	500	28,00	➡	0,0560
02150352	*Aspirin (Co. Croq.)*	Bayer	300	16,80	➡	0,0560
02250675	*Euro-ASA*	Euro-Pharm	500	28,00	➡	0,0560
02430835	*Euro-ASA EC*	Euro-Pharm	500	28,00	➡	0,0560
			1000	56,00	➡	0,0560
02283905	*Jamp-A.A.S. (Co. Ent.)*	Jamp	1000	56,00	➡	0,0560
02269139	*Jamp-A.A.S. (Co.Croq.)*	Jamp	500	28,00	➡	0,0560
02296004	*Lowprin (co. croq.)*	Euro-Pharm	30	1,68	➡	0,0560
			500	28,00	➡	0,0560
02295563	*Lowprin (co.)*	Euro-Pharm	30	1,68	➡	0,0560
			500	28,00	➡	0,0560
02429950	*M-ASA*	Mantra Ph.	500	28,00	➡	0,0560
02247318	*phl-Asa*	Pharmel	100	5,60	➡	0,0560
			500	28,00	➡	0,0560
02247355	*phl-Asa E.C.*	Pharmel	120	6,72	➡	0,0560
			500	28,00	➡	0,0560
02311496	*Pro-AAS EC-80*	Pro Doc	500	28,00	➡	0,0560
			1000	56,00	➡	0,0560
02311518	*Pro-AAS-80 (croquable)*	Pro Doc	100	5,60	➡	0,0560
			500	28,00	➡	0,0560
02202352	*Rivasa (Co. Croq.)*	Riva	100	5,60	➡	0,0560
			500	28,00	➡	0,0560
02420279	*Rivasa 81 mg EC*	Riva	1000	56,00	➡	0,0560
02202360	*Rivasa FC (Co.)*	Riva	100	5,60	➡	0,0560
			1000	56,00	➡	0,0560

Supp. — 640 mg à 650 mg

00582867	*pms-ASA*	Phmscience	10	11,00	1,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CÉLÉCOXIB P

Caps.

100 mg **PPB**

*	02420155	*ACT Celecoxib*	ActavisPhm	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748
	02418932	*Apo-Celecoxib*	Apotex	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748
	02426382	*Bio-Celecoxib*	Biomed	100	17,30	0,1730
	02239941	*Celebrex*	Pfizer	100	67,58	0,6758
				500	337,88	0,6758
	02424371	*Celecoxib*	Pro Doc	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748
	02436299	*Celecoxib*	Sanis	500	87,40	0,1748
	02429675	*Celecoxib*	Sivem	100	17,30	0,1730
	02291975	*GD-Celecoxib*	GenMed	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748
	02424533	*Jamp-Celecoxib*	Jamp	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748
	02420058	*Mar-Celecoxib*	Marcan	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748
	02412497	*Mint-Celecoxib*	Mint	100	17,30	0,1730
	02423278	*Mylan-Celecoxib*	Mylan	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748
	02355442	*pms-Celecoxib*	Phmscience	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748
	02412373	*Ran-Celecoxib*	Ranbaxy	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748
	02425386	*Riva-Celecox*	Riva	100	17,30	0,1730
	02321246	*Sandoz Celecoxib*	Sandoz	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748
	02288915	*Teva-Celecoxib*	Teva Can	100	17,30	0,1730
				500	87,40	0,1748

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				200 mg **PPB**	
* 02420163	*ACT Celecoxib*	ActavisPhm	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02418940	*Apo-Celecoxib*	Apotex	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02426390	*Bio-Celecoxib*	Biomed	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02239942	*Celebrex*	Pfizer	100	135,15	1,3515
			500	675,77	1,3515
02424398	*Celecoxib*	Pro Doc	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02436302	*Celecoxib*	Sanis	500	174,85	0,3497
02429683	*Celecoxib*	Sivem	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02291983	*GD-Celecoxib*	GenMed	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02424541	*Jamp-Celecoxib*	Jamp	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02420066	*Mar-Celecoxib*	Marcan	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02412500	*Mint-Celecoxib*	Mint	100	34,60	0,3460
02399881	*Mylan-Celecoxib*	Mylan	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02355450	*pms-Celecoxib*	Phmscience	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02412381	*Ran-Celecoxib*	Ranbaxy	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02425394	*Riva-Celecox*	Riva	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02321254	*Sandoz Celecoxib*	Sandoz	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497
02288923	*Teva-Celecoxib*	Teva Can	100	34,60	0,3460
			500	174,85	0,3497

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DICLOFÉNAC (POTASSIQUE OU SODIQUE) F

Co - Co Ent ou Co LA — 50 mg /50 mg L.A. /100 mg L.A. **PPB**

	00839183	*Apo-Diclo 50 mg*	Apotex	100	20,24	➡	0,2024
				500	101,20	➡	0,2024
	02243433	*Apo-Diclo Rapide 50 mg*	Apotex	100	20,24	➡	0,2024
	02091194	*Apo-Diclo SR 100mg*	Apotex	100	40,48	➡	0,4048
				250	101,20	➡	0,4048
	02352397	*Diclofenac EC*	Sanis	100	20,24	➡	0,2024
	02351684	*Diclofenac K*	Sanis	100	20,24	➡	0,2024
	00870978	*Diclofénac-50*	Pro Doc	100	20,24	➡	0,2024
	02224127	*Diclofenac-SR 100 mg*	Pro Doc	100	40,48	➡	0,4048
	00808547	*Novo-Difenac 50 mg*	Novopharm	100	20,24	➡	0,2024
				500	101,20	➡	0,2024
	02048698	*Novo-Difenac SR 100 mg*	Novopharm	100	40,48	➡	0,4048
*	02347849	*NTP-Diclofenac 50 mg*	Teva Can	100	20,24		R
	02302624	*pms-Diclofenac 50 mg*	Phmscience	100	20,24	➡	0,2024
				500	101,20	➡	0,2024
	02239753	*pms-Diclofenac-K 50 mg*	Phmscience	100	20,24	➡	0,2024
				500	101,20	➡	0,2024
	02231505	*pms-Diclofenac-SR 100 mg*	Phmscience	100	40,48	➡	0,4048
				250	101,20	➡	0,4048
	02311461	*Pro-Diclo Rapide-50*	Pro Doc	100	20,24	➡	0,2024
	02261960	*Sandoz Diclofenac 50 mg*	Sandoz	100	20,24	➡	0,2024
	02261774	*Sandoz Diclofenac Rapide 50 mg*	Sandoz	100	20,24	➡	0,2024
	02261944	*Sandoz Diclofenac SR 100 mg*	Sandoz	100	40,48	➡	0,4048
	02239355	*Teva-Diclofenac K*	Teva Can	100	20,24	➡	0,2024
	00514012	*Voltaren 50 mg*	Novartis	100	72,81		0,7281
	00881635	*Voltaren Rapide 50 mg*	Novartis	100	68,46		0,6846
	00590827	*Voltaren S.R. 100 mg*	Novartis	100	143,33		1,4333

DICLOFÉNAC SODIQUE F

Co. Ent. ou Co. L.A. — 25 mg / 75 mg L.A. **PPB**

	00839175	*Apo-Diclo 25 mg*	Apotex	100	7,73	➡	0,0773
	02162814	*Apo-Diclo S.R. 75 mg*	Apotex	100	23,19	➡	0,2319
				500	116,00	➡	0,2320
	02352400	*Diclofenac SR*	Sanis	100	23,19	➡	0,2319
	02224119	*Diclofénac-SR 75 mg*	Pro Doc	100	23,19	➡	0,2319
	00808539	*Novo-Difenac 25 mg*	Novopharm	100	7,73	➡	0,0773
	02158582	*Novo-Difenac SR 75 mg*	Novopharm	100	23,19	➡	0,2319
*	02347857	*NTP-Diclofenac SR*	Teva Can	100	23,19		R
	02302616	*pms-Diclofenac 25 mg*	Phmscience	100	7,73	➡	0,0773
	02231504	*pms-Diclofenac- SR 75 mg*	Phmscience	100	23,19	➡	0,2319
				500	116,00	➡	0,2320
	02261952	*Sandoz Diclofenac*	Sandoz	100	7,73	➡	0,0773
	02261901	*Sandoz Diclofenac SR 75 mg*	Sandoz	100	23,19	➡	0,2319
	00782459	*Voltaren S.R. 75 mg*	Novartis	100	100,56		1,0056

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Supp.				50 mg **PPB**	
02231506	*pms-Diclofenac*	Phmscience	30	13,02	0,4340
02261928	*Sandoz Diclofenac*	Sandoz	30	13,02	0,4340
00632724	*Voltaren*	Novartis	30	32,79	1,0930
Supp.				100 mg **PPB**	
02231508	*pms-Diclofenac*	Phmscience	30	17,52	0,5840
02261936	*Sandoz Diclofenac*	Sandoz	30	17,52	0,5840
00632732	*Voltaren*	Novartis	30	44,14	1,4713
DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL P					
Co.				50 mg -200 mcg **PPB**	
01917056	*Arthrotec*	Pfizer	250	149,75	0,5990
02397145	*Co Diclo-Miso*	ActavisPhm	100	31,49	0,3149
			500	161,75	0,3235
02341689	*GD-Diclofenac/Misoprostol*	GenMed	250	78,73	0,3149
Co.				75 mg - 200 mcg **PPB**	
02229837	*Arthrotec 75*	Pfizer	250	203,81	0,8152
02397153	*Co Diclo-Miso*	ActavisPhm	100	42,86	0,4286
			500	220,10	0,4402
02341697	*GD-Diclofenac/Misoprostol*	GenMed	250	107,15	0,4286
ÉTODOLAC P					
Caps.				200 mg	
02232317	*Etodolac*	AA Pharma	100	76,00	0,6213
Caps.				300 mg	
02232318	*Etodolac*	AA Pharma	100	76,00	0,6213
FLURBIPROFÈNE P					
Co.				50 mg **PPB**	
01912046	*Apo-Flurbiprofen*	Apotex	100	22,21	0,2221
02100509	*Novo-Flurprofen*	Novopharm	100	22,21	0,2221
Co.				100 mg **PPB**	
01912038	*Apo-Flurbiprofen*	Apotex	100	30,39	0,3039
02100517	*Novo-Flurprofen*	Novopharm	100	30,39	0,3039

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

IBUPROFÈNE

Co. 200 mg **PPB**

00441643	*Apo-Ibuprofen*	Apotex	1000	51,00	➡	0,0510
02272849	*Jamp-Ibuprofene*	Jamp	100	5,44	➡	0,0544

Co. 400 mg **PPB**

00636533	*Ibuprofen-400*	Pro Doc	100	3,72	➡	0,0372
			1000	37,20	➡	0,0372
02317338	*Ibuprofène*	Jamp	1000	37,20	➡	0,0372
02401290	*Jamp-Ibuprofène*	Jamp	300	11,16	➡	0,0372
00629340	*Novo-Profen*	Novopharm	1000	37,20	➡	0,0372

IBUPROFÈNE F

Co. 600 mg

00629359	*Novo-Profen*	Novopharm	100	4,65	0,0465
			500	23,25	0,0465

IBUPROFÈNE

Susp. Orale 100 mg/5 mL

02354799	*Europrofen*	Pendopharm	120 ml	6,33	0,0528

INDOMÉTHACINE F

Caps. 25 mg

00337420	*Novo-Méthacin 25 mg*	Novopharm	100	8,71	0,0871
			1000	87,10	0,0871

Caps. 50 mg

00337439	*Novo-Méthacin*	Novopharm	100	15,11	0,1511
			500	75,55	0,1511

Supp. 50 mg

02231799	*Sandoz Indométhacine*	Sandoz	30	24,60	0,8200

Supp. 100 mg **PPB**

01934139	*ratio-Indométhacin*	Ratiopharm	30	26,73	➡	0,8910
02231800	*Sandoz Indométhacine*	Sandoz	30	26,73	➡	0,8910

KÉTOPROFÈNE F

Caps. 50 mg

00790427	*Ketoprofen 50 mg*	AA Pharma	100	33,73	⬆	0,1721

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Ent.				100 mg	
00842664	*Ketoprofen-E 100 mg*	AA Pharma	100	68,23	0,3187
			500	341,15	0,3187
Co. L.A.				200 mg	
02172577	*Ketoprofen SR 200 mg*	AA Pharma	100	138,90	0,6374
Supp.				100 mg	
02015951	*pms-Ketoprofen*	Phmscience	30	29,79	0,9930

MÉLOXICAM F

Co.					7,5 mg **PPB**		
*	02250012	*ACT Meloxicam*	ActavisPhm	30	6,01		0,2003
				100	20,03		0,2003
	02248973	*Apo-Méloxicam*	Apotex	100	20,03		0,2003
				500	100,14		0,2003
	02390884	*Auro-Meloxicam*	Aurobindo	30	6,01		0,2003
	02324326	*Meloxicam*	Pro Doc	100	20,03		0,2003
	02353148	*Meloxicam*	Sanis	100	20,03		0,2003
	02242785	*Mobicox*	Bo. Ing.	100	80,11		0,8011
	02255987	*Mylan-Meloxicam*	Mylan	100	20,03		0,2003
	02258315	*Novo-Méloxicam*	Novopharm	30	6,01		0,2003
				100	20,03		0,2003
	02248607	*phl-Méloxicam*	Pharmel	30	6,01		0,2003
				500	100,14		0,2003
	02248267	*pms-Méloxicam*	Phmscience	30	6,01		0,2003
				500	100,14		0,2003
	02247889	*ratio-Méloxicam*	Ratiopharm	100	20,03		0,2003
				500	100,14		0,2003
Co.					15 mg **PPB**		
*	02250020	*ACT Meloxicam*	ActavisPhm	30	6,93		0,2310
				100	23,11		0,2311
	02248974	*Apo-Méloxicam*	Apotex	100	23,10		0,2310
	02390892	*Auro-Meloxicam*	Aurobindo	30	6,93		0,2310
	02324334	*Meloxicam*	Pro Doc	100	23,10		0,2310
	02353156	*Meloxicam*	Sanis	100	23,10		0,2310
	02242786	*Mobicox*	Bo. Ing.	100	92,43		0,9243
	02255995	*Mylan-Meloxicam*	Mylan	100	23,10		0,2310
	02248608	*phl-Méloxicam*	Pharmel	30	6,93		0,2310
				500	115,54		0,2311
	02248268	*pms-Méloxicam*	Phmscience	30	6,93		0,2310
				500	115,54		0,2311
	02248031	*ratio-Méloxicam*	Ratiopharm	100	23,10		0,2310
				500	115,54		0,2311
	02258323	*Teva-Meloxicam*	Teva Can	30	6,93		0,2310
				100	23,11		0,2311

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
NABUMÉTONE P							
Co.					500 mg **PPB**		
	02238639	*Apo-Nabumetone*	Apotex	100	36,25	➧	0,3625
	02240867	*Novo-Nabumétone*	Novopharm	100	36,25	➧	0,3625
Co.					750 mg		
	02240868	*Novo-Nabumétone*	Novopharm	100	56,31		0,5631
NAPROXÈNE P							
Co.					125 mg		
	00522678	*Apo-Naproxen*	Apotex	100	7,81		0,0781
Co. Ent. ou Co.					250 mg **PPB**		
	00522651	*Apo-Naproxen 250 mg*	Apotex	100	10,68	➧	0,1068
				1000	106,80	➧	0,1068
	02246699	*Apo-Naproxen EC*	Apotex	100	10,68	➧	0,1068
	02350750	*Naproxen*	Sanis	100	10,68	➧	0,1068
				500	53,40	➧	0,1068
	02350785	*Naproxen EC*	Sanis	100	10,68	➧	0,1068
	00590762	*Naproxen-250*	Pro Doc	100	10,68	➧	0,1068
	02243312	*Novo-Naprox EC*	Novopharm	100	10,68	➧	0,1068
*	02346583	*NTP-Naproxen*	Teva Can	100	10,68		**R**
				500	53,40		**R**
*	02346613	*NTP-Naproxen EC*	Teva Can	100	10,68		**R**
	00565350	*Teva-Naproxen*	Teva Can	100	10,68	➧	0,1068
				500	53,40	➧	0,1068
Co. Ent. ou Co.					500 mg **PPB**		
	00592277	*Apo-Naproxen*	Apotex	100	21,10	➧	0,2110
				500	105,50	➧	0,2110
	02246701	*Apo-Naproxen EC*	Apotex	100	21,10	➧	0,2110
	02241024	*Mylan-Naproxen EC*	Mylan	100	21,10	➧	0,2110
	02162423	*Naprosyn E*	Roche	100	98,82		0,9882
	02350777	*Naproxen*	Sanis	100	21,10	➧	0,2110
				500	105,50	➧	0,2110
	02350807	*Naproxen EC*	Sanis	100	21,10	➧	0,2110
	00618721	*Naproxen-500*	Pro Doc	100	21,10	➧	0,2110
				500	105,50	➧	0,2110
	00589861	*Novo-Naprox*	Novopharm	100	21,10	➧	0,2110
				500	105,50	➧	0,2110
	02243314	*Novo-Naprox EC*	Novopharm	100	21,10	➧	0,2110
*	02346605	*NTP-Naproxen*	Teva Can	100	21,10		**R**
				500	105,50		**R**
*	02346648	*NTP-Naproxen EC*	Teva Can	100	21,10		**R**
	02294710	*pms-Naproxen EC*	Phmscience	100	21,10	➧	0,2110
	02310953	*Pro-Naproxen EC-500*	Pro Doc	100	21,10	➧	0,2110

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. Ent.					375 mg **PPB**	
	00600806	*Apo-Naproxen 375 mg*	Apotex	100	14,58	0,1458
				500	72,90	0,1458
	02246700	*Apo-Naproxen EC 375 mg*	Apotex	100	14,58	0,1458
	02243432	*Mylan-Naproxen EC 375*	Mylan	100	14,58	0,1458
	02162415	*Naprosyn E 375 mg*	Roche	100	54,79	0,5479
	02350769	*Naproxen*	Sanis	100	14,58	0,1458
				500	72,90	0,1458
	02350793	*Naproxen EC*	Sanis	100	14,58	0,1458
	00655686	*Naproxen-375*	Pro Doc	100	14,58	0,1458
				500	72,90	0,1458
*	02346591	*NTP-Naproxen 375 mg*	Teva Can	100	14,58	R
				500	72,90	R
*	02346621	*NTP-Naproxen EC 375 mg*	Teva Can	100	14,58	R
	02294702	*pms-Naproxen EC*	Phmscience	100	14,58	0,1458
	02310945	*Pro-Naproxen EC-375*	Pro Doc	100	14,58	0,1458
	00627097	*Teva-Naproxen*	Teva Can	100	14,58	0,1458
				500	72,90	0,1458
	02243313	*Teva-Naproxen-EC*	Teva Can	100	14,58	0,1458
Supp.					500 mg	
	02017237	*pms-Naproxen*	Phmscience	30	14,33	0,4777
Susp. Orale					25 mg/mL	
	02162431	*Pediapharm Naproxen Suspension*	Pediapharm	474 ml	29,66	0,0626

PIROXICAM P

Caps.					10 mg **PPB**	
	00642886	*Apo-Piroxicam*	Apotex	100	22,13	0,2213
	00695718	*Novo-Pirocam*	Novopharm	100	22,13	0,2213
Caps.					20 mg **PPB**	
	00642894	*Apo-Piroxicam*	Apotex	100	37,11	0,3711
	00695696	*Novo-Pirocam*	Novopharm	100	37,11	0,3711
Supp.					20 mg	
	02154463	*pms-Piroxicam*	Phmscience	30	49,38	1,6460

SULINDAC P

Co.					150 mg	
	00745588	*Novo-Sundac*	Novopharm	100	38,24	0,3824
Co.					200 mg	
	00745596	*Novo-Sundac*	Novopharm	100	39,20	0,3920

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TENOXICAM F

Co. 20 mg

02230661	*Tenoxicam*	AA Pharma	100	115,52	0,9443

TIAPROFÉNIQUE (ACIDE) F

Co. 200 mg

02179679	*Novo-Tiaprofenic*	Novopharm	100	34,37	0,3437

Co. 300 mg

02179687	*Novo-Tiaprofenic*	Novopharm	100	32,57	0,3257

28:08.08
AGONISTES DES OPIACÉS

CODÉINE (BASE ET SULFATE) Ⓝ

Co. L.A. 50 mg

02230302	*Codéine Contin*	Purdue	60	18,60	0,3100

Co. L.A. 100 mg

02163748	*Codéine Contin*	Purdue	60	37,20	0,6200

Co. L.A. 150 mg

02163780	*Codéine Contin*	Purdue	60	56,28	0,9380

Co. L.A. 200 mg

02163799	*Codéine Contin*	Purdue	60	74,46	1,2410

CODÉINE (PHOSPHATE DE) Ⓝ

Co. 30 mg **PPB**

02009757	*Codéine*	Trianon	100	7,73	0,0773
			500	38,66	0,0773
00593451	*ratio-Codéine*	Ratiopharm	100	7,73	0,0773
			500	38,66	0,0773

FENTANYL Ⓝ

Timbre cut. 12 mcg/h **PPB**

02386844	*Co Fentanyl*	Cobalt	5	11,14	2,2280
02395657	*Fentanyl Patch*	Pro Doc	5	11,14	2,2280
02396696	*Mylan-Fentanyl Matrix Patch*	Mylan	5	11,14	2,2280
02341379	*pms-Fentanyl MTX*	Phmscience	5	11,14	2,2280
02330105	*Ran-Fentanyl Matrix Patch*	Ranbaxy	5	11,14	2,2280
02327112	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	11,14	2,2280
02311925	*Teva-Fentanyl*	Teva Can	5	11,14	2,2280

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.				25 mcg/h **PPB**	
02314630	*Apo-Fentanyl Matrix*	Apotex	5	18,28	3,6560
02386852	*Co Fentanyl*	Cobalt	5	18,28	3,6560
02395665	*Fentanyl Patch*	Pro Doc	5	18,28	3,6560
02396718	*Mylan-Fentanyl Matrix Patch*	Mylan	5	18,28	3,6560
02341387	*pms-Fentanyl MTX*	Phmscience	5	18,28	3,6560
02330113	*Ran-Fentanyl Matrix Patch*	Ranbaxy	5	18,28	3,6560
02249391	*Ran-Fentanyl Transdermal System*	Ranbaxy	5	18,28	3,6560
02327120	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	18,28	3,6560
02282941	*Teva-Fentanyl*	Teva Can	5	18,28	3,6560
Timbre cut.				37 mcg/h	
02327139	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	32,99	6,5980
Timbre cut.				50 mcg/h **PPB**	
02314649	*Apo-Fentanyl Matrix*	Apotex	5	34,41	6,8820
02386879	*Co Fentanyl*	Cobalt	5	34,41	6,8820
02395673	*Fentanyl Patch*	Pro Doc	5	34,41	6,8820
02396726	*Mylan-Fentanyl Matrix Patch*	Mylan	5	34,41	6,8820
02341395	*pms-Fentanyl MTX*	Phmscience	5	34,41	6,8820
02330121	*Ran-Fentanyl Matrix Patch*	Ranbaxy	5	34,41	6,8820
02249413	*Ran-Fentanyl Transdermal System*	Ranbaxy	5	34,41	6,8820
02327147	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	34,41	6,8820
02282968	*Teva-Fentanyl*	Teva Can	5	34,41	6,8820
Timbre cut.				75 mcg/h **PPB**	
02314657	*Apo-Fentanyl Matrix*	Apotex	5	48,40	9,6800
02386887	*Co Fentanyl*	Cobalt	5	48,40	9,6800
02395681	*Fentanyl Patch*	Pro Doc	5	48,40	9,6800
02396734	*Mylan-Fentanyl Matrix Patch*	Mylan	5	48,40	9,6800
02341409	*pms-Fentanyl MTX*	Phmscience	5	48,40	9,6800
02330148	*Ran-Fentanyl Matrix Patch*	Ranbaxy	5	48,40	9,6800
02249421	*Ran-Fentanyl Transdermal System*	Ranbaxy	5	48,40	9,6800
02327155	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	48,40	9,6800
02282976	*Teva-Fentanyl*	Teva Can	5	48,40	9,6800
Timbre cut.				100 mcg/h **PPB**	
02314665	*Apo-Fentanyl Matrix*	Apotex	5	60,25	12,0500
02386895	*Co Fentanyl*	Cobalt	5	60,25	12,0500
02395703	*Fentanyl Patch*	Pro Doc	5	60,25	12,0500
02396742	*Mylan-Fentanyl Matrix Patch*	Mylan	5	60,25	12,0500
02341417	*pms-Fentanyl MTX*	Phmscience	5	60,25	12,0500
02330156	*Ran-Fentanyl Matrix Patch*	Ranbaxy	5	60,25	12,0500
02249448	*Ran-Fentanyl Transdermal System*	Ranbaxy	5	60,25	12,0500
02327163	*Sandoz Fentanyl Patch*	Sandoz	5	60,25	12,0500
02282984	*Teva-Fentanyl*	Teva Can	5	60,25	12,0500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D') Ⓝ

Caps. L.A. (12 h)				3 mg	
02125323	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	39,66	0,6610
Caps. L.A. (12 h)				4,5 mg	
02359502	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	48,84	0,8140
Caps. L.A. (12 h)				6 mg	
02125331	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	59,46	0,9910
Caps. L.A. (12 h)				9 mg	
02359510	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	80,04	1,3340
Caps. L.A. (12 h)				12 mg	
02125366	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	103,02	1,7170
Caps. L.A. (12 h)				18 mg	
02243562	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	148,62	2,4770
Caps. L.A. (12 h)				24 mg	
02125382	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	190,20	3,1700
Caps. L.A. (12 h)				30 mg	
02125390	*Hydromorph Contin*	Purdue	60	227,88	3,7980
Co.				1 mg **PPB**	
02364115	*Apo-Hydromorphone*	Apotex	100	9,50	0,0950
00705438	*Dilaudid*	Purdue	100	9,50	0,0950
00885444	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	100	9,50	0,0950
02319403	*Teva Hydromorphone*	Teva Can	100	9,50	0,0950
Co.				2 mg **PPB**	
02364123	*Apo-Hydromorphone*	Apotex	100	14,16	0,1416
00125083	*Dilaudid*	Purdue	100	14,16	0,1416
00885436	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	100	14,16	0,1416
02319411	*Teva Hydromorphone*	Teva Can	100	14,16	0,1416
Co.				4 mg **PPB**	
02364131	*Apo-Hydromorphone*	Apotex	100	22,40	0,2240
00125121	*Dilaudid*	Purdue	100	22,40	0,2240
00885401	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	100	22,40	0,2240
02319438	*Teva Hydromorphone*	Teva Can	100	22,40	0,2240

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				8 mg **PPB**	
02364158	*Apo-Hydromorphone*	Apotex	100	35,28 ➧	0,3528
00786543	*Dilaudid*	Purdue	100	35,28 ➧	0,3528
00885428	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	100	35,28 ➧	0,3528
02319446	*Teva Hydromorphone*	Teva Can	100	35,28 ➧	0,3528
Sir.				1 mg/mL **PPB**	
00786535	*Dilaudid*	Purdue	450 ml	29,34 ➧	0,0652
01916386	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	500 ml	32,60 ➧	0,0652
Sol. Inj.				2 mg/mL	
* 00627100	*Dilaudid*	Purdue	1 ml	0,95	**R**
Sol. Inj.				10 mg/mL **PPB**	
* 00622133	*Dilaudid-HP*	Purdue	1 ml	2,34	**R**
			5 ml	11,69	**R**
02145928	*Hydromorphone HP 10*	Sandoz	1 ml	➧ 2,34	
			5 ml	➧ 11,69	
			50 ml	➧ 116,90	
Sol. Inj.				20 mg/mL	
02145936	*Hydromorphone HP 20*	Sandoz	50 ml	183,40	
Sol. Inj.				50 mg/mL	
02146126	*Hydromorphone HP 50*	Sandoz	50 ml	486,67	
99003163	*Hydromorphone HP 50*	Sandoz	1 ml	9,73	
Supp.				3 mg	
01916394	*pms-Hydromorphone*	Phmscience	10	23,56	2,3560

MÉPÉRIDINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓝ

Co.				50 mg	
02138018	*Demerol*	SanofiAven	100	13,09	0,1309

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) Ⓝ

Co.				1 mg	
02247698	*Metadol*	Paladin	100	16,73	0,1673
Co.				5 mg	
02247699	*Metadol*	Paladin	100	55,75	0,5575

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg	
02247700	*Metadol*	Paladin	100	89,21	0,8921
Co.				25 mg	
02247701	*Metadol*	Paladin	100	167,26	1,6726
Sol. Orale				1 mg/mL	
02247694	*Metadol*	Paladin	250 ml	25,18	0,1007
Sol. Orale				10 mg/mL **PPB**	
02241377	*Metadol*	Paladin	100 ml	36,42	0,3642
02244290	*Metadol-D*	Paladin	100 ml	13,51 ➡	0,1351
02394596	*Methadose*	Mallinckro	1000 ml	150,00	0,1500
02394618	*Methadose (sans sucre)*	Mallinckro	1000 ml	150,00	0,1500
MORPHINE (CHLORHYDRATE OU SULFATE DE) Ⓝ					
Caps. L.A.				10 mg	
02019930	*M-Eslon*	Ethypharm	20	5,51	0,2755
			50	13,78	0,2756
Caps. L.A.				15 mg	
02177749	*M-Eslon*	Ethypharm	20	2,65	0,1325
			50	6,62	0,1324
Caps. L.A.				30 mg	
02019949	*M-Eslon*	Ethypharm	20	4,00	0,2000
			50	10,00	0,2000
Caps. L.A.				60 mg	
02019957	*M-Eslon*	Ethypharm	20	7,05	0,3525
			50	17,62	0,3524
Caps. L.A.				100 mg	
02019965	*M-Eslon*	Ethypharm	20	10,74	0,5370
			50	26,86	0,5372
Caps. L.A.				200 mg	
02177757	*M-Eslon*	Ethypharm	20	19,98	0,9990
			50	49,94	0,9988
Caps. L.A. (24 h)				10 mg	
02242163	*Kadian*	Abbott	100	36,38	0,3638

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (24 h)				20 mg	
02184435	*Kadian*	Abbott	100	61,32	0,6132
Caps. L.A. (24 h)				50 mg	
02184443	*Kadian*	Abbott	100	128,75	1,2875
Caps. L.A. (24 h)				100 mg	
02184451	*Kadian*	Abbott	50	112,27	2,2454
Co.				5 mg **PPB**	
02009773	*M.O.S. - Sulfate-5*	Valeant	100	11,00	0,1100
02014203	*MS-IR*	Purdue	60	7,02	0,1170
00594652	*Statex*	Paladin	100	11,00	0,1100
Co.				10 mg **PPB**	
02009765	*M.O.S. - Sulfate-10*	Valeant	100	17,00	0,1700
02014211	*MS-IR*	Purdue	60	10,92	0,1820
00594644	*Statex*	Paladin	100	17,00	0,1700
Co.				20 mg	
02014238	*MS-IR*	Purdue	60	19,92	0,3320
Co.				25 mg **PPB**	
02009749	*M.O.S. - Sulfate-25*	Valeant	100	22,50	0,2250
00594636	*Statex*	Paladin	100	22,50	0,2250
Co.				30 mg	
02014254	*MS-IR*	Purdue	60	25,62	0,4270
Co.				50 mg **PPB**	
02009706	*M.O.S. - Sulfate-50*	Valeant	100	34,50	0,3450
00675962	*Statex*	Paladin	100	34,50	0,3450
Co. L.A.				15 mg **PPB**	
02350815	*Morphine SR*	Sanis	50	11,59	0,2318
02015439	*MS Contin*	Purdue	60	39,42	0,6570
02302764	*Novo-Morphine SR*	Novopharm	50	11,59	0,2318
02244790	*Sandoz Morphine SR*	Sandoz	100	23,17	0,2317

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				30 mg **PPB**		
00776181	*M.O.S.-S.R.*	Valeant	50	17,90		0,3580
02350890	*Morphine SR*	Sanis	100	35,00	➧	0,3500
02014297	*MS Contin*	Purdue	60	59,46		0,9910
02302772	*Novo-Morphine SR*	Novopharm	50	17,50	➧	0,3500
			100	35,00	➧	0,3500
02244791	*Sandoz Morphine SR*	Sandoz	100	35,00	➧	0,3500
Co. L.A.				60 mg **PPB**		
00776203	*M.O.S.-S.R.*	Valeant	50	31,56		0,6312
02350912	*Morphine SR*	Sanis	100	61,67	➧	0,6167
02014300	*MS Contin*	Purdue	60	104,94		1,7490
02302780	*Novo-Morphine SR*	Novopharm	50	30,84	➧	0,6167
			100	61,67	➧	0,6167
02245286	*pms-Morphine Sulfate SR*	Phmscience	50	30,84	➧	0,6167
02244792	*Sandoz Morphine SR*	Sandoz	100	61,67	➧	0,6167
Co. L.A.				100 mg **PPB**		
02014319	*MS Contin*	Purdue	60	160,02		2,6670
02302799	*Novo-Morphine SR*	Novopharm	50	47,01	➧	0,9402
Co. L.A.				200 mg **PPB**		
02014327	*MS Contin*	Purdue	60	297,54		4,9590
02302802	*Novo-Morphine SR*	Novopharm	50	87,40	➧	1,7480
Sir.				1 mg/mL **PPB**		
00614491	*Doloral 1*	Atlas	250 ml	3,78	➧	0,0151
			500 ml	7,56	➧	0,0151
00607762	*ratio-Morphine*	Ratiopharm	200 ml	3,02	➧	0,0151
			450 ml	6,80	➧	0,0151
00591467	*Statex*	Paladin	250 ml	5,00		0,0200
			500 ml	10,00		0,0200
Sir.				5 mg/mL **PPB**		
00614505	*Doloral 5*	Atlas	250 ml	9,63	➧	0,0385
			500 ml	19,26	➧	0,0385
00607770	*ratio-Morphine*	Ratiopharm	200 ml	7,70	➧	0,0385
			450 ml	17,33	➧	0,0385
00591475	*Statex*	Paladin	250 ml	9,63	➧	0,0385
			500 ml	19,26	➧	0,0385
Sir.				10 mg/mL		
00690783	*ratio-Morphine*	Ratiopharm	200 ml	36,76		0,1838
Sir.				50 mg/mL		
00705799	*Statex*	Paladin	50 ml	47,32		0,9464

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.				2 mg/mL	
02242484	*Morphine (sulfate de)*	Sandoz	1 ml	1,68	
Sol. Inj.				10 mg/mL	
00392588	*Morphine (sulfate de)*	Sandoz	1 ml	1,42	
Sol. Inj.				50 mg/mL	
00617288	*Morphine H.P. 50*	Sandoz	1 ml	3,22	
			10 ml	32,15	
			50 ml	160,71	
Sol. Orale				20 mg/mL **PPB**	
00690791	*ratio-Morphine*	Ratiopharm	50 ml	24,20	0,4840
00621935	*Statex*	Paladin	25 ml	12,45	0,4980
			100 ml	38,57	0,3857
Supp.				10 mg	
00632201	*Statex*	Paladin	10	16,37	1,6370
Supp.				20 mg	
00596965	*Statex*	Paladin	10	19,37	1,9370
Supp.				30 mg	
00639389	*Statex*	Paladin	10	21,51	2,1510

OXYCODONE (CHLORHYDRATE D') Ⓝ

Co.				5 mg **PPB**	
02325950	*Oxycodone*	Pro Doc	100	12,87	0,1287
02319977	*pms-Oxycodone*	Phmscience	100	12,87	0,1287
00789739	*Supeudol*	Sandoz	100	12,87	0,1287
Co.				10 mg **PPB**	
02240131	*Oxy IR*	Purdue	60	22,92	0,3820
02325969	*Oxycodone*	Pro Doc	100	18,96	0,1896
02319985	*pms-Oxycodone*	Phmscience	100	18,96	0,1896
00443948	*Supeudol*	Sandoz	100	18,96	0,1896
Co.				20 mg **PPB**	
02240132	*Oxy IR*	Purdue	60	39,96	0,6660
02325977	*Oxycodone*	Pro Doc	50	14,82	0,2964
02319993	*pms-Oxycodone*	Phmscience	50	14,82	0,2964
02262983	*Supeudol 20*	Sandoz	50	14,82	0,2964

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Supp.				10 mg	
00392480	*Supeudol*	Sandoz	12	27,12	2,0875
Supp.				20 mg	
00392472	*Supeudol*	Sandoz	12	34,44	2,6408

28:08.12
AGONISTES PARTIELS DES OPIACÉS

BUTORPHANOL (TARTRATE DE) ⊕

Vap. nasal				10 mg/mL	
02242504	*Apo-Butorphanol*	Apotex	2,5 ml	56,53	13,3680

PENTAZOCINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓝ

Co.				50 mg	
02137984	*Talwin*	SanofiAven	100	37,74	0,3774

28:08.92
DIVERS ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

ACÉTAMINOPHÈNE

Co.				325 mg **PPB**	
* 00718858	*Acetaminophen*	Pharmel	100	1,14	**R**
			1000	11,40	**R**
02022214	*Acétaminophène*	Riva	1000	11,40	0,0114
00382752	*Acétaminophène 325*	Pro Doc	1000	11,40	0,0114
02362198	*Acétaminophène Caplet 325*	Riva	1000	11,40	0,0114
02241200	*Acetaminophen-Odan*	Odan	1000	11,40	0,0114
01938088	*Jamp-Acétaminophène*	Jamp	1000	11,40	0,0114
00389218	*Novo-Gesic*	Novopharm	100	1,14	0,0114
			1000	11,40	0,0114

Co.				500 mg **PPB**	
* 00718866	*Acetaminophen*	Pharmel	500	7,45	**R**
			1000	14,90	**R**
02022222	*Acétaminophène*	Riva	1000	14,90	0,0149
00386626	*Acétaminophène 500*	Pro Doc	1000	14,90	0,0149
02362201	*Acétaminophène Blason Shield 500*	Riva	1000	14,90	0,0149
02362228	*Acétaminophène Caplet 500*	Riva	1000	14,90	0,0149
01939122	*Jamp-Acétaminophène*	Jamp	1000	14,90	0,0149
02355299	*Jamp-Acétaminophène*	Jamp	1000	14,90	0,0149
02343371	*Jamp-Acétaminophène E.F.*	Jamp	1000	14,90	0,0149
00482323	*Novo-Gesic Forte*	Novopharm	100	1,49	0,0149
			1000	14,90	0,0149

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Croq.				80 mg **PPB**	
02017458	*Acétaminophène*	Riva	24	2,40	0,1000
02245010	*Jamp-Acétaminophène*	Jamp	24	2,40	0,1000
02263815	*Pediaphen*	Euro-Pharm	24	2,40	0,1000
Co. Croq. ou Co.				160 mg **PPB**	
02017431	*Acétaminophène*	Riva	20	2,95	0,1475
02021420	*Cephanol*	Riva	20	2,95	0,1475
02246087	*Jamp-Acétaminophène*	Jamp	20	2,95	0,1475
02263823	*Pediaphen*	Euro-Pharm	20	2,95	0,1475
Liq.				80 mg/5 mL **PPB**	
01905848	*Acétaminophène*	Trianon	100 ml	3,10	0,0310
02263807	*Pediaphen*	Euro-Pharm	100 ml	3,10	0,0310
00792713	*pms-Acétaminophène*	Phmscience	100 ml	3,10	0,0310
Liq.				160 mg/5 mL **PPB**	
01958836	*Acétaminophène*	Trianon	100 ml	3,65	0,0365
01901389	*Jamp-Acétaminophène*	Jamp	100 ml	3,65	0,0365
00792691	*PDP-Acetaminophen solution*	Pendopharm	500 ml	18,25	0,0365
02263831	*Pediaphen*	Euro-Pharm	100 ml	3,65	0,0365
Sol. Orale Péd.				80 mg/mL **PPB**	
01905864	*Acétaminophène*	Trianon	15 ml	2,50	
			24 ml	2,87	
01935275	*Jamp-Acétaminophène*	Jamp	24 ml	2,87	
02263793	*Pediaphen*	Euro-Pharm	24 ml	2,87	
02027801	*Pédiatrix*	Rougier	24 ml	2,87	
Supp.				120 mg	
01919385	*Abenol*	Pendopharm	12	6,63	0,5525
02230434	*Acet 120*	Pendopharm	12	6,44	0,5367
Supp.				160 mg	
02230435	*Acet 160*	Pendopharm	12	7,51	0,6258
Supp.				325 mg	
01919393	*Abenol*	Pendopharm	12	8,19	0,6825
02230436	*Acet 325*	Pendopharm	12	7,95	0,6625
Supp.				650 mg	
01919407	*Abenol*	Pendopharm	12	9,41	0,7842
02230437	*Acet 650*	Pendopharm	12	9,13	0,7608

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ACÉTAMINOPHÈNE/ CODÉINE (PHOSPHATE DE) Ⓝ

Co.				300 mg - 30 mg **PPB**		
	01999648	*Acet codéine 30*	Phmscience	500	65,00	0,1300
*	02254271	*phl-Acet-Codéine 30*	Pharmel	500	65,00	**R**
	02232658	*Procet-30*	Pro Doc	500	65,00	0,1300
	00608882	*ratio-Emtec*	Ratiopharm	500	65,00	0,1300
	00789828	*Triatec-30*	Trianon	100	13,00	0,1300
				500	65,00	0,1300

Co.				300 mg - 60 mg **PPB**		
	01999656	*Acet codéine 60*	Phmscience	100	13,84	0,1384
*	02254263	*phl-Acet-Codéine 60*	Pharmel	100	13,84	**R**
	00621463	*ratio-Lenoltec No 4*	Ratiopharm	100	13,84	0,1384

Elix.				160 mg -8 mg/5 mL **PPB**		
	00816027	*pms-Acétaminophène avec Codéine*	Phmscience	100 ml	5,86	0,0586
				500 ml	29,32	0,0586
	02163942	*Tylenol à la codéine*	Janss. Inc	500 ml	39,96	0,0799

28:10
ANTIDOTES NARCOTIQUES

NALTREXONE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co.				50 mg	
	02213826	*Revia*	Teva Can	50	280,75	5,3790

28:12.04
BARBITURIQUES

PHÉNOBARBITAL ⊕

Co.				15 mg	
	00178799	*Phenobarb*	Pendopharm	500	43,71	0,0874

Co.				30 mg	
	00178802	*Phenobarb*	Pendopharm	500	52,00	0,1040

Co.				60 mg	
	00178810	*Phenobarb*	Pendopharm	500	70,52	0,1410

Co.				100 mg	
	00178829	*Phenobarb*	Pendopharm	500	96,50	0,1930

Elix.				25 mg/5 mL	
	00645575	*Phenobarb élixir*	Pendopharm	100 ml	11,67	0,1167

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PRIMIDONE P

Co.				125 mg	
00399310	*Primidone*	AA Pharma	100	5,53	0,0553

Co.				250 mg	
00396761	*Primidone*	AA Pharma	100	8,70	0,0870

28:12.08
BENZODIAZÉPINES

CLOBAZAM ⊠

Co.				10 mg **PPB**	
02244638	*Apo-Clobazam*	Apotex	30	3,29 ➧	0,1097
02248454	*Clobazam-10*	Pro Doc	30	3,29 ➧	0,1097
02221799	*Frisium*	Lundb Inc	30	10,25	0,3417
02238334	*Novo-Clobazam*	Novopharm	30	3,29 ➧	0,1097
02244474	*pms-Clobazam*	Phmscience	30	3,29 ➧	0,1097

CLONAZÉPAM ⊠

Co.				0,25 mg	
02179660	*pms-Clonazépam*	Phmscience	100	6,90	0,0690

Co.				0,5 mg **PPB**	
02177889	*Apo-Clonazepam*	Apotex	100	4,95 ➧	0,0495
			500	24,77 ➧	0,0495
02270641	*Co Clonazepam*	Cobalt	100	4,95 ➧	0,0495
			500	24,77 ➧	0,0495
02230950	*Mylan-Clonazepam*	Mylan	100	4,95 ➧	0,0495
			500	24,77 ➧	0,0495
02239024	*Novo-Clonazepam*	Novopharm	100	4,95 ➧	0,0495
			500	24,77 ➧	0,0495
02236948	*phl-Clonazépam-R*	Pharmel	100	4,95 ➧	0,0495
			500	24,77 ➧	0,0495
02207818	*pms-Clonazépam-R*	Phmscience	100	4,95 ➧	0,0495
			500	24,77 ➧	0,0495
02311593	*Pro-Clonazepam*	Pro Doc	500	24,77 ➧	0,0495
* 02103656	*ratio-Clonazepam*	Ratiopharm	100	4,95	**R**
			500	24,77	**R**
02242077	*Riva-Clonazepam*	Riva	100	4,95 ➧	0,0495
			500	24,77 ➧	0,0495
00382825	*Rivotril*	Roche	100	19,82	0,1982

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					1 mg **PPB**		
	02270668	*Co Clonazepam*	Cobalt	100	14,87	➡	0,1487
	02145235	*phl-Clonazépam*	Pharmel	100	14,87	➡	0,1487
				500	74,35	➡	0,1487
	02048728	*pms-Clonazépam*	Phmscience	100	14,87	➡	0,1487
				500	74,35	➡	0,1487
	02311607	*Pro-Clonazepam*	Pro Doc	100	14,87	➡	0,1487
				500	74,35	➡	0,1487
*	02233982	*Sandoz Clonazepam*	Sandoz	100	14,87		**R**
Co.					2 mg **PPB**		
	02177897	*Apo-Clonazepam*	Apotex	100	8,54	➡	0,0854
				500	42,72	➡	0,0854
	02270676	*Co Clonazepam*	Cobalt	100	8,54	➡	0,0854
				500	42,72	➡	0,0854
	02230951	*Mylan-Clonazepam*	Mylan	100	8,54	➡	0,0854
				500	42,72	➡	0,0854
	02239025	*Novo-Clonazepam*	Novopharm	100	8,54	➡	0,0854
				500	42,72	➡	0,0854
	02145243	*phl-Clonazépam*	Pharmel	100	8,54	➡	0,0854
				500	42,72	➡	0,0854
	02048736	*pms-Clonazépam*	Phmscience	100	8,54	➡	0,0854
				500	42,72	➡	0,0854
	02311615	*Pro-Clonazepam*	Pro Doc	100	8,54	➡	0,0854
				500	42,72	➡	0,0854
*	02103737	*ratio-Clonazepam*	Ratiopharm	100	8,54		**R**
				500	42,72		**R**
	02242078	*Riva-Clonazepam*	Riva	100	8,54	➡	0,0854
				500	42,72	➡	0,0854
	00382841	*Rivotril*	Roche	100	34,17		0,3417
*	02233985	*Sandoz Clonazepam*	Sandoz	100	8,54		**R**
				500	42,72		**R**

28:12.12
HYDANTOÏNES
PHÉNYTOÏNE

Co.					50 mg	
	00023698	*Dilantin*	Pfizer	100	7,35	0,0735
Susp. Orale					30 mg/5 mL	
	00023442	*Dilantin-30*	Pfizer	250 ml	10,10	0,0404
Susp. Orale					125 mg/5 mL **PPB**	
	00023450	*Dilantin-125*	Pfizer	250 ml	11,93	0,0477
	02250896	*Taro-Phenytoin*	Taro	237 ml	7,37 ➡	0,0311

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PHÉNYTOÏNE SODIQUE P

Caps. 30 mg

00022772	*Dilantin*	Pfizer	100	5,36	0,0536

Caps. 100 mg

00022780	*Dilantin*	Pfizer	100	7,45	0,0745
			1000	67,14	0,0671

28:12.20
SUCCINIMIDES

ÉTHOSUXIMIDE P

Caps. 250 mg

00022799	*Zarontin*	Erfa	100	29,62	0,2962

Sir. 250 mg/5 mL

00023485	*Zarontin*	Erfa	500 ml	29,60	0,0592

MESUXIMIDE P

Caps. 300 mg

00022802	*Celontin*	Erfa	100	32,76	0,3276

28:12.92
DIVERS ANTICONVULSIVANTS

CARBAMAZÉPINE P

Co. 200 mg **PPB**

02407515	*Taro-Carbamazepine*	Taro	100	7,95	0,0795
			500	39,75	0,0795
00010405	*Tégrétol*	Novartis	100	32,18	0,3218
			500	156,30	0,3126
00782718	*Teva-Carbamazepine*	Teva Can	100	7,95	0,0795
			500	39,75	0,0795

Co. Croq. 100 mg **PPB**

02231542	*pms-Carbamazépine Chewtabs*	Phmscience	100	3,80	0,0380
02244403	*Taro-Carbamazepine Chewable*	Taro	100	3,80	0,0380
00369810	*Tegretol Chewtabs*	Novartis	100	13,50	0,1350

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Croq.				200 mg **PPB**	
02231540	*pms-Carbamazépine Chewtabs*	Phmscience	100	7,49	0,0749
02261863	*Sandoz Carbamazepine Chewtabs*	Sandoz	100	7,49	0,0749
02244404	*Taro-Carbamazepine Chewable*	Taro	100	7,49	0,0749
00665088	*Tegretol Chewtabs*	Novartis	100	26,65	0,2665
Co. L.A.				200 mg **PPB**	
02413590	*Carbamazepine CR*	Pro Doc	100	9,30	0,0930
02241882	*Mylan-Carbamazepine CR*	Mylan	100	9,30	0,0930
			500	46,48	0,0930
02231543	*pms-Carbamazepine CR*	Phmscience	100	9,30	0,0930
			500	46,48	0,0930
02261839	*Sandoz Carbamazepine CR*	Sandoz	100	9,30	0,0930
00773611	*Tegretol CR*	Novartis	100	33,08	0,3308
Co. L.A.				400 mg **PPB**	
02413604	*Carbamazepine CR*	Pro Doc	100	18,59	0,1859
02241883	*Mylan-Carbamazepine CR*	Mylan	100	18,59	0,1859
02231544	*pms-Carbamazepine CR*	Phmscience	100	18,59	0,1859
			500	92,94	0,1859
02261847	*Sandoz Carbamazepine CR*	Sandoz	100	18,59	0,1859
00755583	*Tegretol CR*	Novartis	100	66,16	0,6616
Susp. Orale				100 mg/5 mL **PPB**	
02367394	*Taro-Carbamazepine*	Taro	450 ml	24,32	0,0540
02194333	*Tégrétol*	Novartis	450 ml	28,70	0,0638

DIVALPROEX SODIQUE F

Co. Ent.				125 mg **PPB**	
02239698	*Apo-Divalproex*	Apotex	100	7,24	0,0724
02400499	*Divalproex*	Sanis	100	7,24	0,0724
02240341	*Divalproex-125*	Pro Doc	100	7,24	0,0724
00596418	*Epival 125*	BGP Pharma	100	24,14	0,2414
02239701	*Novo-Divalproex*	Novopharm	100	7,24	0,0724
Co. Ent.				250 mg **PPB**	
02239699	*Apo-Divalproex*	Apotex	100	13,01	0,1301
			500	65,07	0,1301
02400502	*Divalproex*	Sanis	100	13,01	0,1301
02240342	*Divalproex-250*	Pro Doc	100	13,01	0,1301
			500	65,07	0,1301
00596426	*Epival 250*	BGP Pharma	100	43,37	0,4337
			500	216,87	0,4337
02239702	*Novo-Divalproex*	Novopharm	100	13,01	0,1301
			500	65,07	0,1301

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Ent.				500 mg **PPB**	
02239700	*Apo-Divalproex*	Apotex	100	26,04	0,2604
02400510	*Divalproex*	Sanis	100	26,04	0,2604
02240343	*Divalproex-500*	Pro Doc	100	26,04	0,2604
00596434	*Epival 500*	BGP Pharma	100	86,81	0,8681
			500	434,01	0,8680
02239703	*Novo-Divalproex*	Novopharm	100	26,04	0,2604
			500	130,20	0,2604

GABAPENTINE P

Caps.				100 mg	**PPB**	
02244304	*Apo-Gabapentin*	Apotex	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
02321203	*Auro-Gabapentin*	Aurobindo	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
02256142	*Co Gabapentin*	Cobalt	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
02416840	*Gabapentin*	Accord	100	7,49		0,0749
02353245	*Gabapentin*	Sanis	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
02246314	*Gabapentin*	Sivem	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
02285819	*GD-Gabapentin*	GenMed	100	7,49		0,0749
02361469	*Jamp-Gabapentin*	Jamp	100	7,49		0,0749
02391473	*Mar-Gabapentin*	Marcan	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
02248259	*Mylan-Gabapentin*	Mylan	500	37,45		0,0749
02084260	*Neurontin*	Pfizer	100	41,51		0,4151
02243446	*pms-Gabapentin*	Phmscience	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
02310449	*Pro-Gabapentin*	Pro Doc	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
02319055	*Ran-Gabapentin*	Ranbaxy	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
02251167	*Riva-Gabapentin*	Riva	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
02244513	*Teva-Gabapentin*	Teva Can	100	7,49		0,0749
			500	37,45		0,0749
+ 02431408	*VAN-Gabapentin*	Vanc Phm	100	7,49		0,0749

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				300 mg **PPB**	
02244305	*Apo-Gabapentin*	Apotex	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02321211	*Auro-Gabapentin*	Aurobindo	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02256150	*Co Gabapentin*	Cobalt	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02416859	*Gabapentin*	Accord	100	18,21	0,1821
02353253	*Gabapentin*	Sanis	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02246315	*Gabapentin*	Sivem	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02285827	*GD-Gabapentin*	GenMed	100	18,21	0,1821
02361485	*Jamp-Gabapentin*	Jamp	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02391481	*Mar-Gabapentin*	Marcan	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02248260	*Mylan-Gabapentin*	Mylan	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02084279	*Neurontin*	Pfizer	100	101,00	1,0100
02243447	*pms-Gabapentin*	Phmscience	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02310457	*Pro-Gabapentin*	Pro Doc	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02319063	*Ran-Gabapentin*	Ranbaxy	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02251175	*Riva-Gabapentin*	Riva	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
02244514	*Teva-Gabapentin*	Teva Can	100	18,21	0,1821
			500	91,05	0,1821
+ 02431416	*VAN-Gabapentin*	Vanc Phm	100	18,21	0,1821

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Caps.					400 mg **PPB**		
	02244306	*Apo-Gabapentin*	Apotex	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02321238	*Auro-Gabapentin*	Aurobindo	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02256169	*Co Gabapentin*	Cobalt	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02416867	*Gabapentin*	Accord	100	21,71	➧	0,2171
	02353261	*Gabapentin*	Sanis	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02246316	*Gabapentin*	Sivem	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02285835	*GD-Gabapentin*	GenMed	100	21,71	➧	0,2171
	02361493	*Jamp-Gabapentin*	Jamp	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02391503	*Mar-Gabapentin*	Marcan	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02248261	*Mylan-Gabapentin*	Mylan	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02084287	*Neurontin*	Pfizer	100	120,35		1,2035
	02243448	*pms-Gabapentin*	Phmscience	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02310465	*Pro-Gabapentin*	Pro Doc	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02319071	*Ran-Gabapentin*	Ranbaxy	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02260905	*ratio-Gabapentin*	Ratiopharm	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02251183	*Riva-Gabapentin*	Riva	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
	02244515	*Teva-Gabapentin*	Teva Can	100	21,71	➧	0,2171
				500	108,55	➧	0,2171
+	02431424	*VAN-Gabapentin*	Vanc Phm	100	21,71	➧	0,2171
Co.					600 mg **PPB**		
	02293358	*Apo-Gabapentin*	Apotex	100	32,56	➧	0,3256
	02392526	*Gabapentin*	Accord	100	32,56	➧	0,3256
	02431289	*Gabapentin*	Sanis	100	32,56	➧	0,3256
	02388200	*Gabapentin*	Sivem	100	32,56	➧	0,3256
+	02285843	*GD-Gabapentin*	GenMed	100	32,56	➧	0,3256
	02402289	*Jamp-Gabapentin*	Jamp	100	32,56	➧	0,3256
	02397471	*Mylan-Gabapentin*	Mylan	100	32,56	➧	0,3256
	02239717	*Neurontin*	Pfizer	100	181,65		1,8165
	02258005	*phl-Gabapentin*	Pharmel	100	32,56	➧	0,3256
	02255898	*pms-Gabapentin*	Phmscience	100	32,56	➧	0,3256
	02310473	*Pro-Gabapentin*	Pro Doc	100	32,56	➧	0,3256
*	02260913	*ratio-Gabapentin*	Ratiopharm	100	32,56		**R**
	02259796	*Riva-Gabapentin*	Riva	100	32,56	➧	0,3256
				500	162,80	➧	0,3256
	02248457	*Teva-Gabapentin*	Teva Can	100	32,56	➧	0,3256

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					800 mg **PPB**		
	02293366	*Apo-Gabapentin*	Apotex	100	43,41	➧	0,4341
	02392534	*Gabapentin*	Accord	100	43,41	➧	0,4341
	02431297	*Gabapentin*	Sanis	100	43,41	➧	0,4341
	02388219	*Gabapentin*	Sivem	100	43,41	➧	0,4341
+	02285851	*GD-Gabapentin*	GenMed	100	43,41	➧	0,4341
	02402297	*Jamp-Gabapentin*	Jamp	100	43,41	➧	0,4341
	02397498	*Mylan-Gabapentin*	Mylan	100	43,41	➧	0,4341
	02239718	*Neurontin*	Pfizer	100	242,19		2,4219
	02258013	*phl-Gabapentin*	Pharmel	100	43,41	➧	0,4341
	02255901	*pms-Gabapentin*	Phmscience	100	43,41	➧	0,4341
	02310481	*Pro-Gabapentin*	Pro Doc	100	43,41	➧	0,4341
*	02260921	*ratio-Gabapentin*	Ratiopharm	100	43,41		R
	02259818	*Riva-Gabapentin*	Riva	100	43,41	➧	0,4341
				500	217,05	➧	0,4341
	02247346	*Teva-Gabapentin*	Teva Can	100	43,41	➧	0,4341

LAMOTRIGINE P

Co.					25 mg **PPB**		
	02245208	*Apo-Lamotrigine*	Apotex	100	9,36	➧	0,0936
	02381354	*Auro-Lamotrigine*	Aurobindo	100	9,36	➧	0,0936
				1000	93,60	➧	0,0936
	02142082	*Lamictal*	GSK	100	35,78		0,3578
	02343010	*Lamotrigine*	Sanis	100	9,36	➧	0,0936
	02428202	*Lamotrigine*	Sivem	100	9,36	➧	0,0936
	02302969	*Lamotrigine-25*	Pro Doc	100	9,36	➧	0,0936
	02265494	*Mylan-Lamotrigine*	Mylan	100	9,36	➧	0,0936
	02248232	*Novo-Lamotrigine*	Novopharm	100	9,36	➧	0,0936
	02246897	*pms-Lamotrigine*	Phmscience	100	9,36	➧	0,0936
	02243352	*ratio-Lamotrigine*	Ratiopharm	100	9,36	➧	0,0936

Co.					100 mg **PPB**		
	02245209	*Apo-Lamotrigine*	Apotex	100	37,35	➧	0,3735
	02381362	*Auro-Lamotrigine*	Aurobindo	100	37,35	➧	0,3735
				1000	373,50	➧	0,3735
	02142104	*Lamictal*	GSK	100	143,16		1,4316
	02343029	*Lamotrigine*	Sanis	100	37,35	➧	0,3735
	02428210	*Lamotrigine*	Sivem	100	37,35	➧	0,3735
	02302985	*Lamotrigine-100*	Pro Doc	100	37,35	➧	0,3735
	02265508	*Mylan-Lamotrigine*	Mylan	100	37,35	➧	0,3735
				500	186,75	➧	0,3735
	02248233	*Novo-Lamotrigine*	Novopharm	100	37,35	➧	0,3735
	02246898	*pms-Lamotrigine*	Phmscience	100	37,35	➧	0,3735
	02243353	*ratio-Lamotrigine*	Ratiopharm	100	37,35	➧	0,3735

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				150 mg **PPB**	
02245210	*Apo-Lamotrigine*	Apotex	100	55,05	0,5505
02381370	*Auro-Lamotrigine*	Aurobindo	60	33,03	0,5505
			100	55,05	0,5505
02142112	*Lamictal*	GSK	60	125,83	2,0972
02343037	*Lamotrigine*	Sanis	100	55,05	0,5505
02428229	*Lamotrigine*	Sivem	100	55,05	0,5505
02302993	*Lamotrigine-150*	Pro Doc	100	55,05	0,5505
02265516	*Mylan-Lamotrigine*	Mylan	100	55,05	0,5505
02248234	*Novo-Lamotrigine*	Novopharm	100	55,05	0,5505
02246899	*pms-Lamotrigine*	Phmscience	100	55,05	0,5505
02246963	*ratio-Lamotrigine*	Ratiopharm	60	33,03	0,5505
Co. Croq.				2 mg	
02243803	*Lamictal*	GSK	30	4,61	0,1537
Co. Croq.				5 mg	
02240115	*Lamictal*	GSK	28	4,32	0,1543

LÉVÉTIRACÉTAM F

Co.				250 mg **PPB**	
02414805	*Abbott-Levetiracetam*	Abbott	100	80,00	0,8000
* 02274183	*ACT Levetiracetam*	ActavisPhm	100	80,00	0,8000
02285924	*Apo-Levetiracetam*	Apotex	100	80,00	0,8000
02375249	*Auro-Levetiracetam*	Aurobindo	100	80,00	0,8000
			500	400,00	0,8000
02403005	*Jamp-Levetiracetam*	Jamp	120	96,00	0,8000
02247027	*Keppra*	U.C.B.	120	96,00	0,8000
02399776	*Levetiracetam*	Accord	120	96,00	0,8000
02353342	*Levetiracetam*	Sanis	100	80,00	0,8000
02297353	*phl-Levetiracetam*	Pharmel	100	80,00	0,8000
02296101	*pms-Levetiracetam*	Phmscience	100	80,00	0,8000
02311372	*Pro-Levetiracetam-250*	Pro Doc	100	80,00	0,8000
02396106	*Ran-Levetiracetam*	Ranbaxy	100	80,00	0,8000
Co.				500 mg **PPB**	
02414791	*Abbott-Levetiracetam*	Abbott	100	97,50	0,9750
* 02274191	*ACT Levetiracetam*	ActavisPhm	100	97,50	0,9750
			500	487,50	0,9750
02285932	*Apo-Levetiracetam*	Apotex	100	97,50	0,9750
02375257	*Auro-Levetiracetam*	Aurobindo	100	97,50	0,9750
			500	487,50	0,9750
02403021	*Jamp-Levetiracetam*	Jamp	120	117,00	0,9750
02247028	*Keppra*	U.C.B.	120	117,00	0,9750
02399784	*Levetiracetam*	Accord	120	117,00	0,9750
02353350	*Levetiracetam*	Sanis	100	97,50	0,9750
02297361	*phl-Levetiracetam*	Pharmel	100	97,50	0,9750
02296128	*pms-Levetiracetam*	Phmscience	100	97,50	0,9750
02311380	*Pro-Levetiracetam-500*	Pro Doc	100	97,50	0,9750
02396114	*Ran-Levetiracetam*	Ranbaxy	100	97,50	0,9750

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					750 mg **PPB**	
	02414783	*Abbott-Levetiracetam*	Abbott	100	135,00	1,3500
*	02274205	*ACT Levetiracetam*	ActavisPhm	100	135,00	1,3500
	02285940	*Apo-Levetiracetam*	Apotex	100	135,00	1,3500
	02375265	*Auro-Levetiracetam*	Aurobindo	100	135,00	1,3500
				500	675,00	1,3500
	02403048	*Jamp-Levetiracetam*	Jamp	120	162,00	1,3500
	02247029	*Keppra*	U.C.B.	120	162,00	1,3500
	02399792	*Levetiracetam*	Accord	120	162,00	1,3500
	02353369	*Levetiracetam*	Sanis	100	135,00	1,3500
	02297388	*phl-Levetiracetam*	Pharmel	100	135,00	1,3500
	02296136	*pms-Levetiracetam*	Phmscience	100	135,00	1,3500
	02311399	*Pro-Levetiracetam-750*	Pro Doc	100	135,00	1,3500
	02396122	*Ran-Levetiracetam*	Ranbaxy	100	135,00	1,3500

PRÉGABALINE Pr

Caps.					25 mg **PPB**	
*	02402912	*ACT Pregabalin*	ActavisPhm	100	20,58	0,2058
				500	102,90	0,2058
	02394235	*Apo-Pregabalin*	Apotex	100	20,58	0,2058
				500	102,90	0,2058
	02433869	*Auro-Pregabalin*	Aurobindo	100	20,58	0,2058
	02360136	*GD-Pregabalin*	GenMed	60	12,35	0,2058
	02268418	*Lyrica*	Pfizer	60	46,45	0,7742
	02417529	*Mar-Pregabalin*	Marcan	100	20,58	0,2058
				500	102,90	0,2058
	02423804	*Mint-Pregabalin*	Mint	100	20,58	0,2058
	02408651	*Myl-Pregabalin*	Mylan	60	12,35	0,2058
	02359596	*pms-Pregabalin*	Phmscience	100	20,58	0,2058
				500	102,90	0,2058
	02396483	*Pregabalin*	Pro Doc	100	20,58	0,2058
				500	102,90	0,2058
	02405539	*Pregabalin*	Sanis	60	12,35	0,2058
	02403692	*Pregabalin*	Sivem	100	20,58	0,2058
				500	102,90	0,2058
	02392801	*Ran-Pregabalin*	Ranbaxy	100	20,58	0,2058
				500	102,90	0,2058
	02377039	*Riva-Pregabalin*	Riva	100	20,58	0,2058
				500	102,90	0,2058
	02390817	*Sandoz Pregabalin*	Sandoz	100	20,58	0,2058
	02361159	*Teva Pregabalin*	Teva Can	60	12,35	0,2058

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				50 mg **PPB**	
* 02402920	*ACT Pregabalin*	ActavisPhm	100	32,28	0,3228
			500	161,40	0,3228
02394243	*Apo-Pregabalin*	Apotex	100	32,28	0,3228
			500	161,40	0,3228
02433877	*Auro-Pregabalin*	Aurobindo	100	32,28	0,3228
02360144	*GD-Pregabalin*	GenMed	60	19,37	0,3228
02268426	*Lyrica*	Pfizer	60	72,87	1,2145
02417537	*Mar-Pregabalin*	Marcan	100	32,28	0,3228
			500	161,40	0,3228
02423812	*Mint-Pregabalin*	Mint	100	32,28	0,3228
02408678	*Myl-Pregabalin*	Mylan	60	19,37	0,3228
02359618	*pms-Pregabalin*	Phmscience	100	32,28	0,3228
			500	161,40	0,3228
02396505	*Pregabalin*	Pro Doc	100	32,28	0,3228
			500	161,40	0,3228
02405547	*Pregabalin*	Sanis	60	19,37	0,3228
02403706	*Pregabalin*	Sivem	100	32,28	0,3228
			500	161,40	0,3228
02392828	*Ran-Pregabalin*	Ranbaxy	100	32,28	0,3228
			500	161,40	0,3228
02377047	*Riva-Pregabalin*	Riva	100	32,28	0,3228
			500	161,40	0,3228
02390825	*Sandoz Pregabalin*	Sandoz	100	32,28	0,3228
02361175	*Teva Pregabalin*	Teva Can	60	19,37	0,3228
Caps.				75 mg **PPB**	
* 02402939	*ACT Pregabalin*	ActavisPhm	100	41,76	0,4176
			500	208,80	0,4176
02394251	*Apo-Pregabalin*	Apotex	100	41,76	0,4176
			500	208,80	0,4176
02433885	*Auro-Pregabalin*	Aurobindo	100	41,76	0,4176
02360152	*GD-Pregabalin*	GenMed	60	25,06	0,4176
02268434	*Lyrica*	Pfizer	60	94,29	1,5715
02417545	*Mar-Pregabalin*	Marcan	100	41,76	0,4176
			500	208,80	0,4176
02424185	*Mint-Pregabalin*	Mint	100	41,76	0,4176
02408686	*Myl-Pregabalin*	Mylan	60	25,06	0,4176
02359626	*pms-Pregabalin*	Phmscience	100	41,76	0,4176
			500	208,80	0,4176
02396513	*Pregabalin*	Pro Doc	100	41,76	0,4176
			500	208,80	0,4176
02405555	*Pregabalin*	Sanis	100	41,76	0,4176
02403714	*Pregabalin*	Sivem	100	41,76	0,4176
			500	208,80	0,4176
02392836	*Ran-Pregabalin*	Ranbaxy	100	41,76	0,4176
			500	208,80	0,4176
02377055	*Riva-Pregabalin*	Riva	100	41,76	0,4176
			500	208,80	0,4176
02390833	*Sandoz Pregabalin*	Sandoz	100	41,76	0,4176
02361183	*Teva Pregabalin*	Teva Can	60	25,06	0,4176
			100	41,76	0,4176

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				150 mg **PPB**	
* 02402955	*ACT Pregabalin*	ActavisPhm	100	57,57	0,5757
			500	287,85	0,5757
02394278	*Apo-Pregabalin*	Apotex	100	57,57	0,5757
			500	287,85	0,5757
02433907	*Auro-Pregabalin*	Aurobindo	100	57,57	0,5757
02360179	*GD-Pregabalin*	GenMed	60	34,54	0,5757
02268450	*Lyrica*	Pfizer	60	129,98	2,1663
02417561	*Mar-Pregabalin*	Marcan	100	57,57	0,5757
			500	287,85	0,5757
02424207	*Mint-Pregabalin*	Mint	100	57,57	0,5757
02408694	*Myl-Pregabalin*	Mylan	60	34,54	0,5757
02359634	*pms-Pregabalin*	Phmscience	100	57,57	0,5757
			500	287,85	0,5757
02396521	*Pregabalin*	Pro Doc	100	57,57	0,5757
			500	287,85	0,5757
02405563	*Pregabalin*	Sanis	100	57,57	0,5757
02403722	*Pregabalin*	Sivem	100	57,57	0,5757
			500	287,85	0,5757
02392844	*Ran-Pregabalin*	Ranbaxy	100	57,57	0,5757
			500	287,85	0,5757
02377063	*Riva-Pregabalin*	Riva	100	57,57	0,5757
			500	287,85	0,5757
02390841	*Sandoz Pregabalin*	Sandoz	100	57,57	0,5757
02361205	*Teva Pregabalin*	Teva Can	60	34,54	0,5757
			100	57,57	0,5757
Caps.				300 mg **PPB**	
* 02402998	*ACT Pregabalin*	ActavisPhm	100	57,57	0,5757
02394294	*Apo-Pregabalin*	Apotex	100	57,57	0,5757
02360209	*GD-Pregabalin*	GenMed	60	34,54	0,5757
02268485	*Lyrica*	Pfizer	60	129,98	2,1663
02417618	*Mar-Pregabalin*	Marcan	100	57,57	0,5757
02408708	*Myl-Pregabalin*	Mylan	60	34,54	0,5757
02359642	*pms-Pregabalin*	Phmscience	100	57,57	0,5757
02396548	*Pregabalin*	Pro Doc	100	57,57	0,5757
02405598	*Pregabalin*	Sanis	60	34,54	0,5757
02403730	*Pregabalin*	Sivem	100	57,57	0,5757
02392860	*Ran-Pregabalin*	Ranbaxy	100	57,57	0,5757
			500	287,85	0,5757
02377071	*Riva-Pregabalin*	Riva	100	57,57	0,5757
02390868	*Sandoz Pregabalin*	Sandoz	100	57,57	0,5757
02361248	*Teva Pregabalin*	Teva Can	60	34,54	0,5757

TOPIRAMATE F

Caps. à saupoudrer				15 mg	
02239907	*Topamax*	Janss. Inc	60	65,11	1,0852
Caps. à saupoudrer				25 mg	
02239908	*Topamax*	Janss. Inc	60	68,34	1,1390

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					25 mg **PPB**		
	02414600	*Abbott-Topiramate*	Abbott	100	31,28	➡	0,3128
*	02287765	*ACT Topiramate*	ActavisPhm	100	31,28	➡	0,3128
	02279614	*Apo-Topiramate*	Apotex	100	31,28	➡	0,3128
	02345803	*Auro-Topiramate*	Aurobindo	60	18,77	➡	0,3128
				100	31,28	➡	0,3128
	02435608	*Jamp-Topiramate*	Jamp	100	31,28	➡	0,3128
	02432099	*Mar-Topiramate*	Marcan	100	31,28	➡	0,3128
	02315645	*Mint-Topiramate*	Mint	100	31,28	➡	0,3128
	02263351	*Mylan-Topiramate*	Mylan	100	31,28	➡	0,3128
	02248860	*Novo-Topiramate*	Novopharm	100	31,28	➡	0,3128
	02271184	*phl-Topiramate*	Pharmel	100	31,28	➡	0,3128
				500	156,40	➡	0,3128
	02262991	*pms-Topiramate*	Phmscience	100	31,28	➡	0,3128
				500	156,40	➡	0,3128
	02313650	*Pro-Topiramate*	Pro Doc	100	31,28	➡	0,3128
	02396076	*Ran-Topiramate*	Ranbaxy	100	31,28	➡	0,3128
*	02260050	*Sandoz Topiramate*	Sandoz	100	31,28		**R**
	02431807	*Sandoz Topiramate Tablets*	Sandoz	100	31,28	➡	0,3128
	02230893	*Topamax*	Janss. Inc	100	113,93		1,1393
	02395738	*Topiramate*	Accord	100	31,28	➡	0,3128
	02356856	*Topiramate*	Sanis	100	31,28	➡	0,3128
	02389460	*Topiramate*	Sivem	100	31,28	➡	0,3128

Co.					50 mg		
	02312085	*pms-Topiramate*	Phmscience	100	75,95		0,7595

Co.					100 mg **PPB**		
	02414619	*Abbott-Topiramate*	Abbott	100	59,28	➡	0,5928
*	02287773	*ACT Topiramate*	ActavisPhm	100	59,28	➡	0,5928
	02279630	*Apo-Topiramate*	Apotex	100	59,28	➡	0,5928
	02345838	*Auro-Topiramate*	Aurobindo	60	35,57	➡	0,5928
				100	59,28	➡	0,5928
	02435616	*Jamp-Topiramate*	Jamp	100	59,28	➡	0,5928
	02432102	*Mar-Topiramate*	Marcan	100	59,28	➡	0,5928
	02315653	*Mint-Topiramate*	Mint	100	59,28	➡	0,5928
	02263378	*Mylan-Topiramate*	Mylan	100	59,28	➡	0,5928
	02248861	*Novo-Topiramate*	Novopharm	60	35,57	➡	0,5928
	02271192	*phl-Topiramate*	Pharmel	100	59,28	➡	0,5928
	02263009	*pms-Topiramate*	Phmscience	100	59,28	➡	0,5928
	02313669	*Pro-Topiramate*	Pro Doc	100	59,28	➡	0,5928
	02396084	*Ran-Topiramate*	Ranbaxy	100	59,28	➡	0,5928
*	02260069	*Sandoz Topiramate*	Sandoz	100	59,28		**R**
	02431815	*Sandoz Topiramate Tablets*	Sandoz	100	59,28	➡	0,5928
	02230894	*Topamax*	Janss. Inc	60	129,54		2,1590
	02395746	*Topiramate*	Accord	100	59,28	➡	0,5928
	02356864	*Topiramate*	Sanis	100	59,28	➡	0,5928
	02389487	*Topiramate*	Sivem	100	59,28	➡	0,5928

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					200 mg **PPB**		
	02414627	*Abbott-Topiramate*	Abbott	100	88,53	➧	0,8853
*	02287781	*ACT Topiramate*	ActavisPhm	100	88,53	➧	0,8853
	02279649	*Apo-Topiramate*	Apotex	100	88,53	➧	0,8853
	02345846	*Auro-Topiramate*	Aurobindo	60	53,12	➧	0,8853
				100	88,53	➧	0,8853
	02435624	*Jamp-Topiramate*	Jamp	100	88,53	➧	0,8853
	02432110	*Mar-Topiramate*	Marcan	100	88,53	➧	0,8853
	02315661	*Mint-Topiramate*	Mint	100	88,53	➧	0,8853
	02263386	*Mylan-Topiramate*	Mylan	100	88,53	➧	0,8853
	02248862	*Novo-Topiramate*	Novopharm	60	53,12	➧	0,8853
	02271206	*phl-Topiramate*	Pharmel	100	88,53	➧	0,8853
	02263017	*pms-Topiramate*	Phmscience	100	88,53	➧	0,8853
	02313677	*Pro-Topiramate*	Pro Doc	100	88,53	➧	0,8853
	02396092	*Ran-Topiramate*	Ranbaxy	100	88,53	➧	0,8853
	02431823	*Sandoz Topiramate Tablets*	Sandoz	100	88,53	➧	0,8853
	02230896	*Topamax*	Janss. Inc	60	205,08		3,4180
	02395754	*Topiramate*	Accord	100	88,53	➧	0,8853
	02356872	*Topiramate*	Sanis	100	88,53	➧	0,8853

VALPROATE SODIQUE F

Sir.					250 mg/5 mL **PPB**		
	00443832	*Depakene*	BGP Pharma	480 ml	45,55		0,0949
	02236807	*pms-Valproic acid*	Phmscience	450 ml	17,05	➧	0,0379

VALPROIQUE (ACIDE) F

Caps.					250 mg **PPB**		
	02238048	*Apo-Valproic*	Apotex	100	13,66	➧	0,1366
	00443840	*Depakene*	BGP Pharma	100	45,55		0,4555
	02100630	*Novo-Valproic*	Novopharm	100	13,66	➧	0,1366
	02230768	*pms-Valproic acid*	Phmscience	100	13,66	➧	0,1366
				500	68,30	➧	0,1366
*	02239714	*Sandoz Valproic*	Sandoz	100	13,66		**R**

Caps. Ent.					500 mg **PPB**		
	02218321	*Novo-Valproic*	Novopharm	100	41,25	➧	0,4125
	02229628	*pms-Valproic Acid E.C.*	Phmscience	100	41,25	➧	0,4125
				500	206,25	➧	0,4125

VIGABATRIN F

Co.					500 mg	
	02065819	*Sabril*	Lundb Inc	100	90,50	0,9050

Pd. Orale					500 mg/sac.	
	02068036	*Sabril*	Lundb Inc	50	45,25	0,9050

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:16.04
ANTIDÉPRESSEURS
AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D')

Co. — 10 mg **PPB**

00370991	*Amitriptyline-10*	Pro Doc	100	4,35	0,0435
			1000	43,50	0,0435
02403137	*Apo-Amitriptyline*	Apotex	100	4,35	0,0435
			1000	43,50	0,0435
00335053	*Elavil*	AA Pharma	100	6,64	0,0664
			1000	66,40	0,0664
02435527	*Jamp-Amitriptyline Tablets*	Jamp	100	4,35	0,0435
			1000	43,50	0,0435
02429861	*Mar-Amitriptyline*	Marcan	100	4,35	0,0435
			1000	43,50	0,0435
00654523	*pms-Amitriptyline*	Phmscience	100	4,35	0,0435
			1000	43,50	0,0435
02326043	*Teva-Amitriptyline*	Teva Can	100	4,35	0,0435
			1000	43,50	0,0435

Co. — 25 mg **PPB**

00371009	*Amitriptyline-25*	Pro Doc	100	8,29	0,0829
			1000	82,90	0,0829
02403145	*Apo-Amitriptyline*	Apotex	100	8,29	0,0829
			1000	82,90	0,0829
00335061	*Elavil*	AA Pharma	100	12,11	0,1211
			1000	121,10	0,1211
02435535	*Jamp-Amitriptyline Tablets*	Jamp	100	8,29	0,0829
			1000	82,90	0,0829
02429888	*Mar-Amitriptyline*	Marcan	100	8,29	0,0829
			1000	82,90	0,0829
00654515	*pms-Amitriptyline*	Phmscience	100	8,29	0,0829
			1000	82,90	0,0829
02326051	*Teva-Amitriptyline*	Teva Can	100	8,29	0,0829
			1000	82,90	0,0829

Co. — 50 mg **PPB**

00456349	*Amitriptyline-50*	Pro Doc	100	15,40	0,1540
			1000	154,00	0,1540
02403153	*Apo-Amitriptyline*	Apotex	100	15,40	0,1540
			1000	154,00	0,1540
00335088	*Elavil*	AA Pharma	100	23,47	0,2347
			1000	234,70	0,2347
02435543	*Jamp-Amitriptyline Tablets*	Jamp	100	15,40	0,1540
			1000	154,00	0,1540
02429896	*Mar-Amitriptyline*	Marcan	100	15,40	0,1540
			1000	154,00	0,1540
00654507	*pms-Amitriptyline*	Phmscience	100	15,40	0,1540
			1000	154,00	0,1540
02326078	*Teva-Amitriptyline*	Teva Can	100	15,40	0,1540
			1000	154,00	0,1540

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) P

Co. L.A.				100 mg	PPB	
02331616	*Bupropion SR*	Pro Doc	60	9,28	➡	0,1547
02391562	*Bupropion SR*	Sanis	60	9,28	➡	0,1547
02325373	*pms-Bupropion SR*	Phmscience	60	9,28	➡	0,1547
02285657	*ratio-Bupropion SR*	Ratiopharm	30	4,64	➡	0,1547
			60	9,28	➡	0,1547
02275074	*Sandoz Bupropion SR*	Sandoz	30	4,64	➡	0,1547
			60	9,28	➡	0,1547
Co. L.A.				150 mg	PPB	
02325357	*Bupropion SR*	Pro Doc	60	13,78	➡	0,2297
02391570	*Bupropion SR*	Sanis	60	13,78	➡	0,2297
02313421	*pms-Bupropion SR*	Phmscience	100	22,97	➡	0,2297
02285665	*ratio-Bupropion SR*	Ratiopharm	30	6,89	➡	0,2297
			60	13,78	➡	0,2297
02275082	*Sandoz Bupropion SR*	Sandoz	30	6,89	➡	0,2297
			60	13,78	➡	0,2297
02237825	*Wellbutrin SR*	Valeant	60	51,02		0,8503
Co. L.A. (24 h)				150 mg	PPB	
02382075	*Mylan-Bupropion XL*	Mylan	90	35,84	➡	0,3982
			500	199,10	➡	0,3982
02275090	*Wellbutrin XL*	Valeant	90	47,45		0,5272
Co. L.A. (24 h)				300 mg	PPB	
02382083	*Mylan-Bupropion XL*	Mylan	90	71,67	➡	0,7963
			500	398,15	➡	0,7963
02275104	*Wellbutrin XL*	Valeant	90	94,91		1,0546

CITALOPRAM (BROMHYDRATE DE) P

Co.				10 mg	PPB	
02414570	*Abbott-Citalopram*	Abbott	100	14,32	➡	0,1432
02430517	*Citalopram*	Jamp	100	14,32	➡	0,1432
02387948	*Citalopram*	Sivem	100	14,32	➡	0,1432
02325047	*Citalopram-10*	Pro Doc	100	14,32	➡	0,1432
02370085	*Jamp-Citalopram*	Jamp	100	14,32	➡	0,1432
02371871	*Mar-Citalopram*	Marcan	100	14,32	➡	0,1432
02370077	*Mint-Citalopram*	Mint	100	14,32	➡	0,1432
02409003	*NAT-Citalopram*	Natco	100	14,32	➡	0,1432
			500	89,10	➡	0,1782
02312336	*Novo-Citalopram*	Novopharm	100	14,32	➡	0,1432
02273543	*phl-Citalopram*	Pharmel	100	14,32	➡	0,1432
02270609	*pms-Citalopram*	Phmscience	100	14,32	➡	0,1432
02303256	*Riva-Citalopram*	Riva	100	14,32	➡	0,1432
02431629	*Septa-Citalopram*	Septa	100	14,32	➡	0,1432

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
02414589	*Abbott-Citalopram*	Abbott	100	23,97	0,2397
			500	119,85	0,2397
02248050	*ACT Citalopram*	ActavisPhm	30	7,19	0,2397
			250	59,93	0,2397
02246056	*Apo-Citalopram*	Apotex	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02275562	*Auro-Citalopram*	Aurobindo	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02239607	*Celexa*	Lundbeck	30	39,95	1,3317
			100	133,17	1,3317
02430541	*Citalopram*	Jamp	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02353660	*Citalopram*	Sanis	100	23,97	0,2397
			500	119,85	0,2397
02387956	*Citalopram*	Sivem	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02306239	*Citalopram Odan*	Odan	100	23,97	0,2397
			500	119,85	0,2397
02257513	*Citalopram-20*	Pro Doc	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02313405	*Jamp-Citalopram*	Jamp	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02371898	*Mar-Citalopram*	Marcan	100	23,97	0,2397
			500	119,85	0,2397
02304686	*Mint-Citalopram*	Mint	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02246594	*Mylan-Citalopram*	Mylan	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02409011	*NAT-Citalopram*	Natco	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02293218	*Novo-Citalopram*	Novopharm	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02248944	*phl-Citalopram*	Pharmel	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02248010	*pms-Citalopram*	Phmscience	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02285622	*Ran-Citalo*	Ranbaxy	100	23,97	0,2397
			500	119,85	0,2397
02252112	*ratio-Citalopram*	Ratiopharm	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02303264	*Riva-Citalopram*	Riva	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02248170	*Sandoz Citalopram*	Sandoz	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02355272	*Septa-Citalopram*	Septa	100	23,97	0,2397
			500	119,85	0,2397
Co.				30 mg	
02296152	*CTP 30*	Sunovion	30	18,84	0,6280

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				40 mg **PPB**	
02414597	*Abbott-Citalopram*	Abbott	100	23,97	0,2397
02248051	*ACT Citalopram*	ActavisPhm	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02246057	*Apo-Citalopram*	Apotex	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02275570	*Auro-Citalopram*	Aurobindo	30	7,19	0,2397
			500	119,85	0,2397
02239608	*Celexa*	Lundbeck	30	39,95	1,3317
02430568	*Citalopram*	Jamp	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02353679	*Citalopram*	Sanis	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02387964	*Citalopram*	Sivem	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02306247	*Citalopram Odan*	Odan	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02257521	*Citalopram-40*	Pro Doc	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02313413	*Jamp-Citalopram*	Jamp	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02371901	*Mar-Citalopram*	Marcan	100	23,97	0,2397
02304694	*Mint-Citalopram*	Mint	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02246595	*Mylan-Citalopram*	Mylan	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02409038	*NAT-Citalopram*	Natco	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02293226	*Novo-Citalopram*	Novopharm	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02248945	*phl-Citalopram*	Pharmel	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02248011	*pms-Citalopram*	Phmscience	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02285630	*Ran-Citalo*	Ranbaxy	100	23,97	0,2397
02252120	*ratio-Citalopram*	Ratiopharm	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02303272	*Riva-Citalopram*	Riva	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02248171	*Sandoz Citalopram*	Sandoz	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397
02355280	*Septa-Citalopram*	Septa	30	7,19	0,2397
			100	23,97	0,2397

CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) F

Co.					10 mg **PPB**	
*	02244816	*ACT Clomipramine*	ActavisPhm	100	12,90	0,1290
	00330566	*Anafranil*	Aspri Phm	100	25,81	0,2581
	02040786	*Apo-Clomipramine*	Apotex	100	12,90	0,1290

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				25 mg **PPB**	
* 02244817	*ACT Clomipramine*	ActavisPhm	100	17,58	0,1758
00324019	*Anafranil*	Aspri Phm	100	35,16	0,3516
02040778	*Apo-Clomipramine*	Apotex	100	17,58	0,1758
			500	87,90	0,1758
Co.				50 mg **PPB**	
* 02244818	*ACT Clomipramine*	ActavisPhm	100	32,37	0,3237
00402591	*Anafranil*	Aspri Phm	100	64,74	0,6474
02040751	*Apo-Clomipramine*	Apotex	100	32,37	0,3237

DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) [R]

Co.				10 mg	
02216248	*Désipramine*	AA Pharma	100	38,04	0,1919
Co.				25 mg	
02216256	*Désipramine*	AA Pharma	100	38,04	0,1763
Co.				100 mg	
02216280	*Désipramine*	AA Pharma	100	89,15	0,8915

DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE) [R]

Caps.				10 mg	
* 00024325	*Sinequan*	Erfa	100	23,60	0,2360
Caps.				25 mg	
* 00024333	*Sinequan*	Erfa	100	28,95	0,2895
Caps.				50 mg	
* 00024341	*Sinequan*	Erfa	100	53,72	0,5372
Caps.				75 mg	
* 00400750	*Sinequan*	Erfa	100	77,12	0,7712
Caps.				100 mg	
* 00326925	*Sinequan*	Erfa	100	101,60	1,0160

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE) F

Caps.

10 mg **PPB**

02216353	*Apo-Fluoxétine*	Apotex	100	45,95	0,4595
02385627	*Auro-Fluoxetine*	Aurobindo	100	45,95	0,4595
02242177	*Co Fluoxetine*	Cobalt	100	45,95	0,4595
02393441	*Fluoxetine*	Accord	100	45,95	0,4595
02286068	*Fluoxetine*	Sanis	100	45,95	0,4595
02374447	*Fluoxetine*	Sivem	100	45,95	0,4595
02401894	*Jamp-Fluoxetine*	Jamp	100	45,95	0,4595
02392909	*Mar-Fluoxetine*	Marcan	100	45,95	0,4595
02380560	*Mint-Fluoxetine*	Mint	100	45,95	0,4595
02237813	*Mylan-Fluoxetine*	Mylan	100	45,95	0,4595
02223481	*phl-Fluoxétine*	Pharmel	100	45,95	0,4595
02177579	*pms-Fluoxetine*	Phmscience	100	45,95	0,4595
02314991	*Pro-Fluoxetine*	Pro Doc	100	45,95	0,4595
02018985	*Prozac*	Lilly	100	165,96	1,6596
02405695	*Ran-Fluoxetine*	Ranbaxy	100	45,95	0,4595
02241371	*ratio-Fluoxétine*	Ratiopharm	100	45,95	0,4595
02305461	*Riva-Fluoxétine*	Riva	100	45,95	0,4595
02243486	*Sandoz Fluoxetine*	Sandoz	100	45,95	0,4595
02216582	*Teva-Fluoxetine*	Teva Can	100	45,95	0,4595

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				20 mg **PPB**	
02216361	*Apo-Fluoxétine*	Apotex	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02385635	*Auro-Fluoxetine*	Aurobindo	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02242178	*Co Fluoxetine*	Cobalt	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02286076	*Fluoxetine*	Sanis	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02374455	*Fluoxetine*	Sivem	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02383241	*Fluoxétine BP*	Accord	100	45,98	0,4598
02386402	*Jamp-Fluoxetine*	Jamp	100	45,98	0,4598
02392917	*Mar-Fluoxetine*	Marcan	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02380579	*Mint-Fluoxetine*	Mint	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02237814	*Mylan-Fluoxetine*	Mylan	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02223503	*phl-Fluoxétine*	Pharmel	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02177587	*pms-Fluoxetine*	Phmscience	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02315009	*Pro-Fluoxetine*	Pro Doc	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
00636622	*Prozac*	Lilly	100	169,65	1,6965
02405709	*Ran-Fluoxetine*	Ranbaxy	100	45,98	0,4598
02241374	*ratio-Fluoxétine*	Ratiopharm	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02305488	*Riva-Fluoxétine*	Riva	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02243487	*Sandoz Fluoxetine*	Sandoz	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
02216590	*Teva-Fluoxetine*	Teva Can	100	45,98	0,4598
			500	229,90	0,4598
Sol. Orale				20 mg/5 mL	
02231328	*Fluoxetine*	AA Pharma	120 ml	70,31	0,4658

FLUVOXAMINE (MALÉATE DE) F

Co.				50 mg **PPB**		
	02255529	*ACT Fluvoxamine*	ActavisPhm	100	21,05	0,2105
	02231329	*Apo-Fluvoxamine*	Apotex	100	21,05	0,2105
				250	52,63	0,2105
	02236753	*Fluvoxamine-50*	Pro Doc	100	21,05	0,2105
	01919342	*Luvox*	BGP Pharma	30	25,90	0,8633
	02239953	*Novo-Fluvoxamine*	Novopharm	100	21,05	0,2105
	02262622	*phl-Fluvoxamine*	Pharmel	100	21,05	0,2105
	02218453	*ratio-Fluvoxamine*	Ratiopharm	100	21,05	0,2105
	02303345	*Riva-Fluvox*	Riva	100	21,05	0,2105
				250	52,63	0,2105
*	02247054	*Sandoz Fluvoxamine*	Sandoz	100	21,05	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg **PPB**	
02255537	*ACT Fluvoxamine*	ActavisPhm	100	37,83 ➡	0,3783
02231330	*Apo-Fluvoxamine*	Apotex	100	37,83 ➡	0,3783
			250	94,58 ➡	0,3783
02236754	*Fluvoxamine-100*	Pro Doc	100	37,83 ➡	0,3783
01919369	*Luvox*	BGP Pharma	30	46,58	1,5527
02239954	*Novo-Fluvoxamine*	Novopharm	100	37,83 ➡	0,3783
02262630	*phl-Fluvoxamine*	Pharmel	100	37,83 ➡	0,3783
02303361	*Riva-Fluvox*	Riva	100	37,83 ➡	0,3783
			250	94,58 ➡	0,3783

IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D') P

Co.				10 mg	
00360201	*Imipramine*	AA Pharma	100	13,70 ⬆	0,1074
			1000	137,00 ⬆	0,0896
Co.				25 mg	
00312797	*Imipramine*	AA Pharma	100	24,71 ⬆	0,1778
			1000	247,10 ⬆	0,1480
Co.				50 mg	
00326852	*Imipramine*	AA Pharma	100	48,22 ⬆	0,3959
			1000	482,22 ⬆	0,3959
Co.				75 mg	
00644579	*Imipramine*	AA Pharma	100	63,08 ⬆	0,3883

L-TRYPTOPHANE P

Co.				1 g **PPB**	
02248539	*Apo-Tryptophan (Co.)*	Apotex	100	71,26 ➡	0,7126
02237250	*ratio-Tryptophan*	Ratiopharm	100	71,26 ➡	0,7126
			250	178,15 ➡	0,7126
00654531	*Tryptan (Co.)*	Valeant	100	135,72	1,3572
Co.				250 mg	
02239326	*Tryptan (Co.)*	Valeant	100	33,93	0,3393
Co.				750 mg	
02239327	*Tryptan (Co.)*	Valeant	100	101,79	1,0179

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Caps.				500 mg **PPB**	
02248540	*Apo-Tryptophan (Caps.)*	Apotex	100	35,63 ➧	0,3563
02248538	*Apo-Tryptophan (Co.)*	Apotex	100	35,63 ➧	0,3563
02240333	*ratio-Tryptophan*	Ratiopharm	100	35,63 ➧	0,3563
02240334	*ratio-Tryptophan*	Ratiopharm	100	35,63 ➧	0,3563
00718149	*Tryptan (Caps)*	Valeant	100	67,86	0,6786
02029456	*Tryptan (Co.)*	Valeant	100	67,86	0,6786
MAPROTILINE (CHLORHYDRATE DE) P					
Co.				25 mg	
02158612	*Novo-Maprotiline*	Novopharm	100	54,93	0,5493
Co.				50 mg	
02158620	*Novo-Maprotiline*	Novopharm	100	104,01	1,0401
Co.				75 mg	
02158639	*Novo-Maprotiline*	Novopharm	100	142,04	1,4204
MIRTAZAPINE P					
Co. Diss. Orale ou Co.				15 mg **PPB**	
02286610	*Apo-Mirtazapine*	Apotex	30	2,93 ➧	0,0976
02411695	*Auro-Mirtazapine*	Aurobindo	30	2,93 ➧	0,0976
			100	9,75 ➧	0,0975
02299801	*Auro-Mirtazapine OD*	Aurobindo	30	2,93 ➧	0,0976
02256096	*Mylan-Mirtazapine*	Mylan	100	9,75 ➧	0,0975
02279894	*Novo-Mirtazapine OD*	Novopharm	30	2,93 ➧	0,0976
02273942	*pms-Mirtazapine*	Phmscience	100	9,75 ➧	0,0975
02312778	*Pro-Mirtazapine*	Pro Doc	100	9,75 ➧	0,0975
02248542	*Remeron RD*	Merck	30	12,22	0,4073
02250594	*Sandoz Mirtazapine*	Sandoz	50	4,88 ➧	0,0976

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.				30 mg **PPB**	
02286629	*Apo-Mirtazapine*	Apotex	100	19,50	0,1950
02411709	*Auro-Mirtazapine*	Aurobindo	30	5,85	0,1950
			100	19,50	0,1950
02299828	*Auro-Mirtazapine OD*	Aurobindo	30	5,85	0,1950
02368579	*Jamp-Mirtazapine*	Jamp	100	19,50	0,1950
02370689	*Mirtazapine*	Sanis	100	19,50	0,1950
02256118	*Mylan-Mirtazapine*	Mylan	30	5,85	0,1950
			100	19,50	0,1950
02259354	*Novo-Mirtazapine*	Novopharm	30	5,85	0,1950
			100	19,50	0,1950
02279908	*Novo-Mirtazapine OD*	Novopharm	30	5,85	0,1950
02248762	*pms-Mirtazapine*	Phmscience	30	5,85	0,1950
			100	19,50	0,1950
02312786	*Pro-Mirtazapine*	Pro Doc	30	5,85	0,1950
			100	19,50	0,1950
02243910	*Remeron*	Merck	30	38,86	1,2953
02248543	*Remeron RD*	Merck	30	24,43	0,8143
02265265	*Riva-Mirtazapine*	Riva	30	5,85	0,1950
			100	19,50	0,1950
02250608	*Sandoz Mirtazapine*	Sandoz	100	19,50	0,1950
Co. Diss. Orale ou Co.				45 mg **PPB**	
02286637	*Apo-Mirtazapine*	Apotex	30	8,78	0,2927
02411717	*Auro-Mirtazapine*	Aurobindo	30	8,78	0,2927
			100	81,90	0,8190
02299836	*Auro-Mirtazapine OD*	Aurobindo	30	8,78	0,2927
02256126	*Mylan-Mirtazapine*	Mylan	100	81,90	0,8190
02279916	*Novo-Mirtazapine OD*	Novopharm	30	8,78	0,2927
02248544	*Remeron RD*	Merck	30	36,66	1,2220

MOCLOBÉMIDE P

Co.				100 mg **PPB**	
02232148	*Apo-Moclobemide*	Apotex	100	25,20	0,2520
02239746	*Novo-Moclobémide*	Novopharm	100	25,20	0,2520
Co.				150 mg **PPB**	
00899356	*Manerix*	Meda Val	60	13,25	0,2208
02239747	*Novo-Moclobémide*	Novopharm	100	15,15	0,1515
Co.				300 mg **PPB**	
02166747	*Manerix*	Meda Val	60	26,01	0,4335
02239748	*Novo-Moclobémide*	Novopharm	100	29,74	0,2974

NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE) P

Caps.				10 mg	
* 00015229	*Aventyl*	AA Pharma	100	20,00	0,1019

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.					25 mg	
*	00015237	*Aventyl*	AA Pharma	100	40,43	0,2058

PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.					10 mg **PPB**	
*	02262746	*ACT Paroxetine*	ActavisPhm	100	56,12	0,5612
	02240907	*Apo-Paroxétine*	Apotex	100	56,12	0,5612
	02383276	*Auro-Paroxetine*	Aurobindo	100	56,12	0,5612
	02368862	*Jamp-Paroxetine*	Jamp	30	16,84	0,5612
				100	56,12	0,5612
	02411946	*Mar-Paroxetine*	Marcan	30	16,84	0,5612
				100	56,12	0,5612
	02421372	*Mint-Paroxetine*	Mint	100	56,12	0,5612
	02248012	*Mylan-Paroxetine*	Mylan	100	56,12	0,5612
	02282844	*Paroxetine*	Sanis	100	56,12	0,5612
	02388227	*Paroxetine*	Sivem	30	16,84	0,5612
				100	56,12	0,5612
	02248913	*Paroxétine-10*	Pro Doc	100	56,12	0,5612
	02027887	*Paxil*	GSK	30	47,25	1,5750
	02247750	*pms-Paroxetine*	Phmscience	30	16,84	0,5612
				100	56,12	0,5612
	02247810	*ratio-Paroxétine*	Ratiopharm	30	16,84	0,5612
	02248559	*Riva-Paroxétine*	Riva	30	16,84	0,5612
				250	140,30	0,5612
*	02269422	*Sandoz Paroxetine*	Sandoz	100	56,12	R
	02431777	*Sandoz Paroxetine Tablets*	Sandoz	100	56,12	0,5612
	02248556	*Teva-Paroxetine*	Teva Can	30	16,84	0,5612
				100	56,12	0,5612

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg **PPB**	
* 02262754	*ACT Paroxetine*	ActavisPhm	30	13,54	0,4513
			500	225,65	0,4513
02240908	*Apo-Paroxétine*	Apotex	30	13,54	0,4513
			500	225,65	0,4513
02383284	*Auro-Paroxetine*	Aurobindo	100	45,13	0,4513
			500	225,65	0,4513
02368870	*Jamp-Paroxetine*	Jamp	30	13,54	0,4513
			500	225,65	0,4513
02411954	*Mar-Paroxetine*	Marcan	100	45,13	0,4513
			500	225,65	0,4513
02421380	*Mint-Paroxetine*	Mint	100	45,13	0,4513
02248013	*Mylan-Paroxetine*	Mylan	100	45,13	0,4513
			500	225,65	0,4513
02282852	*Paroxetine*	Sanis	100	45,13	0,4513
			500	225,65	0,4513
02388235	*Paroxetine*	Sivem	30	13,54	0,4513
			500	225,65	0,4513
02248914	*Paroxétine-20*	Pro Doc	30	13,54	0,4513
			500	225,65	0,4513
01940481	*Paxil*	GSK	100	168,07	1,6807
02247751	*pms-Paroxetine*	Phmscience	30	13,54	0,4513
			500	225,65	0,4513
02247811	*ratio-Paroxétine*	Ratiopharm	100	45,13	0,4513
			500	225,65	0,4513
02248560	*Riva-Paroxétine*	Riva	100	45,13	0,4513
			500	225,65	0,4513
02269430	*Sandoz Paroxetine*	Sandoz	100	45,13	0,4513
02431785	*Sandoz Paroxetine Tablets*	Sandoz	100	45,13	0,4513
02248557	*Teva-Paroxetine*	Teva Can	30	13,54	0,4513
			500	225,65	0,4513

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					30 mg **PPB**	
*	02262762	*ACT Paroxetine*	ActavisPhm	100	47,96	0,4796
	02240909	*Apo-Paroxétine*	Apotex	100	47,96	0,4796
	02383292	*Auro-Paroxetine*	Aurobindo	100	47,96	0,4796
	02368889	*Jamp-Paroxetine*	Jamp	30	14,39	0,4796
				100	47,96	0,4796
	02411962	*Mar-Paroxetine*	Marcan	30	14,39	0,4796
				100	47,96	0,4796
	02421399	*Mint-Paroxetine*	Mint	100	47,96	0,4796
	02248014	*Mylan-Paroxetine*	Mylan	100	47,96	0,4796
	02282860	*Paroxetine*	Sanis	100	47,96	0,4796
	02388243	*Paroxetine*	Sivem	30	14,39	0,4796
				100	47,96	0,4796
	02248915	*Paroxétine-30*	Pro Doc	100	47,96	0,4796
	01940473	*Paxil*	GSK	30	53,59	1,7863
	02247752	*pms-Paroxetine*	Phmscience	30	14,39	0,4796
				100	47,96	0,4796
	02247812	*ratio-Paroxétine*	Ratiopharm	30	14,39	0,4796
	02248561	*Riva-Paroxétine*	Riva	30	14,39	0,4796
				250	119,90	0,4796
*	02269449	*Sandoz Paroxetine*	Sandoz	100	47,96	R
	02431793	*Sandoz Paroxetine Tablets*	Sandoz	100	47,96	0,4796
	02248558	*Teva-Paroxetine*	Teva Can	30	14,39	0,4796
				100	47,96	0,4796
Co.					40 mg	
	02293749	*pms-Paroxetine*	Phmscience	100	165,30	1,6530

PHÉNELZINE (SULFATE DE) F

Co.					15 mg	
	00476552	*Nardil*	Erfa	60	20,74	0,3457

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SERTRALINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Caps.

25 mg **PPB**

	02287390	*ACT Sertraline*	ActavisPhm	100	20,04	0,2004
	02238280	*Apo-Sertraline*	Apotex	100	20,04	0,2004
	02390906	*Auro-Sertraline*	Aurobindo	100	20,04	0,2004
	02273683	*GD-Sertraline*	GenMed	100	20,04	0,2004
	02357143	*Jamp-Sertraline*	Jamp	100	20,04	0,2004
	02399415	*Mar-Sertraline*	Marcan	100	20,04	0,2004
	02402378	*Mint-Sertraline*	Mint	100	20,04	0,2004
	02242519	*Mylan-Sertraline*	Mylan	100	20,04	0,2004
	02240485	*Novo-Sertraline*	Novopharm	100	20,04	0,2004
	02245824	*phl-Sertraline*	Pharmel	100	20,04	0,2004
	02244838	*pms-Sertraline*	Phmscience	100	20,04	0,2004
	02374552	*Ran-Sertraline*	Ranbaxy	100	20,04	0,2004
	02248496	*Riva-Sertraline*	Riva	100	20,04	0,2004
				250	60,00	0,2400
	02245159	*Sandoz Sertraline*	Sandoz	100	20,04	0,2004
	02353520	*Sertraline*	Sanis	100	20,04	0,2004
	02386070	*Sertraline*	Sivem	100	20,04	0,2004
	02241302	*Sertraline-25*	Pro Doc	100	20,04	0,2004
+	02427761	*VAN-Sertraline*	Vanc Phm	100	20,04	0,2004
	02132702	*Zoloft*	Pfizer	100	83,18	0,8318

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				50 mg **PPB**	
02287404	*ACT Sertraline*	ActavisPhm	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
02238281	*Apo-Sertraline*	Apotex	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
02390914	*Auro-Sertraline*	Aurobindo	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
02273691	*GD-Sertraline*	GenMed	250	100,00	0,4000
02357151	*Jamp-Sertraline*	Jamp	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
02399423	*Mar-Sertraline*	Marcan	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
02402394	*Mint-Sertraline*	Mint	100	40,00	0,4000
02242520	*Mylan-Sertraline*	Mylan	100	40,00	0,4000
			500	200,00	0,4000
02240484	*Novo-Sertraline*	Novopharm	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
02245825	*phl-Sertraline*	Pharmel	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
02244839	*pms-Sertraline*	Phmscience	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
02374560	*Ran-Sertraline*	Ranbaxy	100	40,00	0,4000
02248497	*Riva-Sertraline*	Riva	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
02245160	*Sandoz Sertraline*	Sandoz	100	40,00	0,4000
02353539	*Sertraline*	Sanis	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
02386089	*Sertraline*	Sivem	100	40,00	0,4000
02241303	*Sertraline-50*	Pro Doc	100	40,00	0,4000
			250	100,00	0,4000
+ 02427788	*VAN-Sertraline*	Vanc Phm	100	40,00	0,4000
01962817	*Zoloft*	Pfizer	100	166,34	1,6634
			250	415,86	1,6634

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				100 mg **PPB**	
02287412	*ACT Sertraline*	ActavisPhm	100	42,00	0,4200
			250	105,00	0,4200
02238282	*Apo-Sertraline*	Apotex	100	42,00	0,4200
			250	105,00	0,4200
02390922	*Auro-Sertraline*	Aurobindo	100	42,00	0,4200
			250	105,00	0,4200
02273705	*GD-Sertraline*	GenMed	100	42,00	0,4200
02357178	*Jamp-Sertraline*	Jamp	100	42,00	0,4200
			250	105,00	0,4200
02399431	*Mar-Sertraline*	Marcan	100	42,00	0,4200
			250	105,00	0,4200
02402408	*Mint-Sertraline*	Mint	100	42,00	0,4200
02242521	*Mylan-Sertraline*	Mylan	100	42,00	0,4200
02245826	*phl-Sertraline*	Pharmel	100	42,00	0,4200
			250	105,00	0,4200
02244840	*pms-Sertraline*	Phmscience	100	42,00	0,4200
			250	105,00	0,4200
02374579	*Ran-Sertraline*	Ranbaxy	100	42,00	0,4200
02248498	*Riva-Sertraline*	Riva	100	42,00	0,4200
			250	105,00	0,4200
02245161	*Sandoz Sertraline*	Sandoz	100	42,00	0,4200
02353547	*Sertraline*	Sanis	100	42,00	0,4200
			250	105,00	0,4200
02386097	*Sertraline*	Sivem	100	42,00	0,4200
02241304	*Sertraline-100*	Pro Doc	100	42,00	0,4200
			250	105,00	0,4200
02240481	*Teva-Sertraline*	Teva Can	100	42,00	0,4200
+ 02427796	*VAN-Sertraline*	Vanc Phm	100	42,00	0,4200
01962779	*Zoloft*	Pfizer	100	174,66	1,7466

TRANYLCYPROMINE (SULFATE DE) P

Co.				10 mg	
01919598	*Parnate*	GSK	100	36,05	0,3605

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE) P

Co.					50 mg **PPB**		
	02147637	*Apo-Trazodone*	Apotex	100	5,54	➡	0,0554
				250	13,84	➡	0,0554
	02231683	*Mylan-Trazodone*	Mylan	100	5,54	➡	0,0554
				250	13,84	➡	0,0554
*	02345943	*NTP-Trazodone*	Teva Can	100	5,54		**R**
				500	27,68		**R**
	02236941	*phl-Trazodone*	Pharmel	100	5,54	➡	0,0554
				500	27,68	➡	0,0554
	01937227	*pms-Trazodone*	Phmscience	100	5,54	➡	0,0554
				500	27,68	➡	0,0554
	02144263	*Teva-Trazodone*	Teva Can	100	5,54	➡	0,0554
				500	27,68	➡	0,0554
	02348772	*Trazodone*	Sanis	100	5,54	➡	0,0554
				500	27,68	➡	0,0554
	02164353	*Trazodone-50*	Pro Doc	100	5,54	➡	0,0554
				250	13,84	➡	0,0554

Co.					75 mg		
	02237339	*pms-Trazodone*	Phmscience	100	33,66		0,3366

Co.					100 mg **PPB**		
	02147645	*Apo-Trazodone*	Apotex	100	9,89	➡	0,0989
				500	49,45	➡	0,0989
	02231684	*Mylan-Trazodone*	Mylan	100	9,89	➡	0,0989
*	02345951	*NTP-Trazodone*	Teva Can	100	9,89		**R**
	02236942	*phl-Trazodone*	Pharmel	100	9,89	➡	0,0989
				500	49,45	➡	0,0989
	01937235	*pms-Trazodone*	Phmscience	100	9,89	➡	0,0989
				500	49,45	➡	0,0989
	02144271	*Teva-Trazodone*	Teva Can	100	9,89	➡	0,0989
				500	49,45	➡	0,0989
	02348780	*Trazodone*	Sanis	100	9,89	➡	0,0989
	02164361	*Trazodone-100*	Pro Doc	100	9,89	➡	0,0989
				500	49,45	➡	0,0989

Co.					150 mg **PPB**		
	02147653	*Apo-Trazodone D*	Apotex	100	14,53	➡	0,1453
*	02345978	*NTP-Trazodone*	Teva Can	100	14,53		**R**
	02144298	*Teva-Trazodone*	Teva Can	100	14,53	➡	0,1453
	02348799	*Trazodone*	Sanis	100	14,53	➡	0,1453
	02164388	*Trazodone-150 D*	Pro Doc	100	14,53	➡	0,1453

TRIMIPRAMINE P

Caps.					75 mg		
	02070987	*Trimipramine*	AA Pharma	100	73,14	⬆	0,5381

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				12,5 mg	
00740799	*Apo-Trimip*	AA Pharma	100	21,56	0,0850

VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps. L.A.				37,5 mg **PPB**		
*	02304317	*ACT Venlafaxine XR*	ActavisPhm	100	16,43	0,1643
				500	82,15	0,1643
	02331683	*Apo-Venlafaxine XR*	Apotex	100	16,43	0,1643
				500	82,15	0,1643
	02237279	*Effexor XR*	Pfizer	15	12,59	0,8393
				90	75,51	0,8390
	02360020	*GD-Venlafaxine XR*	GenMed	90	14,79	0,1643
	02310279	*Mylan-Venlafaxine XR*	Mylan	100	16,43	0,1643
				500	82,15	0,1643
	02278545	*pms-Venlafaxine XR*	Phmscience	100	16,43	0,1643
				500	82,15	0,1643
	02380072	*Ran-Venlafaxine XR*	Ranbaxy	100	16,43	0,1643
				500	82,15	0,1643
	02273969	*ratio-Venlafaxine XR*	Ratiopharm	100	16,43	0,1643
				500	82,15	0,1643
	02307774	*Riva-Venlafaxine XR*	Riva	100	16,43	0,1643
				500	82,15	0,1643
	02310317	*Sandoz Venlafaxine XR*	Sandoz	100	16,43	0,1643
	02275023	*Teva-Venlafaxine XR*	Teva Can	100	16,43	0,1643
	02339242	*Venlafaxine XR*	Pro Doc	100	16,43	0,1643
				500	82,15	0,1643
	02354713	*Venlafaxine XR*	Sanis	100	16,43	0,1643
	02385929	*Venlafaxine XR*	Sivem	100	16,43	0,1643

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.				75 mg **PPB**	
* 02304325	*ACT Venlafaxine XR*	ActavisPhm	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285
02331691	*Apo-Venlafaxine XR*	Apotex	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285
02237280	*Effexor XR*	Pfizer	15	25,18	1,6787
			90	151,01	1,6779
02360039	*GD-Venlafaxine XR*	GenMed	90	29,57	0,3285
02310287	*Mylan-Venlafaxine XR*	Mylan	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285
02278553	*pms-Venlafaxine XR*	Phmscience	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285
02380080	*Ran-Venlafaxine XR*	Ranbaxy	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285
02273977	*ratio-Venlafaxine XR*	Ratiopharm	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285
02307782	*Riva-Venlafaxine XR*	Riva	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285
02310325	*Sandoz Venlafaxine XR*	Sandoz	100	32,85	0,3285
			250	82,12	0,3285
02275031	*Teva-Venlafaxine XR*	Teva Can	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285
02339250	*Venlafaxine XR*	Pro Doc	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285
02354721	*Venlafaxine XR*	Sanis	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285
02385937	*Venlafaxine XR*	Sivem	100	32,85	0,3285
			500	164,24	0,3285

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.				150 mg **PPB**	
* 02304333	*ACT Venlafaxine XR*	ActavisPhm	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469
02331705	*Apo-Venlafaxine XR*	Apotex	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469
02237282	*Effexor XR*	Pfizer	15	26,62	1,7747
			90	159,72	1,7747
02360047	*GD-Venlafaxine XR*	GenMed	90	31,22	0,3469
02310295	*Mylan-Venlafaxine XR*	Mylan	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469
02278561	*pms-Venlafaxine XR*	Phmscience	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469
02380099	*Ran-Venlafaxine XR*	Ranbaxy	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469
02273985	*ratio-Venlafaxine XR*	Ratiopharm	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469
02307790	*Riva-Venlafaxine XR*	Riva	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469
02310333	*Sandoz Venlafaxine XR*	Sandoz	100	34,69	0,3469
			250	86,72	0,3469
02275058	*Teva-Venlafaxine XR*	Teva Can	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469
02339269	*Venlafaxine XR*	Pro Doc	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469
02354748	*Venlafaxine XR*	Sanis	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469
02385945	*Venlafaxine XR*	Sivem	100	34,69	0,3469
			500	173,44	0,3469

28:16.08
ANTIPSYCHOTIQUES
ARIPIPRAZOLE P

Co.				2 mg	
02322374	*Abilify*	B.M.S.	30	87,42	2,9140
Co.				5 mg	
02322382	*Abilify*	B.M.S.	30	98,40	3,2800
Co.				10 mg	
02322390	*Abilify*	B.M.S.	30	113,40	3,7800
Co.				15 mg	
02322404	*Abilify*	B.M.S.	30	113,40	3,7800
Co.				20 mg	
02322412	*Abilify*	B.M.S.	30	113,40	3,7800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				30 mg	
02322455	*Abilify*	B.M.S.	30	113,40	3,7800

CHLORPROMAZINE (CHLORHYDRATE DE) [F]

Co.				25 mg	
00232823	*Novo-Chlorpromazine*	Novopharm	100	13,65	0,1365
			500	68,25	0,1365
Co.				50 mg	
00232807	*Novo-Chlorpromazine*	Novopharm	100	15,65	0,1565
			500	78,25	0,1565
Co.				100 mg	
00232831	*Novo-Chlorpromazine*	Novopharm	100	32,00	0,3200
			500	160,00	0,3200

CLOZAPINE [F]

Co.				25 mg **PPB**	
02248034	*Apo-Clozapine*	Apotex	100	65,94 ➧	0,6594
00894737	*Clozaril*	Novartis	100	94,20	0,9420
02247243	*Gen-Clozapine*	Mylan	100	65,94 ➧	0,6594
Co.				50 mg	
02305003	*Gen-Clozapine*	Mylan	100	131,88	1,3188
Co.				100 mg **PPB**	
02248035	*Apo-Clozapine*	Apotex	100	264,46 ➧	2,6446
00894745	*Clozaril*	Novartis	100	377,80	3,7780
02247244	*Gen-Clozapine*	Mylan	100	264,46 ➧	2,6446
Co.				200 mg	
02305011	*Gen-Clozapine*	Mylan	100	528,92	5,2892

FLUPENTIXOL (DÉCANOATE DE) [F]

Sol. Inj. I.M.				20 mg/mL	
02156032	*Fluanxol Dépot 2%*	Lundbeck	1 ml	7,18	
Sol. Inj. I.M.				100 mg/mL	
02156040	*Fluanxol Dépot 10%*	Lundbeck	1 ml	35,93	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
FLUPENTIXOL (DICHLORHYDRATE DE) P					
Co.				0,5 mg	
02156008	*Fluanxol*	Lundbeck	100	24,83	0,2483
Co.				3 mg	
02156016	*Fluanxol*	Lundbeck	100	53,62	0,5362
FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE) P					
Co.				1 mg	
00405345	*Apo-Fluphénazine*	AA Pharma	100	17,39	0,1739
Co.				2 mg	
00410632	*Apo-Fluphénazine*	AA Pharma	100	22,52	0,2113
Co.				5 mg **PPB**	
00405361	*Apo-Fluphénazine*	AA Pharma	100	17,20	0,1720
00726354	*pms-Fluphénazine*	Phmscience	100	17,20	0,1720
FLUPHÉNAZINE (DÉCANOATE DE) P					
Sol. Inj. I.M.				25 mg/mL	
02239636	*Fluphenazine Omega*	Oméga	5 ml	23,16	
Sol. Inj. I.M.				100 mg/mL **PPB**	
02242570	*Fluphenazine Omega*	Oméga	1 ml	29,78	
00755575	*Modecate Concentré*	B.M.S.	1 ml	29,78	
HALOPÉRIDOL P					
Co.				0,5 mg	
00363685	*Novo-Péridol*	Novopharm	100	3,60	0,0360
Co.				1 mg	
00363677	*Novo-Péridol*	Novopharm	100	6,14	0,0614
Co.				2 mg	
00363669	*Novo-Péridol*	Novopharm	100	10,50	0,1050
Co.				5 mg	
00363650	*Novo-Péridol*	Novopharm	100	14,87	0,1487
			500	74,35	0,1487

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg	
00713449	*Novo-Péridol*	Novopharm	100	13,30	0,1330
Co.				20 mg	
00768820	*Novo-Péridol*	Novopharm	100	63,04	0,6304
Sol. Inj. I.M.				5 mg/mL **PPB**	
00808652	*Halopéridol*	Sandoz	1 ml	➧ 3,96	
02406411	*Haloperidol Injection, USP*	PPC	1 ml	➧ 3,96	

HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D') Ⓟ

Sol. Inj. I.M.				50 mg/mL	
02239639	*Haloperidol-LA Omega*	Oméga	5 ml	28,03	
Sol. Inj. I.M.				100 mg/mL **PPB**	
02130300	*Halopéridol LA*	Sandoz	1 ml	➧ 11,08	
			5 ml	➧ 55,40	
02239640	*Haloperidol-LA Omega*	Oméga	1 ml	➧ 11,08	
			5 ml	➧ 55,40	

LOXAPINE (SUCCINATE DE) Ⓟ

Co.				2,5 mg	
02242868	*Xylac*	Pendopharm	100	8,06	0,0806
Co.				5 mg	
02230837	*Xylac*	Pendopharm	100	15,00	0,1500
Co.				10 mg	
02230838	*Xylac*	Pendopharm	100	24,98	0,2498
Co.				25 mg	
02230839	*Xylac*	Pendopharm	100	38,72	0,3872
Co.				50 mg	
02230840	*Xylac*	Pendopharm	100	51,62	0,5162

MÉTHOTRIMÉPRAZINE Ⓟ

Co.				2 mg	
02238403	*Méthoprazine*	AA Pharma	100	6,85 ➧	0,0523

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.					25 mg/mL		
	01927698	*Nozinan*	SanofiAven	1 ml	3,25		

OLANZAPINE P

Co.					2,5 mg **PPB**		
*	02325659	*ACT Olanzapine*	ActavisPhm	100	31,89	➧	0,3189
	02281791	*Apo-Olanzapine*	Apotex	100	31,89	➧	0,3189
				500	159,45	➧	0,3189
+	02417243	*Jamp-Olanzapine FC*	Jamp	100	31,89	➧	0,3189
	02421232	*Mar-Olanzapine*	Marcan	100	31,89	➧	0,3189
	02337878	*Mylan-Olanzapine*	Mylan	100	31,89	➧	0,3189
	02311968	*Olanzapine*	Pro Doc	100	31,89	➧	0,3189
	02372819	*Olanzapine*	Sanis	100	31,89	➧	0,3189
	02385864	*Olanzapine*	Sivem	100	31,89	➧	0,3189
	02303116	*pms-Olanzapine*	Phmscience	100	31,89	➧	0,3189
	02403064	*Ran-Olanzapine*	Ranbaxy	100	31,89	➧	0,3189
	02337126	*Riva-Olanzapine*	Riva	100	31,89	➧	0,3189
				500	159,45	➧	0,3189
	02310341	*Sandoz Olanzapine*	Sandoz	100	31,89	➧	0,3189
	02276712	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	31,89	➧	0,3189
	02229250	*Zyprexa*	Lilly	28	49,03		1,7511
				100	175,10		1,7510

Co.					7,5 mg **PPB**		
*	02325675	*ACT Olanzapine*	ActavisPhm	100	95,68	➧	0,9568
	02281813	*Apo-Olanzapine*	Apotex	100	95,68	➧	0,9568
+	02417278	*Jamp-Olanzapine FC*	Jamp	100	95,68	➧	0,9568
	02421259	*Mar-Olanzapine*	Marcan	100	95,68	➧	0,9568
	02337894	*Mylan-Olanzapine*	Mylan	100	95,68	➧	0,9568
	02311984	*Olanzapine*	Pro Doc	100	95,68	➧	0,9568
	02372835	*Olanzapine*	Sanis	100	95,68	➧	0,9568
	02385880	*Olanzapine*	Sivem	100	95,68	➧	0,9568
	02303167	*pms-Olanzapine*	Phmscience	100	95,68	➧	0,9568
	02403080	*Ran-Olanzapine*	Ranbaxy	100	95,68	➧	0,9568
	02337142	*Riva-Olanzapine*	Riva	100	95,68	➧	0,9568
				500	478,40	➧	0,9568
	02310376	*Sandoz Olanzapine*	Sandoz	100	95,68	➧	0,9568
	02276739	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	95,68	➧	0,9568
	02229277	*Zyprexa*	Lilly	28	147,09		5,2532
				100	525,31		5,2531

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.					5 mg **PPB**		
*	02325667	*ACT Olanzapine*	ActavisPhm	100	63,79	➧	0,6379
	02281805	*Apo-Olanzapine*	Apotex	100	63,79	➧	0,6379
				500	318,95	➧	0,6379
	02360616	*Apo-Olanzapine ODT*	Apotex	30	19,14	➧	0,6379
	02327562	*Co Olanzapine ODT*	Cobalt	30	19,14	➧	0,6379
+	02417251	*Jamp-Olanzapine FC*	Jamp	100	63,79	➧	0,6379
	02406624	*Jamp-Olanzapine ODT*	Jamp	30	19,14	➧	0,6379
	02421240	*Mar-Olanzapine*	Marcan	100	63,79	➧	0,6379
	02389088	*Mar-Olanzapine ODT*	Marcan	30	19,14	➧	0,6379
	02436965	*Mint-Olanzapine ODT*	Mint	30	19,14	➧	0,6379
	02337886	*Mylan-Olanzapine*	Mylan	100	63,79	➧	0,6379
	02382709	*Mylan-Olanzapine ODT*	Mylan	30	19,14	➧	0,6379
	02321343	*Novo-Olanzapine OD*	Novopharm	30	19,14	➧	0,6379
	02311976	*Olanzapine*	Pro Doc	100	63,79	➧	0,6379
	02372827	*Olanzapine*	Sanis	100	63,79	➧	0,6379
	02385872	*Olanzapine*	Sivem	100	63,79	➧	0,6379
	02338645	*Olanzapine ODT*	Pro Doc	30	19,14	➧	0,6379
	02352974	*Olanzapine ODT*	Sanis	30	19,14	➧	0,6379
	02343665	*Olanzapine ODT*	Sivem	30	19,14	➧	0,6379
	02303159	*pms-Olanzapine*	Phmscience	100	63,79	➧	0,6379
	02303191	*pms-Olanzapine ODT*	Phmscience	30	19,14	➧	0,6379
	02403072	*Ran-Olanzapine*	Ranbaxy	100	63,79	➧	0,6379
	02414090	*Ran-Olanzapine ODT*	Ranbaxy	28	17,86	➧	0,6379
	02337134	*Riva-Olanzapine*	Riva	100	63,79	➧	0,6379
				500	318,95	➧	0,6379
	02339811	*Riva-Olanzapine ODT*	Riva	30	19,14	➧	0,6379
	02310368	*Sandoz Olanzapine*	Sandoz	100	63,79	➧	0,6379
	02327775	*Sandoz Olanzapine ODT*	Sandoz	30	19,14	➧	0,6379
	02276720	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	63,79	➧	0,6379
	02229269	*Zyprexa*	Lilly	28	98,06		3,5021
				100	350,20		3,5020
	02243086	*Zyprexa Zydis*	Lilly	28	100,09		3,5746

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.					10 mg **PPB**		
*	02325683	*ACT Olanzapine*	ActavisPhm	100	127,57	➧	1,2757
	02281821	*Apo-Olanzapine*	Apotex	100	127,57	➧	1,2757
				500	637,90	➧	1,2758
	02360624	*Apo-Olanzapine ODT*	Apotex	30	38,27	➧	1,2757
	02327570	*Co Olanzapine ODT*	Cobalt	30	38,27	➧	1,2757
+	02417286	*Jamp-Olanzapine FC*	Jamp	100	127,57	➧	1,2757
	02406632	*Jamp-Olanzapine ODT*	Jamp	30	38,27	➧	1,2757
	02421267	*Mar-Olanzapine*	Marcan	100	127,57	➧	1,2757
	02389096	*Mar-Olanzapine ODT*	Marcan	30	38,27	➧	1,2757
	02436973	*Mint-Olanzapine ODT*	Mint	30	38,27	➧	1,2757
	02337908	*Mylan-Olanzapine*	Mylan	100	127,57	➧	1,2757
	02382717	*Mylan-Olanzapine ODT*	Mylan	30	38,27	➧	1,2757
	02321351	*Novo-Olanzapine OD*	Novopharm	30	38,27	➧	1,2757
	02311992	*Olanzapine*	Pro Doc	100	127,57	➧	1,2757
	02372843	*Olanzapine*	Sanis	100	127,57	➧	1,2757
	02385899	*Olanzapine*	Sivem	100	127,57	➧	1,2757
	02338653	*Olanzapine ODT*	Pro Doc	30	38,27	➧	1,2757
	02352982	*Olanzapine ODT*	Sanis	30	38,27	➧	1,2757
	02343673	*Olanzapine ODT*	Sivem	30	38,27	➧	1,2757
	02303175	*pms-Olanzapine*	Phmscience	100	127,57	➧	1,2757
	02303205	*pms-Olanzapine ODT*	Phmscience	30	38,27	➧	1,2757
	02403099	*Ran-Olanzapine*	Ranbaxy	100	127,57	➧	1,2757
	02414104	*Ran-Olanzapine ODT*	Ranbaxy	28	35,72	➧	1,2757
	02337150	*Riva-Olanzapine*	Riva	100	127,57	➧	1,2757
				500	637,90	➧	1,2758
	02339838	*Riva-Olanzapine ODT*	Riva	30	38,27	➧	1,2757
	02310384	*Sandoz Olanzapine*	Sandoz	100	127,57	➧	1,2757
	02327783	*Sandoz Olanzapine ODT*	Sandoz	30	38,27	➧	1,2757
	02276747	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	127,57	➧	1,2757
				500	637,90	➧	1,2758
	02229285	*Zyprexa*	Lilly	28	196,12		7,0043
				100	700,42		7,0042
	02243087	*Zyprexa Zydis*	Lilly	28	200,00		7,1429

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.					15 mg **PPB**		
*	02325691	*ACT Olanzapine*	ActavisPhm	100	191,36	➧	1,9136
	02281848	*Apo-Olanzapine*	Apotex	100	191,36	➧	1,9136
	02360632	*Apo-Olanzapine ODT*	Apotex	30	57,41	➧	1,9136
	02327589	*Co Olanzapine ODT*	Cobalt	30	57,41	➧	1,9136
+	02417294	*Jamp-Olanzapine FC*	Jamp	100	191,36	➧	1,9136
	02406640	*Jamp-Olanzapine ODT*	Jamp	30	57,41	➧	1,9136
	02421275	*Mar-Olanzapine*	Marcan	100	191,36	➧	1,9136
	02389118	*Mar-Olanzapine ODT*	Marcan	30	57,41	➧	1,9136
	02436981	*Mint-Olanzapine ODT*	Mint	30	57,41	➧	1,9136
	02337916	*Mylan-Olanzapine*	Mylan	100	191,36	➧	1,9136
	02382725	*Mylan-Olanzapine ODT*	Mylan	30	57,41	➧	1,9136
	02321378	*Novo-Olanzapine OD*	Novopharm	30	57,41	➧	1,9136
	02312018	*Olanzapine*	Pro Doc	100	191,36	➧	1,9136
	02372851	*Olanzapine*	Sanis	100	191,36	➧	1,9136
	02385902	*Olanzapine*	Sivem	100	191,36	➧	1,9136
	02338661	*Olanzapine ODT*	Pro Doc	30	57,41	➧	1,9136
	02352990	*Olanzapine ODT*	Sanis	30	57,41	➧	1,9136
	02343681	*Olanzapine ODT*	Sivem	30	57,41	➧	1,9136
	02303183	*pms-Olanzapine*	Phmscience	100	191,36	➧	1,9136
	02303213	*pms-Olanzapine ODT*	Phmscience	30	57,41	➧	1,9136
	02403102	*Ran-Olanzapine*	Ranbaxy	100	191,36	➧	1,9136
	02414112	*Ran-Olanzapine ODT*	Ranbaxy	28	53,58	➧	1,9136
	02337169	*Riva-Olanzapine*	Riva	100	191,36	➧	1,9136
				500	956,80	➧	1,9136
	02339846	*Riva-Olanzapine ODT*	Riva	30	57,41	➧	1,9136
	02310392	*Sandoz Olanzapine*	Sandoz	100	191,36	➧	1,9136
	02327791	*Sandoz Olanzapine ODT*	Sandoz	30	57,41	➧	1,9136
	02276755	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	191,36	➧	1,9136
	02238850	*Zyprexa*	Lilly	28	294,17		10,5061
				100	1050,62		10,5062
	02243088	*Zyprexa Zydis*	Lilly	28	299,91		10,7111

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.					20 mg **PPB**		
*	02325713	*ACT Olanzapine*	ActavisPhm	100	254,46	➧	2,5446
	02333015	*Apo-Olanzapine*	Apotex	100	254,46	➧	2,5446
	02360640	*Apo-Olanzapine ODT*	Apotex	30	76,34	➧	2,5446
	02327597	*Co Olanzapine ODT*	Cobalt	30	76,34	➧	2,5446
+	02417308	*Jamp-Olanzapine FC*	Jamp	100	254,46	➧	2,5446
	02406659	*Jamp-Olanzapine ODT*	Jamp	30	76,34	➧	2,5446
	02389126	*Mar-Olanzapine ODT*	Marcan	30	76,34	➧	2,5446
	02437007	*Mint-Olanzapine ODT*	Mint	30	76,34	➧	2,5446
	02382733	*Mylan-Olanzapine ODT*	Mylan	30	76,34	➧	2,5446
	02321386	*Novo-Olanzapine OD*	Novopharm	30	76,34	➧	2,5446
	02421704	*Olanzapine*	Pro Doc	100	254,46	➧	2,5446
	02425114	*Olanzapine ODT*	Pro Doc	30	76,34	➧	2,5446
	02343703	*Olanzapine ODT*	Sivem	30	76,34	➧	2,5446
	02367483	*pms-Olanzapine*	Phmscience	100	254,46	➧	2,5446
	02423944	*pms-Olanzapine ODT*	Phmscience	30	76,34	➧	2,5446
	02414120	*Ran-Olanzapine ODT*	Ranbaxy	28	71,25	➧	2,5446
	02392399	*Riva-Olanzapine ODT*	Riva	30	76,34	➧	2,5446
	02327805	*Sandoz Olanzapine ODT*	Sandoz	30	76,34	➧	2,5446
	02359707	*Teva-Olanzapine*	Teva Can	100	254,46	➧	2,5446
	02238851	*Zyprexa*	Lilly	28	392,23		14,0082
				100	1400,82	➧	14,0082
	02243089	*Zyprexa Zydis*	Lilly	28	395,84		14,1371

PÉRICYAZINE P

Caps.				5 mg	
01926780	*Neuleptil*	Erfa	100	17,63	0,1763
Caps.				10 mg	
01926772	*Neuleptil*	Erfa	100	27,14	0,2714
Caps.				20 mg	
01926764	*Neuleptil*	Erfa	100	42,84	0,4284
Sol. Orale				10 mg/mL	
01926756	*Neuleptil*	Erfa	100 ml	29,85	0,2985

PERPHÉNAZINE P

Co.				2 mg	
00335134	*Perphénazine*	AA Pharma	100	6,26	0,0626
Co.				4 mg	
00335126	*Perphénazine*	AA Pharma	100	7,58	0,0758

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				8 mg	
00335118	*Perphénazine*	AA Pharma	100	8,32	0,0832
Co.				16 mg	
00335096	*Perphénazine*	AA Pharma	100	12,74	0,1274

PIMOZIDE Ⓟ

Co.				2 mg	
00313815	*Orap*	Pendopharm	100	22,79	0,2279
Co.				4 mg **PPB**	
02245433	*Apo-Pimozide*	AA Pharma	100	41,36 ➧	0,4136
00313823	*Orap*	Pendopharm	100	41,36 ➧	0,4136

PIPOTIAZINE (PALMITATE DE) Ⓟ

Sol. Inj. I.M.				25 mg/mL	
01926667	*Piportil L4 25*	SanofiAven	1 ml	13,39	
Sol. Inj. I.M.				50 mg/mL	
01926675	*Piportil L4 100*	SanofiAven	2 ml	43,15	
00894672	*Piportil L4 50*	SanofiAven	1 ml	22,70	

PROCHLORPÉRAZINE Ⓟ

Supp.				10 mg **PPB**	
00753688	*pms-Prochlorpérazine*	Phmscience	10	8,30 ➧	0,8300
00789720	*Sandoz Prochlorpérazine*	Sandoz	10	8,30 ➧	0,8300

PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE) Ⓟ

Co.				5 mg	
00886440	*Prochlorazine*	AA Pharma	100	16,59	0,1659
Co.				10 mg	
00886432	*Prochlorazine*	AA Pharma	100	20,25	0,2025

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

QUÉTIAPINE (FUMARATE DE) F

Co. 25 mg **PPB**

	02412977	*Abbott-Quetiapine*	Abbott	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
*	02316080	*ACT Quetiapine*	ActavisPhm	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02313901	*Apo-Quetiapine*	Apotex	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02390205	*Auro-Quetiapine*	Aurobindo	30	3,71	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02330415	*Jamp-Quetiapine*	Jamp	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02399822	*Mar-Quetiapine*	Marcan	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02307804	*Mylan-Quetiapine*	Mylan	100	12,35	0,1235
	02284235	*Novo-Quetiapine*	Novopharm	30	3,71	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02296551	*pms-Quetiapine*	Phmscience	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02317346	*Pro-Quetiapine*	Pro Doc	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02387794	*Quetiapine*	Accord	60	7,41	0,1235
	02353164	*Quetiapine*	Sanis	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02317893	*Quetiapine*	Sivem	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02397099	*Ran-Quetiapine*	Ranbaxy	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02316692	*Riva-Quetiapine*	Riva	100	12,35	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02313995	*Sandoz Quetiapine*	Sandoz	60	7,41	0,1235
				500	61,75	0,1235
	02236951	*Seroquel*	AZC	100	51,35	0,5135

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					100 mg **PPB**	
	02412985	*Abbott-Quetiapine*	Abbott	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
*	02316099	*ACT Quetiapine*	ActavisPhm	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02313928	*Apo-Quetiapine*	Apotex	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02390213	*Auro-Quetiapine*	Aurobindo	30	9,89	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02330423	*Jamp-Quetiapine*	Jamp	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02399830	*Mar-Quetiapine*	Marcan	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02307812	*Mylan-Quetiapine*	Mylan	100	32,95	0,3295
	02284243	*Novo-Quetiapine*	Novopharm	30	9,89	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02296578	*pms-Quetiapine*	Phmscience	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02317354	*Pro-Quetiapine*	Pro Doc	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02387808	*Quetiapine*	Accord	60	19,77	0,3295
	02353172	*Quetiapine*	Sanis	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02317907	*Quetiapine*	Sivem	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02397102	*Ran-Quetiapine*	Ranbaxy	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02316706	*Riva-Quetiapine*	Riva	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02314002	*Sandoz Quetiapine*	Sandoz	100	32,95	0,3295
				500	164,75	0,3295
	02236952	*Seroquel*	AZC	100	137,00	1,3700

Co.					150 mg **PPB**	
	02284251	*Novo-Quetiapine*	Novopharm	100	96,56	0,9656
*	02387816	*Quetiapine*	Accord	60	57,94	**R**

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					200 mg **PPB**		
	02412993	*Abbott-Quetiapine*	Abbott	100	66,17	➧	0,6617
*	02316110	*ACT Quetiapine*	ActavisPhm	100	66,17	➧	0,6617
				500	330,84	➧	0,6617
	02313936	*Apo-Quetiapine*	Apotex	100	66,17	➧	0,6617
				500	330,84	➧	0,6617
	02390248	*Auro-Quetiapine*	Aurobindo	30	19,85	➧	0,6617
				500	330,84	➧	0,6617
	02330458	*Jamp-Quetiapine*	Jamp	100	66,17	➧	0,6617
	02399849	*Mar-Quetiapine*	Marcan	100	66,17	➧	0,6617
				500	330,84	➧	0,6617
	02307839	*Mylan-Quetiapine*	Mylan	100	66,17	➧	0,6617
	02284278	*Novo-Quetiapine*	Novopharm	30	19,85	➧	0,6617
				100	66,17	➧	0,6617
	02296594	*pms-Quetiapine*	Phmscience	100	66,17	➧	0,6617
				500	330,84	➧	0,6617
	02317362	*Pro-Quetiapine*	Pro Doc	100	66,17	➧	0,6617
				500	330,84	➧	0,6617
	02387824	*Quetiapine*	Accord	60	39,70	➧	0,6617
	02353199	*Quetiapine*	Sanis	100	66,17	➧	0,6617
				500	330,84	➧	0,6617
	02317923	*Quetiapine*	Sivem	100	66,17	➧	0,6617
	02397110	*Ran-Quetiapine*	Ranbaxy	100	66,17	➧	0,6617
				500	330,84	➧	0,6617
	02316722	*Riva-Quetiapine*	Riva	100	66,17	➧	0,6617
				500	330,84	➧	0,6617
	02314010	*Sandoz Quetiapine*	Sandoz	100	66,17	➧	0,6617
	02236953	*Seroquel*	AZC	100	275,20		2,7520

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					300 mg	**PPB**	
	02413000	*Abbott-Quetiapine*	Abbott	100	96,56	➧	0,9656
*	02316129	*ACT Quetiapine*	ActavisPhm	100	96,56	➧	0,9656
				500	482,80	➧	0,9656
	02313944	*Apo-Quetiapine*	Apotex	100	96,56	➧	0,9656
				500	482,80	➧	0,9656
	02390256	*Auro-Quetiapine*	Aurobindo	30	28,97	➧	0,9656
				500	482,80	➧	0,9656
	02330466	*Jamp-Quetiapine*	Jamp	100	96,56	➧	0,9656
	02399857	*Mar-Quetiapine*	Marcan	100	96,56	➧	0,9656
				500	482,80	➧	0,9656
	02307847	*Mylan-Quetiapine*	Mylan	100	96,56	➧	0,9656
	02284286	*Novo-Quetiapine*	Novopharm	30	28,97	➧	0,9656
				100	96,56	➧	0,9656
	02296608	*pms-Quetiapine*	Phmscience	100	96,56	➧	0,9656
				500	482,80	➧	0,9656
	02317370	*Pro-Quetiapine*	Pro Doc	100	96,56	➧	0,9656
				500	482,80	➧	0,9656
	02387832	*Quetiapine*	Accord	60	57,94	➧	0,9656
	02353202	*Quetiapine*	Sanis	100	96,56	➧	0,9656
				500	482,80	➧	0,9656
	02317931	*Quetiapine*	Sivem	100	96,56	➧	0,9656
	02397129	*Ran-Quetiapine*	Ranbaxy	100	96,56	➧	0,9656
				500	482,80	➧	0,9656
	02316730	*Riva-Quetiapine*	Riva	100	96,56	➧	0,9656
				500	482,80	➧	0,9656
	02314029	*Sandoz Quetiapine*	Sandoz	100	96,56	➧	0,9656
	02244107	*Seroquel*	AZC	100	401,45		4,0145
Co. L.A.					50 mg	**PPB**	
	02417782	*Quetiapine XR*	Pro Doc	60	23,70	➧	0,3950
	02417359	*Quetiapine XR*	Sivem	60	23,70	➧	0,3950
	02407671	*Sandoz Quetiapine XRT*	Sandoz	60	23,70	➧	0,3950
	02300184	*Seroquel XR*	AZC	60	58,80		0,9800
	02395444	*Teva-Quetiapine XR*	Teva Can	60	23,70	➧	0,3950
Co. L.A.					150 mg	**PPB**	
	02417790	*Quetiapine XR*	Pro Doc	60	46,68	➧	0,7780
	02417367	*Quetiapine XR*	Sivem	60	46,68	➧	0,7780
	02407698	*Sandoz Quetiapine XRT*	Sandoz	60	46,68	➧	0,7780
	02321513	*Seroquel XR*	AZC	60	115,80		1,9300
	02395452	*Teva-Quetiapine XR*	Teva Can	60	46,68	➧	0,7780
Co. L.A.					200 mg	**PPB**	
	02417804	*Quetiapine XR*	Pro Doc	60	63,12	➧	1,0520
	02417375	*Quetiapine XR*	Sivem	60	63,12	➧	1,0520
	02407701	*Sandoz Quetiapine XRT*	Sandoz	60	63,12	➧	1,0520
	02300192	*Seroquel XR*	AZC	60	157,20		2,6200
	02395460	*Teva-Quetiapine XR*	Teva Can	60	63,12	➧	1,0520

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				300 mg **PPB**	
02417812	*Quetiapine XR*	Pro Doc	60	92,64	1,5440
02417383	*Quetiapine XR*	Sivem	60	92,64	1,5440
02407728	*Sandoz Quetiapine XRT*	Sandoz	60	92,64	1,5440
02300206	*Seroquel XR*	AZC	60	231,60	3,8600
02395479	*Teva-Quetiapine XR*	Teva Can	60	92,64	1,5440
Co. L.A.				400 mg **PPB**	
02417820	*Quetiapine XR*	Pro Doc	60	125,76	2,0960
02417391	*Quetiapine XR*	Sivem	60	125,76	2,0960
02407736	*Sandoz Quetiapine XRT*	Sandoz	60	125,76	2,0960
02300214	*Seroquel XR*	AZC	60	314,40	5,2400
02395487	*Teva-Quetiapine XR*	Teva Can	60	125,76	2,0960
RISPÉRIDONE F					
Co.				0,25 mg **PPB**	
02282585	*ACT Risperidone*	ActavisPhm	100	12,52	0,1252
02282119	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	12,52	0,1252
			500	62,60	0,1252
02359529	*Jamp-Risperidone*	Jamp	100	12,52	0,1252
			500	62,60	0,1252
02371766	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	12,52	0,1252
02359790	*Mint-Risperidon*	Mint	100	12,52	0,1252
02282240	*Mylan-Risperidone*	Mylan	100	12,52	0,1252
02282690	*Novo-Risperidone*	Novopharm	60	7,51	0,1252
			100	12,52	0,1252
02258439	*phl-Risperidone*	Pharmel	100	12,52	0,1252
			500	62,60	0,1252
02252007	*pms-Risperidone*	Phmscience	100	12,52	0,1252
			500	62,60	0,1252
02312700	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	100	12,52	0,1252
02328305	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	12,52	0,1252
			500	62,60	0,1252
02240551	*Risperdal*	Janss. Inc	100	20,75	0,2075
02356880	*Rispéridone*	Sanis	100	12,52	0,1252
02283565	*Riva-Risperidone*	Riva	100	12,52	0,1252
02303655	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	100	12,52	0,1252

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.				0,5 mg **PPB**	
02282593	*ACT Risperidone*	ActavisPhm	100	20,97	0,2097
02282127	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	20,97	0,2097
			500	104,85	0,2097
02359537	*Jamp-Risperidone*	Jamp	100	20,97	0,2097
			500	104,85	0,2097
02371774	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	20,97	0,2097
02359804	*Mint-Risperidon*	Mint	100	20,97	0,2097
02282259	*Mylan-Risperidone*	Mylan	100	20,97	0,2097
02264188	*Novo-Risperidone*	Novopharm	60	12,58	0,2097
			100	20,97	0,2097
02258447	*phl-Risperidone*	Pharmel	100	20,97	0,2097
			500	104,85	0,2097
02252015	*pms-Risperidone*	Phmscience	100	20,97	0,2097
			500	104,85	0,2097
02312719	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	100	20,97	0,2097
			500	104,85	0,2097
02328313	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	20,97	0,2097
			500	104,85	0,2097
02240552	*Risperdal*	Janss. Inc	100	34,75	0,3475
02247704	*Risperdal M-Tab*	Janss. Inc	28	19,97	0,7132
02356899	*Rispéridone*	Sanis	100	20,97	0,2097
02283573	*Riva-Risperidone*	Riva	100	20,97	0,2097
02303663	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	100	20,97	0,2097
Co. Diss. Orale ou Co.				1 mg **PPB**	
02282607	*ACT Risperidone*	ActavisPhm	60	17,38	0,2896
			500	144,80	0,2896
02282135	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	28,96	0,2896
			500	144,80	0,2896
02359545	*Jamp-Risperidone*	Jamp	60	17,38	0,2896
			500	144,80	0,2896
02371782	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	28,96	0,2896
02359812	*Mint-Risperidon*	Mint	100	28,96	0,2896
02282267	*Mylan-Risperidone*	Mylan	500	144,80	0,2896
02264196	*Novo-Risperidone*	Novopharm	60	17,38	0,2896
			100	28,96	0,2896
02258455	*phl-Risperidone*	Pharmel	60	17,38	0,2896
			500	144,80	0,2896
02252023	*pms-Risperidone*	Phmscience	60	17,38	0,2896
			500	144,80	0,2896
02312727	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	60	17,38	0,2896
			500	144,80	0,2896
02328321	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	28,96	0,2896
			500	144,80	0,2896
02025280	*Risperdal*	Janss. Inc	60	28,80	0,4800
			500	240,00	0,4800
02247705	*Risperdal M-Tab*	Janss. Inc	28	27,64	0,9871
02356902	*Rispéridone*	Sanis	100	28,96	0,2896
			500	144,80	0,2896
02283581	*Riva-Risperidone*	Riva	100	28,96	0,2896
			500	144,80	0,2896
02279800	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	60	17,38	0,2896
			500	144,80	0,2896

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.				2 mg **PPB**	
02282615	*ACT Risperidone*	ActavisPhm	60	34,69	0,5782
			500	289,10	0,5782
02282143	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	57,82	0,5782
			500	289,10	0,5782
02359553	*Jamp-Risperidone*	Jamp	60	34,69	0,5782
			500	289,10	0,5782
02371790	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	57,82	0,5782
02359820	*Mint-Risperidon*	Mint	100	57,82	0,5782
02282275	*Mylan-Risperidone*	Mylan	500	289,10	0,5782
02258463	*phl-Risperidone*	Pharmel	60	34,69	0,5782
			500	289,10	0,5782
02252031	*pms-Risperidone*	Phmscience	60	34,69	0,5782
			500	289,10	0,5782
02312735	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	60	34,69	0,5782
			500	289,10	0,5782
02328348	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	57,82	0,5782
			500	289,10	0,5782
02025299	*Risperdal*	Janss. Inc	60	57,50	0,9583
			500	479,15	0,9583
02247706	*Risperdal M-Tab*	Janss. Inc	28	55,14	1,9693
02356910	*Rispéridone*	Sanis	100	57,82	0,5782
			500	289,10	0,5782
02283603	*Riva-Risperidone*	Riva	100	57,82	0,5782
			500	289,10	0,5782
02279819	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	60	34,69	0,5782
			500	289,10	0,5782
02264218	*Teva-Risperidone*	Novopharm	60	34,69	0,5782

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.				3 mg **PPB**	
02282623	*ACT Risperidone*	ActavisPhm	60	52,04	0,8673
			250	216,83	0,8673
02282151	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	86,73	0,8673
			250	216,83	0,8673
02359561	*Jamp-Risperidone*	Jamp	60	52,04	0,8673
			100	86,73	0,8673
02371804	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	86,73	0,8673
02359839	*Mint-Risperidon*	Mint	100	86,73	0,8673
02282283	*Mylan-Risperidone*	Mylan	100	86,73	0,8673
02258471	*phl-Risperidone*	Pharmel	60	52,04	0,8673
			500	433,65	0,8673
02252058	*pms-Risperidone*	Phmscience	60	52,04	0,8673
			500	433,65	0,8673
02312743	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	60	52,04	0,8673
			100	86,73	0,8673
02328364	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	86,73	0,8673
02025302	*Risperdal*	Janss. Inc	60	86,25	1,4375
			250	359,38	1,4375
02268086	*Risperdal M-Tab*	Janss. Inc	28	82,78	2,9564
02356929	*Rispéridone*	Sanis	100	86,73	0,8673
			250	216,83	0,8673
02283611	*Riva-Risperidone*	Riva	100	86,73	0,8673
			250	216,83	0,8673
02279827	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	60	52,04	0,8673
			250	216,83	0,8673
02264226	*Teva-Risperidone*	Novopharm	60	52,04	0,8673
Co. Diss. Orale ou Co.				4 mg **PPB**	
02282631	*ACT Risperidone*	ActavisPhm	60	69,39	1,1565
02282178	*Apo-Risperidone*	Apotex	100	115,65	1,1565
02359588	*Jamp-Risperidone*	Jamp	60	69,39	1,1565
			100	115,65	1,1565
02371812	*Mar-Risperidone*	Marcan	100	115,65	1,1565
02359847	*Mint-Risperidon*	Mint	100	115,65	1,1565
02282291	*Mylan-Risperidone*	Mylan	100	115,65	1,1565
02258498	*phl-Risperidone*	Pharmel	100	115,65	1,1565
02252066	*pms-Risperidone*	Phmscience	100	115,65	1,1565
02312751	*Pro-Risperidone*	Pro Doc	100	115,65	1,1565
02328372	*Ran-Risperidone*	Ranbaxy	100	115,65	1,1565
02025310	*Risperdal*	Janss. Inc	60	115,00	1,9167
02268094	*Risperdal M-Tab*	Janss. Inc	28	110,35	3,9411
02356937	*Rispéridone*	Sanis	100	115,65	1,1565
02283638	*Riva-Risperidone*	Riva	60	69,39	1,1565
			100	115,65	1,1565
02279835	*Sandoz Risperidone*	Sandoz	60	69,39	1,1565
02264234	*Teva-Risperidone*	Novopharm	100	115,65	1,1565

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RISPERIDONE (TARTRATE DE) P

Sol. Orale — 1 mg/mL **PPB**

02280396	*Apo-Risperidone*	Apotex	30 ml	13,99	➡	0,4663
02279266	*pms-Risperidone*	Phmscience	30 ml	13,99	➡	0,4663
02236950	*Risperdal*	Janss. Inc	30 ml	16,56		0,5520

THIOPROPÉRAZINE (MÉSYLATE DE) P

Co. — 10 mg

01927639	*Majeptil*	Erfa	100	31,81		0,3181

THIOTHIXÈNE P

Caps. — 2 mg

00024430	*Navane*	Erfa	100	18,65		0,1865

Caps. — 5 mg

00024449	*Navane*	Erfa	100	32,06		0,3206

Caps. — 10 mg

00024457	*Navane*	Erfa	100	41,28		0,4128

TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. — 1 mg

00345539	*Apo-Trifluopérazine*	AA Pharma	100	13,40	⬆	0,1051

Co. — 2 mg

00312754	*Trifluopérazine*	AA Pharma	100	17,58	⬆	0,1378

Co. — 5 mg

00312746	*Trifluopérazine*	AA Pharma	100	23,28	⬆	0,1828
			1000	232,80	⬆	0,1522

Co. — 10 mg

00326836	*Trifluopérazine*	AA Pharma	100	27,90	⬆	0,2190

Co. — 20 mg

00595942	*Trifluopérazine*	AA Pharma	100	55,80	⬆	0,3728

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ZIPRASIDONE Ⓟ

Caps.				20 mg	
02298597	*Zeldox*	Pfizer	60	101,63	1,6938
Caps.				40 mg	
02298600	*Zeldox*	Pfizer	60	116,42	1,9403
Caps.				60 mg	
02298619	*Zeldox*	Pfizer	60	116,42	1,9403
Caps.				80 mg	
02298627	*Zeldox*	Pfizer	60	116,42	1,9403

ZUCLOPENTHIXOL (ACÉTATE DE) Ⓟ

Sol. Inj. I.M.				50 mg/mL	
02230405	*Clopixol-acuphase*	Lundbeck	1 ml	14,91	

ZUCLOPENTHIXOL (DÉCANOATE DE) Ⓟ

Sol. Inj. I.M.				200 mg/mL	
02230406	*Clopixol dépôt*	Lundbeck	1 ml	14,91	

ZUCLOPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co.				10 mg	
02230402	*Clopixol*	Lundbeck	100	38,35	0,3835
Co.				25 mg	
02230403	*Clopixol*	Lundbeck	100	95,88	0,9588

28:20.04
AMPHÉTAMINES

DEXAMPHÉTAMINE (SULFATE DE) ⊕

Caps. L.A.				10 mg	
01924559	*Dexédrine*	Paladin	100	81,71	0,6391
Caps. L.A.				15 mg	
01924567	*Dexédrine*	Paladin	100	100,05	0,7826

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				5 mg	
01924516	*Dexédrine*	Paladin	100	56,89	0,4462

28:20.92
AUTRES STIMULANTS S.N.C.
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) ⇔

Co.				5 mg **PPB**	
02273950	*Apo-Methylphenidate*	Apotex	100	9,47	0,0947
02326221	*Méthylphénidate*	Pro Doc	100	9,47	0,0947
02246991	*phl-Méthylphénidate*	Pharmel	100	9,47	0,0947
			500	47,35	0,0947
02234749	*pms-Methylphénidate*	Phmscience	100	9,47	0,0947

Co.				10 mg **PPB**	
02249324	*Apo-Methylphenidate*	Apotex	100	8,16	0,0816
			500	40,80	0,0816
02326248	*Méthylphénidate*	Pro Doc	100	8,16	0,0816
			500	40,80	0,0816
02126494	*phl-Méthylphénidate*	Pharmel	100	8,16	0,0816
			500	40,80	0,0816
00584991	*pms-Methylphénidate*	Phmscience	100	8,16	0,0816
			500	40,80	0,0816

Co.				20 mg **PPB**	
02249332	*Apo-Methylphenidate*	Apotex	100	23,26	0,2326
02326256	*Méthylphénidate*	Pro Doc	100	23,26	0,2326
02126486	*phl-Méthylphénidate*	Pharmel	100	23,26	0,2326
			500	121,77	0,2435
00585009	*pms-Methylphénidate*	Phmscience	100	23,26	0,2326
00005614	*Ritalin*	Novartis	100	50,35	0,5035

Co. L.A.				20 mg **PPB**	
02266687	*Apo-Methylphenidate SR*	Apotex	100	28,20	0,2820
00632775	*Ritalin SR*	Novartis	100	53,06	0,5306
02320312	*Sandoz Methylphenidate SR*	Sandoz	100	28,20	0,2820

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:24.08
BENZODIAZÉPINES
ALPRAZOLAM ☒

Co. — 0,25 mg **PPB**

	02349191	*Alprazolam*	Sanis	100	6,09	0,0609
				1000	60,90	0,0609
	01908189	*Alprazolam-0.25*	Pro Doc	100	6,09	0,0609
				1000	60,90	0,0609
	00865397	*Apo-Alpraz*	Apotex	100	6,09	0,0609
				1000	60,90	0,0609
	02400111	*Jamp-Alprazolam*	Jamp	100	6,09	0,0609
				500	30,45	0,0609
	02137534	*Mylan-Alprazolam*	Mylan	100	6,09	0,0609
				1000	60,90	0,0609
*	02346990	*NTP-Alprazolam*	Teva Can	100	6,09	**R**
				1000	60,90	**R**
	02404877	*Riva-Alprazolam*	Riva	100	6,09	0,0609
	01913484	*Teva-Alprazolam*	Teva Can	1000	60,90	0,0609
	00548359	*Xanax*	Pfizer	100	18,97	0,1897
				1000	178,50	0,1785

Co. — 0,5 mg **PPB**

	02349205	*Alprazolam*	Sanis	100	7,28	0,0728
				1000	72,80	0,0728
	01908170	*Alprazolam-0.5*	Pro Doc	100	7,28	0,0728
				1000	72,80	0,0728
	00865400	*Apo-Alpraz*	Apotex	100	7,28	0,0728
				1000	72,80	0,0728
	02400138	*Jamp-Alprazolam*	Jamp	100	7,28	0,0728
				500	36,40	0,0728
	02137542	*Mylan-Alprazolam*	Mylan	100	7,28	0,0728
				1000	72,80	0,0728
*	02347008	*NTP-Alprazolam*	Teva Can	100	7,28	**R**
				1000	72,80	**R**
	02404885	*Riva-Alprazolam*	Riva	100	7,28	0,0728
				1000	72,80	0,0728
	01913492	*Teva-Alprazolam*	Teva Can	1000	72,80	0,0728
	00548367	*Xanax*	Pfizer	100	22,67	0,2267
				1000	213,80	0,2138

Co. — 1 mg **PPB**

	02248706	*Alprazolam-1*	Pro Doc	100	20,92	0,2092
	02243611	*Apo-Alpraz*	Apotex	100	20,92	0,2092
	02400146	*Jamp-Alprazolam*	Jamp	100	20,92	0,2092
	02229813	*Mylan-Alprazolam*	Mylan	100	20,92	0,2092
	02404893	*Riva-Alprazolam*	Riva	100	20,92	0,2092
	00723770	*Xanax*	Pfizer	100	40,81	0,4081

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg **PPB**	
02243612	*Apo-Alpraz TS*	Apotex	100	37,18 ➡	0,3718
02400154	*Jamp-Alprazolam*	Jamp	100	37,18 ➡	0,3718
02229814	*Mylan-Alprazolam*	Mylan	100	37,18 ➡	0,3718
+ 02404907	*Riva-Alprazolam*	Riva	100	37,18 ➡	0,3718
00813958	*Xanax TS*	Pfizer	100	72,55	0,7255
BROMAZÉPAM ☒					
Co.				3 mg **PPB**	
02220520	*Bromazepam-3*	Pro Doc	100	3,75 ➡	0,0375
			500	18,74 ➡	0,0375
00518123	*Lectopam 3*	Roche	100	15,29	0,1529
02230584	*Novo-Bromazepam*	Novopharm	100	3,75 ➡	0,0375
			500	18,74 ➡	0,0375
Co.				6 mg **PPB**	
02220539	*Bromazepam-6*	Pro Doc	100	5,48 ➡	0,0548
			500	27,38 ➡	0,0548
00518131	*Lectopam 6*	Roche	100	22,34	0,2234
02230585	*Novo-Bromazepam*	Novopharm	100	5,48 ➡	0,0548
			500	27,38 ➡	0,0548
CHLORDIAZÉPOXIDE (CHLORHYDRATE DE) ☒					
Caps.				5 mg	
00522724	*Chlordiazépoxide*	AA Pharma	100	6,79	0,0679
Caps.				10 mg	
00522988	*Chlordiazépoxide*	AA Pharma	100	10,70	0,1070
Caps.				25 mg	
00522996	*Chlordiazépoxide*	AA Pharma	100	16,58	0,1658
DIAZÉPAM ☒					
Co.				2 mg **PPB**	
00405329	*Apo-Diazépam*	Apotex	100	5,08 ➡	0,0508
			1000	50,80 ➡	0,0508
02247490	*pms-Diazepam*	Phmscience	100	5,08 ➡	0,0508
Co.				5 mg **PPB**	
00362158	*Apo-Diazépam*	Apotex	100	6,50 ➡	0,0650
			1000	65,00 ➡	0,0650
00313580	*Diazépam-5*	Pro Doc	100	6,50 ➡	0,0650
02247491	*pms-Diazepam*	Phmscience	500	32,50 ➡	0,0650
00013285	*Valium*	Roche	100	15,63	0,1563

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg **PPB**	
00405337	*Apo-Diazépam*	Apotex	100	8,67	0,0867
			1000	86,70	0,0867
00434388	*Diazépam-10*	Pro Doc	100	8,67	0,0867
02247492	*pms-Diazepam*	Phmscience	500	43,35	0,0867
Gel Rectal				5 mg/mL	
02238162	*Diastat*	Valeant	1 ml	71,09	
			2 ml	71,09	
			3 ml	71,09	
Sol. Orale				1 mg/mL	
00891797	*pms-Diazepam*	Phmscience	500 ml	48,89	0,0766

FLURAZÉPAM (CHLORHYDRATE DE) ⊠

Caps.				15 mg **PPB**	
00521698	*Apo-Flurazépam*	Apotex	100	11,66	0,0843
00578479	*Flurazepam-15*	Pro Doc	100	6,75	0,0675
Caps.				30 mg **PPB**	
00521701	*Apo-Flurazépam*	Apotex	100	13,64	0,0968
00578487	*Flurazepam-30*	Pro Doc	100	7,75	0,0775

LORAZÉPAM ⊠

Co.				0,5 mg **PPB**		
00655740	*Apo-Lorazépam*	Apotex	100	3,59		0,0359
			500	17,95		0,0359
02041413	*Ativan*	Pfizer	500	17,95		0,0359
02351072	*Lorazepam*	Sanis	100	3,59		0,0359
			1000	35,90		0,0359
00711101	*Novo-Lorazem*	Novopharm	100	3,59		0,0359
			1000	35,90		0,0359
* 02347733	*NTP-Lorazepam*	Teva Can	100	3,59		R
			1000	35,90		R
02298201	*phl-Lorazepam*	Pharmel	100	3,59		0,0359
			1000	35,90		0,0359
00728187	*pms-Lorazepam*	Phmscience	100	3,59		0,0359
			1000	35,90		0,0359
00655643	*Pro-Lorazepam*	Pro Doc	100	3,59		0,0359
			500	17,95		0,0359

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					1 mg **PPB**	
	00655759	*Apo-Lorazépam*	Apotex	100	4,47	0,0447
				1000	44,70	0,0447
	02041421	*Ativan*	Pfizer	1000	44,70	0,0447
	02351080	*Lorazepam*	Sanis	100	4,47	0,0447
				1000	44,70	0,0447
+	02429810	*Lorazepam*	Sivem	1000	44,70	0,0447
	00637742	*Novo-Lorazem*	Novopharm	100	4,47	0,0447
				1000	44,70	0,0447
*	02347741	*NTP-Lorazepam*	Teva Can	100	4,47	**R**
				1000	44,70	**R**
	02298228	*phl-Lorazepam*	Pharmel	100	4,47	0,0447
				1000	44,70	0,0447
	00728195	*pms-Lorazepam*	Phmscience	100	4,47	0,0447
				1000	44,70	0,0447
	00655651	*Pro-Lorazepam*	Pro Doc	100	4,47	0,0447
				1000	44,70	0,0447
Co.					2 mg **PPB**	
	00655767	*Apo-Lorazépam*	Apotex	100	6,99	0,0699
				1000	69,90	0,0699
	02041448	*Ativan*	Pfizer	1000	69,90	0,0699
	02351099	*Lorazepam*	Sanis	100	6,99	0,0699
				1000	69,90	0,0699
+	02429829	*Lorazepam*	Sivem	100	6,99	0,0699
				1000	69,90	0,0699
*	02347768	*NTP-Lorazepam*	Teva Can	100	6,99	**R**
				1000	69,90	**R**
	02298236	*phl-Lorazepam*	Pharmel	100	6,99	0,0699
				1000	69,90	0,0699
	00728209	*pms-Lorazepam*	Phmscience	100	6,99	0,0699
				1000	69,90	0,0699
	00655678	*Pro-Lorazepam*	Pro Doc	100	6,99	0,0699
	00637750	*Teva-Lorazepam*	Novopharm	100	6,99	0,0699
				1000	69,90	0,0699

MIDAZOLAM ⊠

Sol. Inj.					1 mg/mL **PPB**	
	02242904	*Midazolam*	PPC	2 ml	1,56	
				5 ml	3,90	
				10 ml	5,80	
	02240285	*Midazolam*	Sandoz	2 ml	1,56	
				5 ml	3,90	
				10 ml	5,80	
+	02423758	*Midazolam Injection*	Pfizer	5 ml	3,90	
	02382873	*Midazolam SDZ*	Sandoz	2 ml	1,56	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.				5 mg/mL **PPB**	
02242905	*Midazolam*	PPC	1 ml	4,10	
			2 ml	8,20	
			10 ml	25,30	
02240286	*Midazolam*	Sandoz	1 ml	4,10	
			2 ml	8,20	
			10 ml	25,30	
+ 02423766	*Midazolam Injection*	Pfizer	1 ml	4,10	
			3 ml	12,30	
			10 ml	25,30	
02382903	*Midazolam SDZ*	Sandoz	1 ml	4,10	

OXAZÉPAM ⊠

Co.				10 mg **PPB**	
00402680	*Apo-Oxazépam*	Apotex	100	3,50	0,0350
			1000	35,00	0,0350
00497754	*Oxazépam-10*	Pro Doc	100	3,50	0,0350
			1000	35,00	0,0350
00568392	*Riva-Oxazepam*	Riva	100	3,50	0,0350
			500	17,50	0,0350

Co.				15 mg **PPB**	
00402745	*Apo-Oxazépam*	Apotex	100	5,50	0,0550
			1000	55,00	0,0550
00497762	*Oxazépam-15*	Pro Doc	100	5,50	0,0550
			1000	55,00	0,0550
00568406	*Riva-Oxazepam*	Riva	100	5,50	0,0550
			500	27,50	0,0550

Co.				30 mg **PPB**	
00402737	*Apo-Oxazépam*	Apotex	100	7,50	0,0750
			1000	75,00	0,0750
00497770	*Oxazépam-30*	Pro Doc	100	7,50	0,0750
			1000	75,00	0,0750
00568414	*Riva-Oxazepam*	Riva	100	7,50	0,0750
			500	37,50	0,0750

TÉMAZÉPAM ⊠

Caps.				15 mg **PPB**	
02225964	*Apo-Temazepam*	Apotex	100	4,38	0,0438
			500	21,88	0,0438
02244814	*Co Temazepam*	Cobalt	100	4,38	0,0438
02230095	*Novo-Temazepam*	Novopharm	100	4,38	0,0438
00604453	*Restoril*	Aspri Phm	100	17,50	0,1750
02229760	*Temazepam-15*	Pro Doc	100	4,38	0,0438
			500	21,88	0,0438

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				30 mg **PPB**	
02225972	*Apo-Temazepam*	Apotex	100	5,26	0,0526
			500	26,32	0,0526
02244815	*Co Temazepam*	Cobalt	100	5,26	0,0526
02230102	*Novo-Temazepam*	Novopharm	100	5,26	0,0526
00604461	*Restoril*	Aspri Phm	100	21,05	0,2105
02229761	*Temazepam-30*	Pro Doc	100	5,26	0,0526
			500	26,32	0,0526

28:24.92
DIVERS ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES

BUSPIRONE (CHLORHYDRATE DE) F

Co.				10 mg **PPB**	
02211076	*Apo-Buspirone*	Apotex	100	35,17	0,3517
02223163	*Buspirone-10*	Pro Doc	100	35,17	0,3517
02231492	*Novo-Buspirone*	Novopharm	100	35,17	0,3517
02230942	*pms-Buspirone*	Phmscience	100	35,17	0,3517
02237858	*ratio-Buspirone*	Ratiopharm	100	35,17	0,3517
02242149	*Riva-Buspirone*	Riva	100	35,17	0,3517
			500	176,05	0,3521

CHLORAL (HYDRATE DE) F

Sir.				500 mg/5 mL **PPB**	
02247621	*Chloral Hydrate-Odan*	Odan	500 ml	21,67	0,0433
00792659	*pms-Chloral Hydrate*	Phmscience	500 ml	21,67	0,0433

HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D') F

Caps.				10 mg **PPB**	
00646059	*Apo-Hydroxyzine*	Apotex	100	11,16	0,0339
00738824	*Novo-Hydroxyzin*	Novopharm	100	3,32	0,0332
Caps.				25 mg **PPB**	
00646024	*Apo-Hydroxyzine*	Apotex	100	14,25	0,0548
00738832	*Novo-Hydroxyzin*	Novopharm	100	5,38	0,0538
Caps.				50 mg **PPB**	
00646016	*Apo-Hydroxyzine*	Apotex	100	20,68	0,0764
00738840	*Novo-Hydroxyzin*	Novopharm	100	7,50	0,0750
Sir.				10 mg/5 mL **PPB**	
00024694	*Atarax*	Erfa	473 ml	19,04	0,0403
00741817	*pms-Hydroxyzine*	Phmscience	500 ml	20,13	0,0403

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PROMÉTHAZINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. 50 mg

	00575186	*Histantil*	Phmscience	100	16,64	0,1664

28:28
AUTRES PSYCHOTROPES

LITHIUM (CARBONATE DE) P

Caps. 150 mg

	00461733	*Carbolith*	Valeant	100	11,41	0,1141
	02013231	*Lithane*	Erfa	100	8,81	0,0881
	02237441	*Pal-Lithium*	Paladin	100	6,33	0,0633
				1000	63,30	0,0633
*	02237006	*phl-Lithium Carbonate*	Pharmel	100	4,22	R
				1000	42,20	R
	02216132	*pms-Lithium carbonate*	Phmscience	100	4,22	0,0422
				1000	42,20	0,0422

Caps. 300 mg

	00236683	*Carbolith*	Valeant	100	8,86	0,0886
				1000	88,61	0,0886
	00406775	*Lithane*	Erfa	1000	94,76	0,0948
	02237442	*Pal-Lithium*	Paladin	100	6,64	0,0664
				1000	66,40	0,0664
*	02237007	*phl-Lithium Carbonate*	Pharmel	100	4,43	R
				1000	44,30	R
	02216140	*pms-Lithium carbonate*	Phmscience	100	4,43	0,0443
				1000	44,30	0,0443

Caps. 600 mg

	02011239	*Carbolith*	Valeant	100	17,00	0,1700
	02237443	*Pal-Lithium*	Paladin	100	13,60	0,1360
*	02237008	*phl-Lithium Carbonate*	Pharmel	100	9,18	R
	02216159	*pms-Lithium carbonate*	Phmscience	100	9,18	0,0918

LITHIUM (CITRATE DE) P

Sir. 300 mg/5 mL

	02074834	*pms-Lithium Citrate*	Phmscience	500 ml	34,37	0,0687

28:32.28
AGONISTES DES RÉCEPTEURS 5HT-1

ALMOTRIPTAN (MALATE D') P

Co. 6,25 mg **PPB**

	02405792	*Apo-Almotriptan*	Apotex	6	42,26	7,0433
	02248128	*Axert*	McNeil Co	6	78,26	13,0133
	02398435	*Mylan-Almotriptan*	Mylan	6	42,26	7,0433

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				12,5 mg **PPB**	
02424029	*Almotriptan*	Pro Doc	6	42,26	7,0433
02405806	*Apo-Almotriptan*	Apotex	6	42,26	7,0433
02248129	*Axert*	McNeil Co	6	78,26	13,0133
02398443	*Mylan-Almotriptan*	Mylan	6	42,26	7,0433
02405334	*Sandoz Almotriptan*	Sandoz	6	42,26	7,0433
ELETRIPTAN (BROMHYDRATE D') P					
Co.				20 mg **PPB**	
02386054	*Apo-Eletriptan*	Apotex	6	42,76	7,1267
02342235	*GD-Eletriptan*	GenMed	6	42,76	7,1267
02434342	*pms-Eletriptan*	Phmscience	6	42,76	7,1267
			30	213,80	7,1267
02256290	*Relpax*	Pfizer	6	79,18	13,1967
02382091	*Teva-Eletriptan*	Teva Can	6	42,76	7,1267
Co.				40 mg **PPB**	
02386062	*Apo-Eletriptan*	Apotex	6	42,76	7,1267
02342243	*GD-Eletriptan*	GenMed	6	42,76	7,1267
02434350	*pms-Eletriptan*	Phmscience	6	42,76	7,1267
			30	213,80	7,1267
02256304	*Relpax*	Pfizer	6	79,18	13,1967
02382105	*Teva-Eletriptan*	Teva Can	6	42,76	7,1267
NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE) P					
Co.				1 mg **PPB**	
02237820	*Amerge*	GSK	2	26,53	13,2650
02365499	*Apo-Naratriptan*	Apotex	6	36,86	6,1433
02314290	*Novo-Naratriptan*	Novopharm	8	49,15	6,1433
Co.				2,5 mg **PPB**	
02237821	*Amerge*	GSK	2	27,95	13,9750
			6	83,86	13,9767
02365502	*Apo-Naratriptan*	Apotex	6	36,86	6,1433
02314304	*Novo-Naratriptan*	Novopharm	8	49,15	6,1433
02322323	*Sandoz Naratriptan*	Sandoz	8	49,15	6,1433
			24	147,45	6,1438

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RIZATRIPTAN (BENZOATE DE) F

Co. Diss. Orale ou Co. — 5 mg **PPB**

*	02374730	*ACT Rizatriptan ODT*	ActavisPhm	6	22,23	3,7050
				12	44,46	3,7050
	02393468	*Apo-Rizatriptan*	Apotex	6	22,23	3,7050
	02393484	*Apo-Rizatriptan RPD*	Apotex	6	22,23	3,7050
	02380455	*Jamp-Rizatriptan*	Jamp	6	22,23	3,7050
	02429233	*Jamp-Rizatriptan IR*	Jamp	6	22,23	3,7050
	02379651	*Mar-Rizatriptan*	Marcan	6	22,23	3,7050
				30	111,15	3,7050
	02240518	*Maxalt RPD*	Merck	12	171,57	14,2975
+	02439573	*Mint-Rizatriptan ODT*	Mint	6	22,23	3,7050
	02379198	*Mylan-Rizatriptan ODT*	Mylan	6	22,23	3,7050
	02436604	*NAT-Rizatriptan ODT*	Natco	6	22,23	3,7050
	02393360	*pms-Rizatriptan RDT*	Phmscience	6	22,23	3,7050
	02423456	*Riva-Rizatriptan ODT*	Riva	6	22,23	3,7050
	02415798	*Rizatriptan RDT*	Pro Doc	6	22,23	3,7050
	02351870	*Sandoz Rizatriptan ODT*	Sandoz	6	22,23	3,7050
	02396661	*Teva-Rizatriptan ODT*	Teva Can	6	22,23	3,7050

Co. Diss. Orale ou Co. — 10 mg **PPB**

*	02381702	*ACT Rizatriptan*	ActavisPhm	6	22,23	3,7050
				12	44,46	3,7050
*	02374749	*ACT Rizatriptan ODT*	ActavisPhm	6	22,23	3,7050
				12	44,46	3,7050
	02393476	*Apo-Rizatriptan*	Apotex	6	22,23	3,7050
	02393492	*Apo-Rizatriptan RPD*	Apotex	6	22,23	3,7050
	02380463	*Jamp-Rizatriptan*	Jamp	6	22,23	3,7050
				30	111,15	3,7050
	02429241	*Jamp-Rizatriptan IR*	Jamp	6	22,23	3,7050
				12	44,46	3,7050
	02379678	*Mar-Rizatriptan*	Marcan	6	22,23	3,7050
				12	44,46	3,7050
	02240521	*Maxalt*	Merck	12	171,57	14,2975
	02240519	*Maxalt RPD*	Merck	12	171,57	14,2975
+	02439581	*Mint-Rizatriptan ODT*	Mint	6	22,23	3,7050
	02379201	*Mylan-Rizatriptan ODT*	Mylan	6	22,23	3,7050
	02436612	*NAT-Rizatriptan ODT*	Natco	6	22,23	3,7050
	02393379	*pms-Rizatriptan RDT*	Phmscience	6	22,23	3,7050
	02423464	*Riva-Rizatriptan ODT*	Riva	6	22,23	3,7050
	02415801	*Rizatriptan RDT*	Pro Doc	6	22,23	3,7050
	02351889	*Sandoz Rizatriptan ODT*	Sandoz	6	22,23	3,7050
	02396688	*Teva-Rizatriptan ODT*	Teva Can	6	22,23	3,7050

SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE) F

Vap. nasal — 20 mg

02230420	*Imitrex*	GSK	2	27,31	13,6550

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE) F

Co. 50 mg **PPB**

02257890	*ACT Sumatriptan*	ActavisPhm	6	42,81	7,1350
02268388	*Apo-Sumatriptan*	Apotex	6	42,81	7,1350
02212153	*Imitrex DF*	GSK	6	83,86	13,9767
02268914	*Mylan-Sumatriptan*	Mylan	6	42,81	7,1350
02286823	*Novo-Sumatriptan DF*	Novopharm	6	42,81	7,1350
02270722	*phl-Sumatriptan*	Pharmel	6	42,81	7,1350
			30	214,05	7,1350
02256436	*pms-Sumatriptan*	Phmscience	6	42,81	7,1350
			30	214,05	7,1350
02263025	*Sandoz Sumatriptan*	Sandoz	6	42,81	7,1350
02324652	*Sumatriptan*	Pro Doc	6	42,81	7,1350
02286521	*Sumatriptan*	Sanis	6	42,81	7,1350
02385570	*Sumatriptan DF*	Sivem	6	42,81	7,1350

Co. 100 mg **PPB**

02257904	*ACT Sumatriptan*	ActavisPhm	6	47,16	7,8600
02268396	*Apo-Sumatriptan*	Apotex	6	47,16	7,8600
02212161	*Imitrex DF*	GSK	6	92,38	15,3967
02268922	*Mylan-Sumatriptan*	Mylan	6	47,16	7,8600
02239367	*Novo-Sumatriptan*	Novopharm	6	47,16	7,8600
02286831	*Novo-Sumatriptan DF*	Novopharm	6	47,16	7,8600
			50	392,98	7,8596
02270730	*phl-Sumatriptan*	Pharmel	6	47,16	7,8600
			30	235,79	7,8596
02256444	*pms-Sumatriptan*	Phmscience	6	47,16	7,8600
			30	235,79	7,8596
02263033	*Sandoz Sumatriptan*	Sandoz	6	47,16	7,8600
02324660	*Sumatriptan*	Pro Doc	6	47,16	7,8600
02286548	*Sumatriptan*	Sanis	6	47,16	7,8600
02385589	*Sumatriptan DF*	Sivem	6	47,16	7,8600

Sol. Inj. S.C. 6 mg/0,5 mL **PPB**

99000598	*Imitrex Stat Dose*	GSK	2	73,24	36,6200
02361698	*Injection de sumatriptan SUN*	Taro	2	43,96	

Trousse 6 mg/0,5 mL

02212188	*Imitrex Stat Dose*	GSK	1	81,32	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
ZOLMITRIPTAN F					
Co. Diss. Orale ou Co.				2,5 mg **PPB**	
* 02380951	*Apo-Zolmitriptan*	Apotex	3	10,61	3,5367
			6	16,47	2,7450
* 02381575	*Apo-Zolmitriptan Rapid*	Apotex	6	21,22	3,5367
* 02421623	*Jamp-Zolmitriptan*	Jamp	6	21,22	3,5367
* 02428237	*Jamp-Zolmitriptan ODT*	Jamp	6	21,22	3,5367
* 02399458	*Mar-Zolmitriptan*	Marcan	6	21,22	3,5367
* 02419521	*Mint-Zolmitriptan*	Mint	6	21,22	3,5367
* 02419513	*Mint-Zolmitriptan ODT*	Mint	6	21,22	3,5367
02369036	*Mylan-Zolmitriptan*	Mylan	6	27,63	4,6050
02387158	*Mylan-Zolmitriptan ODT*	Mylan	6	27,63	4,6050
* 02421534	*NAT-Zolmitriptan*	Natco	6	21,22	3,5367
			1000	2745,00	2,7450
* 02324229	*pms-Zolmitriptan*	Phmscience	6	21,22	3,5367
			30	82,35	2,7450
* 02324768	*pms-Zolmitriptan ODT*	Phmscience	6	21,22	3,5367
* 02401304	*Riva-Zolmitriptan*	Riva	6	21,22	3,5367
			30	82,35	2,7450
* 02362988	*Sandoz Zolmitriptan*	Sandoz	3	10,61	3,5367
			6	16,47	2,7450
* 02362996	*Sandoz Zolmitriptan ODT*	Sandoz	2	7,07	3,5367
			6	16,47	2,7450
* 02428474	*Septa-Zolmitriptan-ODT*	Septa	6	16,47	2,7450
* 02313960	*Teva Zolmitriptan*	Teva Can	6	21,22	3,5367
* 02342545	*Teva Zolmitriptan OD*	Teva Can	6	21,22	3,5367
* 02379929	*Zolmitriptan*	Pro Doc	6	21,22	3,5367
			30	82,35	2,7450
* 02379988	*Zolmitriptan ODT*	Pro Doc	6	21,22	3,5367
02238660	*Zomig*	AZC	6	83,10	13,8500
02243045	*Zomig Rapimelt*	AZC	6	83,10	13,8500
Vap. nasal				5 mg	
02248993	*Zomig*	AZC	6	83,10	13,8500

28:32.92
AUTRES ANTIMIGRAINEUX
PIZOTIFÈNE (MALATE DE) F

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				0,5 mg	
00329320	*Sandomigran*	Paladin	100	37,84	0,3784
Co.				1 mg	
00511552	*Sandomigran DS*	Paladin	100	62,83	0,6283

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:36.04
ADAMANTANES
AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')

Caps.

				100 mg	
01990403	*pms-Amantadine*	Phmscience	100	51,79	0,5179

Sir.

				50 mg/5 mL	
02022826	*pms-Amantadine*	Phmscience	500 ml	40,50	0,0810

28:36.08
ANTICHOLINERGIQUES
BENZTROPINE (MÉSYLATE DE)

Co.

				1 mg		
00706531	*pms-Benztropine*	Phmscience	1000	45,00	⬆	0,0224

Co.

				2 mg	
00426857	*Benztropine*	Phmscience	1000	45,00	0,0450

BIPÉRIDÈNE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				2 mg	
00124982	*Akineton*	Abbott	100	19,05	0,1905

PROCYCLIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				2,5 mg	
00649392	*pdp-Procyclidine*	Pendopharm	100 1000	5,55 55,50	0,0555 0,0555

Co.

				5 mg	
00587354	*pdp-Procyclidine*	Pendopharm	100 1000	2,60 25,99	0,0260 0,0260

Elix.

				2,5 mg/5 mL	
00587362	*pdp-Procyclidine*	Pendopharm	500 ml	125,81	0,2516

TRIHEXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				2 mg		
00545058	*Trihexyphenidyl*	AA Pharma	100	3,69	⬆	0,0311

Co.

				5 mg		
00545074	*Apo-Trihex*	AA Pharma	100	6,68	⬆	0,0560

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:36.12
INHIBITEURS DE LA CATÉCHOL-O-MÉTHYLTRANSFÉRASE
ENTACAPONE

Co. — 200 mg **PPB**

02321459	*Apo-Entacapone*	Apotex	100	40,10	➧	0,4010
02243763	*Comtan*	Novartis	100	151,92		1,5192
02390337	*Mylan-Entacapone*	Mylan	100	40,10	➧	0,4010
02380005	*Sandoz Entacapone*	Sandoz	100	40,10	➧	0,4010
02375559	*Teva Entacapone*	Teva Can	100	40,10	➧	0,4010

28:36.16
PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE
LÉVODOPA/ CARBIDOPA

Co. — 100 mg -10 mg **PPB**

02195933	*Apo-Levocarb*	Apotex	100	18,77	➧	0,1877
02244494	*Novo-Levocarbidopa*	Novopharm	100	18,77	➧	0,1877
00355658	*Sinemet 100/10*	Merck	100	44,49		0,4449

Co. — 100 mg -25 mg **PPB**

02195941	*Apo-Levocarb*	Apotex	100	28,03	➧	0,2803
			500	140,15	➧	0,2803
02244495	*Novo-Levocarbidopa*	Novopharm	100	28,03	➧	0,2803
			500	140,15	➧	0,2803
02311178	*Pro-Levocarb-100/25*	Pro Doc	100	28,03	➧	0,2803
			500	140,15	➧	0,2803
00513997	*Sinemet 100/25*	Merck	100	66,42		0,6642

Co. L.A. — 100 mg -25 mg **PPB**

02272873	*Apo-Levocarb CR*	Apotex	100	37,07	➧	0,3707
02421488	*pms-Levocarb CR*	Phmscience	100	37,07	➧	0,3707
02028786	*Sinemet CR*	Merck	100	68,65		0,6865

Co. L.A. — 200 mg -50 mg **PPB**

02245211	*Apo-Levocarb CR*	Apotex	100	67,56	➧	0,6756
02421496	*pms-Levocarb CR*	Phmscience	100	67,56	➧	0,6756
			500	337,80	➧	0,6756
00870935	*Sinemet CR*	Merck	100	125,11		1,2511

28:36.20
AGONISTES DE LA DOPAMINE
BROMOCRIPTINE (MÉSYLATE DE)

Caps. — 5 mg

02230454	*Bromocriptine*	AA Pharma	100	146,44	⬆	0,8016

Co. — 2,5 mg

02087324	*Bromocriptine*	AA Pharma	100	97,82	⬆	0,4501

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE) F

Co. 0,25 mg **PPB**

02297302	*Act Pramipexole*	ActavisPhm	100	26,28	➡	0,2628
02292378	*Apo-Pramipexole*	Apotex	100	26,28	➡	0,2628
02424061	*Auro-Pramipexole*	Aurobindo	100	26,28	➡	0,2628
			500	131,40	➡	0,2628
02237145	*Mirapex*	Bo. Ing.	90	94,62		1,0513
02376350	*Mylan-Pramipexole*	Mylan	90	23,65	➡	0,2628
02290111	*pms-Pramipexole*	Phmscience	100	26,28	➡	0,2628
02325802	*Pramipexole*	Pro Doc	100	26,28	➡	0,2628
02367602	*Pramipexole*	Sanis	100	26,28	➡	0,2628
02309122	*Pramipexole*	Sivem	100	26,28	➡	0,2628
02315262	*Sandoz Pramipexole*	Sandoz	100	26,28	➡	0,2628
02269309	*Teva-Pramipexole*	Teva Can	90	23,65	➡	0,2628

Co. 0,5 mg **PPB**

02297310	*Act Pramipexole*	ActavisPhm	100	105,14	➡	1,0514
02292386	*Apo-Pramipexole*	Apotex	100	105,14	➡	1,0514
02424088	*Auro-Pramipexole*	Aurobindo	100	105,14	➡	1,0514
			500	545,45	➡	1,0909
02241594	*Mirapex*	Bo. Ing.	90	195,05		2,1672
02376369	*Mylan-Pramipexole*	Mylan	90	94,63	➡	1,0514
02290138	*pms-Pramipexole*	Phmscience	100	105,14	➡	1,0514
02325810	*Pramipexole*	Pro Doc	100	105,14	➡	1,0514
02367610	*Pramipexole*	Sanis	100	105,14	➡	1,0514
02309130	*Pramipexole*	Sivem	100	105,14	➡	1,0514
02315270	*Sandoz Pramipexole*	Sandoz	100	105,14	➡	1,0514
02269317	*Teva-Pramipexole*	Teva Can	90	94,63	➡	1,0514

Co. 1 mg **PPB**

02297329	*Act Pramipexole*	ActavisPhm	100	52,57	➡	0,5257
02292394	*Apo-Pramipexole*	Apotex	100	52,57	➡	0,5257
02424096	*Auro-Pramipexole*	Aurobindo	100	52,57	➡	0,5257
			500	262,85	➡	0,5257
02237146	*Mirapex*	Bo. Ing.	90	189,25		2,1028
02376377	*Mylan-Pramipexole*	Mylan	90	47,31	➡	0,5257
02290146	*pms-Pramipexole*	Phmscience	100	52,57	➡	0,5257
02325829	*Pramipexole*	Pro Doc	100	52,57	➡	0,5257
02367629	*Pramipexole*	Sanis	100	52,57	➡	0,5257
02309149	*Pramipexole*	Sivem	100	52,57	➡	0,5257
02315289	*Sandoz Pramipexole*	Sandoz	100	52,57	➡	0,5257
02269325	*Teva-Pramipexole*	Teva Can	90	47,31	➡	0,5257

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				1,5 mg **PPB**	
02297337	*Act Pramipexole*	ActavisPhm	100	52,57	0,5257
02292408	*Apo-Pramipexole*	Apotex	100	52,57	0,5257
02424118	*Auro-Pramipexole*	Aurobindo	100	52,57	0,5257
			500	262,85	0,5257
02237147	*Mirapex*	Bo. Ing.	90	189,25	2,1028
02376385	*Mylan-Pramipexole*	Mylan	90	47,31	0,5257
02290154	*pms-Pramipexole*	Phmscience	100	52,57	0,5257
02325837	*Pramipexole*	Pro Doc	100	52,57	0,5257
02367645	*Pramipexole*	Sanis	90	47,31	0,5257
02309157	*Pramipexole*	Sivem	100	52,57	0,5257
02315297	*Sandoz Pramipexole*	Sandoz	100	52,57	0,5257
02269333	*Teva-Pramipexole*	Teva Can	90	47,31	0,5257

ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE) P

Co.				0,25 mg **PPB**	
02316846	*ACT Ropinirole*	ActavisPhm	100	7,09	0,0709
02337746	*Apo-Ropinirole*	Apotex	100	7,09	0,0709
02352338	*Jamp-Ropinirole*	Jamp	100	7,09	0,0709
02326590	*pms-Ropinirole*	Phmscience	100	7,09	0,0709
02314037	*Ran-Ropinirole*	Ranbaxy	100	7,09	0,0709
02232565	*Requip*	GSK	100	26,43	0,2643
02353040	*Ropinirole*	Sanis	100	7,09	0,0709

Co.				1 mg **PPB**	
02316854	*ACT Ropinirole*	ActavisPhm	100	28,38	0,2838
02337762	*Apo-Ropinirole*	Apotex	100	28,38	0,2838
02352346	*Jamp-Ropinirole*	Jamp	100	28,38	0,2838
02326612	*pms-Ropinirole*	Phmscience	100	28,38	0,2838
02314053	*Ran-Ropinirole*	Ranbaxy	100	28,38	0,2838
02232567	*Requip*	GSK	100	105,70	1,0570
02353059	*Ropinirole*	Sanis	100	28,38	0,2838

Co.				2 mg **PPB**	
02316862	*ACT Ropinirole*	ActavisPhm	100	31,22	0,3122
02337770	*Apo-Ropinirole*	Apotex	100	31,22	0,3122
02352354	*Jamp-Ropinirole*	Jamp	100	31,22	0,3122
02326620	*pms-Ropinirole*	Phmscience	100	31,22	0,3122
02314061	*Ran-Ropinirole*	Ranbaxy	100	31,22	0,3122
02232568	*Requip*	GSK	100	116,27	1,1627
02353067	*Ropinirole*	Sanis	100	31,22	0,3122

Co.				5 mg **PPB**	
02316870	*ACT Ropinirole*	ActavisPhm	100	85,96	0,8596
02337800	*Apo-Ropinirole*	Apotex	100	85,96	0,8596
02352362	*Jamp-Ropinirole*	Jamp	100	85,96	0,8596
02326639	*pms-Ropinirole*	Phmscience	100	85,96	0,8596
02314088	*Ran-Ropinirole*	Ranbaxy	100	85,96	0,8596
02232569	*Requip*	GSK	100	320,12	3,2012
02353075	*Ropinirole*	Sanis	100	85,96	0,8596

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:36.32
INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE DE TYPE B
SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. — 5 mg **PPB**

02230641	*Apo-Selegiline*	Apotex	100	50,21	0,5021
02231036	*Mylan-Selegiline*	Mylan	60	30,13	0,5021
02068087	*Novo-Sélégiline*	Novopharm	60	30,13	0,5021
02238319	*Selegiline*	Pharmel	300	225,97	0,7532

28:36.92
AUTRES ANTIPARKINSONIENS
ÉTHOPROPAZINE (CHLORHYDRATE D') P

Co. — 50 mg

01927744	*Parsitan*	Erfa	100	19,53	0,1953

LÉVODOPA/ BENSÉRAZIDE (CHLORHYDRATE DE) P

Caps. — 50 mg -12,5 mg

00522597	*Prolopa 50/12.5*	Roche	100	27,87	0,2787

Caps. — 100 mg -25 mg

00386464	*Prolopa 100/25*	Roche	100	45,88	0,4588

LÉVODOPA/ CARBIDOPA/ ENTACAPONE P

Co. — 50 mg - 12,5 mg - 200 mg

02305933	*Stalevo*	Novartis	100	160,05	1,6005

Co. — 75 mg - 18,75 mg - 200 mg

02337827	*Stalevo*	Novartis	100	160,05	1,6005

Co. — 100 mg - 25 mg - 200 mg

02305941	*Stalevo*	Novartis	100	160,05	1,6005

Co. — 125 mg - 31,25 mg - 200 mg

02337835	*Stalevo*	Novartis	100	160,05	1,6005

Co. — 150 mg - 37,5 mg - 200 mg

02305968	*Stalevo*	Novartis	100	160,05	1,6005

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:92
MÉDICAMENTS S.N.C. DIVERS
TETRABENAZINE F

Co. 25 mg **PPB**

02407590	*Apo-Tetrabenazine*	Apotex	100	337,46	3,3746
02410338	*Comprimés de tétrabénazine*	Sterimax	112	377,96	3,3746
02199270	*Nitoman*	Valeant	112	699,92	6,2493
02402424	*pms-Tetrabenazine*	Phmscience	100	337,46	3,3746

36:00
AGENTS DIAGNOSTIQUES

36:26	**diabète sucré**
36:88	**analyse d'urine et de selles**
36:88.12	cétones
36:88.40	sucre
36:88.92	divers

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

36:26
DIABÈTE SUCRÉ
RÉACTIF QUANTITATIF DES CÉTONES DANS LE SANG
Bandelette

PPB

99100929	*FreeStyle Precision (Cétone)*	Abbott	10	15,06	
99100850	*Nova Max Plus (Ketone)*	NovaBiomed	10	➡ 14,99	
99004879	*Precision Xtra (Cétone)*	Ab Diabete	10	15,06	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG

Bandelette

99002884	*Accu-Chek Advantage*	Roche Diag	50	40,80	
			100	71,25	
99100214	*Accu-Chek Aviva*	Roche Diag	50	40,80	
			100	71,25	
99004364	*Accu-Chek Compact*	Roche Diag	51	41,62	
			102	72,68	
99100791	*Accu-Chek Mobile*	Roche Diag	100	71,25	
00908193	*Accutrend Glucose*	Roche Diag	50	34,44	
99100827	*BGStar*	SanofiAven	100	67,50	
99100834	*Bionime Rightest GS100*	Bionime	50	23,00	
			100	45,00	
99101011	*Bravo*	DEXmedical	100	39,99	
99100096	*Contour*	Bayer	50	40,81	
			100	69,89	
99100849	*Contour NEXT*	Bayer	100	69,89	
00920371	*Encore*	Bayer	50	33,75	
99004704	*Freestyle*	Ab Diabete	50	37,00	
			100	69,00	
99100478	*FreeStyle Lite*	Ab Diabete	50	37,00	
			100	69,00	
99100928	*FreeStyle Precision*	Abbott	100	68,90	
99101090	*GE200*	Bionime	50	26,00	
			100	51,00	
99101165	*GlucoDr*	Medihub	50	36,45	
99100332	*iTest*	Auto.Cont.	50	32,50	
			100	63,00	
99101184	*Medi+Sure*	Medisure	100	68,00	
99100497	*Nova-Max*	NovaBiomed	50	34,95	
			100	69,90	
99100479	*On-Call Plus*	Acon	25	17,50	
			50	33,50	
			100	63,00	
99100787	*OneTouch Verio*	Lifescan	100	69,43	
99100516	*Oracle*	TremHarr	50	36,45	
			100	72,90	
00801135	*Precision Plus*	Ab Diabete	100	68,90	
99004119	*Precision Xtra*	Ab Diabete	50	39,75	
			100	68,90	
99004577	*Sof-Tact*	Ab Diabete	50	39,75	
			100	68,90	
99101186	*SureTest*	Skymed	50	33,75	
99100714	*TRUEtest*	Nipro Diag	50	27,00	
99100413	*TrueTrack*	Nipro Diag	50	22,78	
			100	39,57	
99004240	*Ultra*	Lifescan	50	39,75	
			100	69,43	

Bandelette — Disque (10)

99002604	*Ascensia Autodisc*	Bayer	5	40,56	
			10	69,89	
99100388	*Breeze 2*	Bayer	5	40,56	
			10	69,89	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

36:88.12
CÉTONES
RÉACTIF QUALITATIF DE L'ACÉTONE
Bandelette

00035092	*Ketostix*	Bayer	50	6,06	

RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DE L'ACÉTONE
Co.

00035106	*Acetest*	Bayer	100	16,62	

36:88.40
SUCRE
RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DU GLUCOSE
Bandelette

00035130	*Diastix*	Bayer	50	5,44	

Co.

00035122	*Clinitest*	Bayer	100	9,60	

36:88.92
DIVERS
RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DE L'ACÉTONE ET DU GLUCOSE
Bandelette

00647705	*Chemstrip uG/K*	Roche Diag	50	6,53	
00035149	*Keto-Diastix*	Bayer	100	13,03	

40:00
ÉLECTROLYTES-DIURÉTIQUES

40:08 **alcalinisants**
40:12 **agents de suppléance**
40:18 **résines échangeuses d'ions**
40:18.18 résines échangeuses de potassium
40:20 **agents calorifiques**
40:28 **diurétiques**
40:28.08 diurétiques de l'anse
40:28.16 diurétiques épargneurs de potassium
40:28.20 diurétiques thiazidiques
40:28.24 diurétiques apparentés aux thiazidiques
40:28.92 autres diurétiques
40:36 **solutions d'irrigation**
40:40 **uricosuriques**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

40:08
ALCALINISANTS
ACIDE CITRIQUE/ CITRATE DE SODIUM

Sol. Orale — 334 mg -500 mg/5 mL

00721344	*pms-Dicitrate*	Phmscience	500 ml	22,33	↟	0,0140

BICARBONATE DE SODIUM

Co. — 500 mg **PPB**

80030520	*Jamp-Sodium Bicarbonate*	Jamp	500	34,20	➧	0,0684
80022194	*Sandoz Sodium Bicarbonate*	Sandoz	500	35,90	↟	0,0702

40:12
AGENTS DE SUPPLÉANCE
CALCIUM (CARBONATE DE)

Co. — 500 mg **PPB**

00682039	*Apo-Cal*	Apotex	500	32,20	↟	0,0223
80017732	*Cal-500*	Pro Doc	500	10,80	➧	0,0216
80019737	*Calcium 500*	BioV	500	10,80	➧	0,0216
80003773	*Calcium 500*	Trianon	100	2,16	➧	0,0216
			500	10,80	➧	0,0216
02237352	*Euro-Cal*	Euro-Pharm	500	10,80	➧	0,0216
02246040	*Jamp-Calcium*	Jamp	500	10,80	➧	0,0216
80055526	*M-Cal 500 mg*	Mantra Ph.	500	10,80	➧	0,0216
80001408	*Novo-Calcium*	Novopharm	100	2,16	➧	0,0216
			500	10,80	➧	0,0216
00618098	*Nu-Cal*	Odan	100	2,16	➧	0,0216
			500	10,80	➧	0,0216
80039952	*Opus Cal 500 mg*	Opus	500	10,80	➧	0,0216
80001122	*Pharma-Cal 500 mg*	Pendopharm	500	10,80	➧	0,0216
			1000	21,60	➧	0,0216
80004046	*phl-Calcium*	Pharmel	500	10,80	➧	0,0216
			1000	21,60	➧	0,0216

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CALCIUM (CARBONATE DE)/ VITAMINE D

Co. 500 mg - 125 UI et 200 UI **PPB**

80004143	*Biocal-D*	Biomed	500	34,00	➡	0,0680
80017196	*Cal-500-D*	Pro Doc	500	34,00	➡	0,0680
80004966	*Calcite D 500*	Riva	100	6,80	➡	0,0680
80004968	*Calcium D 500*	Trianon	100	6,80	➡	0,0680
			500	34,00	➡	0,0680
80021290	*Calcium et Vitamine D 125*	BioV	90	6,12	➡	0,0680
			500	34,00	➡	0,0680
02237351	*Euro-Cal-D*	Euro-Pharm	500	34,00	➡	0,0680
02246041	*Jamp-Calcium+Vitamine D 125 U.I.*	Jamp	100	6,80	➡	0,0680
			500	34,00	➡	0,0680
00720798	*Néo-Cal-D 500*	Néolab	500	34,00	➡	0,0680
02244477	*Nu-Cal D*	Odan	100	6,80	➡	0,0680
			500	34,00	➡	0,0680
80007304	*O-Calcium 500 mg avec Vitamine D*	Novopharm	100	6,80	➡	0,0680
			500	34,00	➡	0,0680
80001199	*Pharma-Cal D 200 UI*	Pendopharm	500	34,00	➡	0,0680
80005934	*phl-Calcium 500 + D 200 IU*	Pharmel	500	34,00	➡	0,0680
			1000	68,00	➡	0,0680
80004281	*pms-Calcium 500 + D 125 UI*	Phmscience	500	34,00	➡	0,0680

Co. Croq. 500 mg - 800 UI

+ 80058042	*Calcia Plus*	Medexus	60	7,20		0,1200

Co. ou Caps. 500 mg - 715 UI et 800 UI **PPB**

80015972	*Calcite 500 + D 800*	Riva	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80015847	*Cal-Os D*	Jamp	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80021724	*D-Cal*	Jamp	500	60,00	➡	0,1200
80024378	*LiquiCal-D*	Mayaka	100	12,00	➡	0,1200
80028413	*Liqui-Jamp Plus*	Jamp	120	14,40	➡	0,1200
80019533	*M Cal*	Mantra Ph.	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80024948	*Nu-Cal D 800*	Odan	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80017422	*U-Cal D800*	Triton	100	12,00	➡	0,1200
80021091	*Vida_Cal D Fort*	BioV	90	10,80	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. Croq. ou Caps.			500 mg - 400 UI et 500 UI **PPB**		
80012594	*Biocal-D Forte*	Biomed	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80000159	*Calcia 400*	Medexus	60	7,20	0,1200
80017099	*Calcia Duo*	Medexus	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80004963	*Calcite 500 + D 400*	Riva	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80004969	*Calcium 500 + D 400*	Trianon	100	12,00	0,1200
			500	60,00	0,1200
80053666	*Calcium/Vit D*	Sanis	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80017190	*Cal-D 400*	Pro Doc	500	60,00	0,1200
80009628	*Calodan D-400*	Odan	60	7,20	0,1200
80002901	*Carbocal D 400 (Co. croq)*	Euro-Pharm	60	7,20	0,1200
02245511	*Carbocal D 400 (Co.)*	Euro-Pharm	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80004545	*Carbocal D 400 (Co.)*	Euro-Pharm	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80012435	*Jamp-Calcium + Vitamine D 500 UI*	Jamp	500	60,00	0,1200
99100832	*Jamp-Calcium+Vitamine D 400 U.I.*	Jamp	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80002623	*Jamp-Calcium+Vitamine D 400 UI Croquable*	Jamp	60	7,20	0,1200
			300	36,00	0,1200
80025360	*J-Cal-D 400*	Jamp	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80000408	*LiquiCal D 400*	Mayaka	100	12,00	0,1200
80021961	*Liqui-Jamp*	Jamp	100	12,00	0,1200
			120	14,40	0,1200
80009412	*M Cal (co. croq.)*	Mantra Ph.	60	7,20	0,1200
80013329	*M Cal (co.)*	Mantra Ph.	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
02246984	*Neo-Cal-D Forte*	Néolab	500	60,00	0,1200
80002703	*Nu-Cal D 400*	Odan	500	60,00	0,1200
80040634	*Opus Cal D-400 Bleu Foncé*	Opus	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80020974	*Opus Cal-D 400*	Opus	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80001248	*Pharma-Cal D 400 UI*	Phmscience	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80003414	*phl-Calcium 500 + D 400 IU*	Pharmel	100	12,00	0,1200
			500	60,00	0,1200
80008566	*Pro-Cal-D 400*	Pro Doc	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80021369	*Px-Calcium 500 mg + D 400 UI*	Phoenix	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80048609	*Px-Calcium 500 mg + D 400 UI*	Phoenix	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80019198	*ratio-Calcium Vit D*	Ratiopharm	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80019239	*Sandoz Calcium 500 mg + D 400 UI*	Sandoz	500	60,00	0,1200
80021089	*Vida_Cal D Régulier*	BioV	90	10,80	0,1200
			500	60,00	0,1200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. Croq. ou Caps.			500 mg - 1 000 UI **PPB**		
80025501	*Calcite 500 + D 1000*	Riva	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80018540	*Cal-Os D 1000*	Jamp	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80027625	*Carbocal D 1000*	Euro-Pharm	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80027787	*Jamp-Calcium+Vitamine D 1000 UI (Co. Croq.)*	Jamp	60	7,20	0,1200
80025051	*LiquiCal-D*	Mayaka	100	12,00	0,1200
80028899	*Liqui-Jamp Fort*	Jamp	120	14,40	0,1200
80019536	*M Cal*	Mantra Ph.	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80050701	*M Cal D 1000 (Co. Croq.)*	Mantra Ph.	60	7,20	0,1200
80024405	*Nu-Cal D 1000*	Odan	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
* 80039162	*Opus Cal D-1000*	Opus	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80055435	*Px-Calcium 500 mg + D 1000 UI*	Phoenix	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Co.			250 mg - 200 U.I. **PPB**		
80013612	*Ci-Cal D 200*	Euro-Pharm	360	21,60	0,0600
80015811	*Jamp-Calcium Citrate et Vitamine D 200 UI*	Jamp	120	7,20	0,0600
			360	21,60	0,0600
Co.			250 mg - 500 UI		
80025304	*Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 500 UI*	Jamp	60	3,60	0,0600
			360	21,60	0,0600
Co. Croq.			500 mg -400 UI **PPB**		
80000281	*Ci-Cal D 400*	Euro-Pharm	60	7,44	0,1240
80003262	*Jamp Calci-Os*	Jamp	60	7,44	0,1240
Co. Croq.			500 mg - 1 000 UI		
80029083	*Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 1000 UI*	Jamp	60	7,20	0,1200

ELECTROLYTES DE REMPLACEMENT/ DEXTROSE

Pd. Orale			4,9 g/sac. à 5,1 g/sac. **PPB**		
01931563	*Gastrolyte*	SanofiAven	10	7,01	0,7010
80027403	*Jamp Rehydralyte*	Jamp	10	7,01	0,7010

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MAGNÉSIUM (GLUCOHEPTONATE DE)

Sol. Orale			500 mg/5 mL (Mg-25 mg/5 mL)	**PPB**	
80009357	*Jamp-Magnesium*	Jamp	500 ml	9,95	0,0199
			2000 ml	39,80	0,0199
80004109	*Magnesium-Odan*	Odan	500 ml	9,95	0,0199
			2000 ml	39,80	0,0199
00026697	*Rougier Magnésium*	Rougier	500 ml	9,95	0,0199
			2000 ml	39,80	0,0199
99100788	*Rougier Magnesium sans sucre*	Teva Can	500 ml	9,95	0,0199
			2000 ml	39,80	0,0199

MAGNÉSIUM (GLUCONATE DE)

Co.			500 mg (Mg - 28 mg à 30 mg)	**PPB**	
80009539	*Jamp-Magnesium*	Jamp	100	10,88	0,1088
00555126	*Maglucate*	Phmscience	100	10,88	0,1088
+ 80059190	*M-Magnesium Gluconate*	Mantra Ph.	100	10,88	0,1088

PHOSPHATE ACIDE DE SODIUM

Co. Eff.			1,936 g	**PPB**	
80036102	*Jamp-Phosphate Effervescent*	Jamp	20	9,16	0,4580
80027202	*Phosphate-Novartis*	Novartis	20	9,16	0,4580

POTASSIUM (CHLORURE DE)

Caps. LA ou Co. LA			8 mmol (en K+)	**PPB**	
00602884	*Apo-K*	Apotex	100	8,99	0,0899
			1000	74,90	0,0749
02246734	*Euro-K 600*	Euro-Pharm	500	22,50	0,0450
80013005	*Jamp-K 8*	Jamp	500	22,50	0,0450
			1000	45,00	0,0450
80035346	*M K8*	Mantra Ph.	500	22,50	0,0450
02042304	*Micro-K*	Paladin	100	9,30	0,0811
			500	39,60	0,0792
80008214	*Odan K-8*	Odan	100	7,59	0,0460
			1000	75,90	0,0459
80044745	*Opus K-8*	Opus	1000	45,00	0,0450
02244068	*Riva-K 8 SR*	Riva	100	4,50	0,0450
			500	22,50	0,0450

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.			20 mmol (en K+) **PPB**		
80026265	*Bio K-20 Potassium*	Biomed	100	19,95 ➡	0,1995
			500	99,75 ➡	0,1995
02242261	*Euro-K 20*	Euro-Pharm	100	19,95 ➡	0,1995
			500	99,75 ➡	0,1995
80013007	*Jamp-K 20*	Jamp	100	19,95 ➡	0,1995
			500	99,75 ➡	0,1995
80025624	*MK 20*	Mantra Ph.	100	19,95 ➡	0,1995
			500	99,75 ➡	0,1995
80004415	*Odan K-20*	Odan	100	19,95 ➡	0,1995
80028233	*Opus K-20*	Opus	500	99,75 ➡	0,1995
80040416	*Pharma-K20*	Phmscience	100	19,95 ➡	0,1995
			500	99,75 ➡	0,1995
80053887	*PRO-K 20*	Pro Doc	100	19,95 ➡	0,1995
			500	99,75 ➡	0,1995
80040926	*PX K-20*	Phoenix	500	99,75 ➡	0,1995
02243975	*Riva-K 20 SR*	Riva	100	19,95 ➡	0,1995
			500	99,75 ➡	0,1995
Sol. Orale			6,65 mmol/5 mL (en K+) **PPB**		
80024835	*Jamp-Potassium Chloride*	Jamp	500 ml	5,10 ➡	0,0102
80024360	*K-10*	GSK	500 ml	7,53	0,0151
02238604	*pms-Potassium Chloride*	Phmscience	500 ml	5,10 ➡	0,0102
POTASSIUM (CITRATE DE)					
Co. Eff.			25 mmol (en K+) **PPB**		
80033602	*Jamp-K Effervescent*	Jamp	30	16,65 ➡	0,5550
02085992	*K-Lyte*	WellSpring	30	16,65 ➡	0,5550
80011428	*M-K Efferlyte*	Mantra Ph.	30	16,65 ➡	0,5550
Co. L.A.			10 mmol (en K+) **PPB**		
80023817	*Jamp-K-Citrate*	Jamp	100	15,45 ➡	0,1545
02243768	*K-Citra*	Seaford	100	15,45 ➡	0,1545
80026332	*MK 10*	Mantra Ph.	100	15,45 ➡	0,1545
Sol. Orale			10 mmol/5 mL (en K+)		
80011529	*K-Citra 10 Solution*	Seaford	450 ml	19,97	0,0444
SODIUM (CHLORURE DE)					
Sol. Inj. I.V.				50 mg/mL	
00060240	*Chlorure de Sodium 5%*	Baxter	250 ml	5,25	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. I.V.				234 mg/mL [11]	
99100498			30 ml		
Sol. pour Inh.				70 mg/mL (4 mL) **PPB**	
80029414	*Hyper-Sal 7%*	Kego Corp.	60	59,00	0,9833
80029758	*Nebusal 7 %*	Sterimax	60	53,10 ➧	0,8850

40:18.18
RÉSINES ÉCHANGEUSES DE POTASSIUM
POLYSTYRÈNE (SULFONATE CALCIQUE DE)

Pd. Orale				Pouvoir liant: 1,6 mmol de k/g	
02017741	*Resonium Calcium*	SanofiAven	300 g	92,50	

POLYSTYRÈNE (SULFONATE SODIQUE DE) Ⓟ

Pd. Orale				Pouvoir liant: 1 mmol de k/g **PPB**	
02026961	*Kayexalate*	SanofiAven	454 g	➧ 66,30	
00755338	*Solystat*	Pendopharm	454 g	➧ 66,30	
Susp. Orale				Pouvoir liant: 1 mmol de k/4mL	
00769541	*Solystat*	Pendopharm	500 ml	52,19	0,1044

40:20
AGENTS CALORIFIQUES
LÉVOCARNITINE Ⓟ

Co.				330 mg	
02144328	*Carnitor*	Sigma-Tau	90		**UE**
Sol. Inj. I.V.				1 g/5 mL	
02144344	*Carnitor*	Sigma-Tau	5 ml		**UE**
Sol. Orale				100 mg/mL	
02144336	*Carnitor*	Sigma-Tau	118 ml		**UE**

40:28.08
DIURÉTIQUES DE L'ANSE
ÉTHACRYNIQUE (ACIDE) Ⓟ

Co.				25 mg	
02258528	*Edecrin*	Valeant	100	30,96	0,3096

11 Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FUROSÉMIDE P

Co. 20 mg **PPB**

	00396788	*Apo-Furosémide*	Apotex	100	3,73	0,0373
				1000	37,25	0,0373
	02247371	*Bio-Furosémide*	Biomed	500	18,63	0,0373
	02351420	*Furosemide*	Sanis	100	3,73	0,0373
				1000	37,25	0,0373
	00496723	*Furosémide-20*	Pro Doc	1000	37,25	0,0373
	02224690	*Lasix*	SanofiAven	30	2,30	0,0767
	00337730	*Novo-Sémide*	Novopharm	100	3,73	0,0373
				1000	37,25	0,0373
*	02348292	*NTP-Furosemide*	Teva Can	100	3,73	R
				1000	37,25	R
	02247493	*pms-Furosémide*	Phmscience	500	18,63	0,0373

Co. 40 mg **PPB**

	00362166	*Apo-Furosémide*	Apotex	100	5,58	0,0558
				1000	55,80	0,0558
	02247372	*Bio-Furosémide*	Biomed	500	27,90	0,0558
	02351439	*Furosemide*	Sanis	100	5,58	0,0558
				1000	55,80	0,0558
	00397792	*Furosémide -40*	Pro Doc	1000	55,80	0,0558
	02224704	*Lasix*	SanofiAven	30	3,42	0,1140
	00337749	*Novo-Sémide*	Novopharm	100	5,58	0,0558
				1000	55,80	0,0558
*	02348306	*NTP-Furosemide*	Teva Can	100	5,58	R
				1000	55,80	R
	02247494	*pms-Furosémide*	Phmscience	500	27,90	0,0558

Co. 80 mg **PPB**

	00707570	*Apo-Furosémide*	Apotex	100	12,20	0,1220
				500	61,00	0,1220
	02351447	*Furosemide*	Sanis	100	12,20	0,1220
	00667080	*Furosemide-80*	Pro Doc	100	12,20	0,1220
				500	61,00	0,1220
	00765953	*Novo-Sémide*	Novopharm	100	12,20	0,1220
*	02348314	*NTP-Furosemide*	Teva Can	100	12,20	R

Co. 500 mg

02224755	*Lasix Spécial*	SanofiAven	20	52,47	2,6235

Sol. Inj. 10 mg/mL **PPB**

00527033	*Furosémide*	Sandoz	2 ml	1,30	
			4 ml	3,46	
02384094	*Furosémide pour injection USP*	Alveda	2 ml	1,30	
02382539	*Furosémide SDZ*	Sandoz	2 ml	1,30	
			4 ml	3,46	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Orale				10 mg/mL	
02224720	*Lasix*	SanofiAven	120 ml	28,79	0,2399

40:28.16
DIURÉTIQUES ÉPARGNEURS DE POTASSIUM
AMILORIDE (CHLORHYDRATE D') F

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				5 mg	
02249510	*Midamor*	AA Pharma	100	27,17	0,2717

40:28.20
DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES
HYDROCHLOROTHIAZIDE F

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				12,5 mg **PPB**	
02327856	*Apo-Hydro*	Apotex	500	16,12	0,0322
02425947	*Mint-Hydrochlorothiazide*	Mint	500	16,12	0,0322
02274086	*pms-Hydrochlorothiazide*	Phmscience	500	16,12	0,0322
Co.				25 mg **PPB**	
00326844	*Apo-Hydro*	Apotex	100	1,57	0,0157
			1000	15,65	0,0157
02247170	*Bio-Hydrochlorothiazide*	Biomed	500	7,83	0,0157
			1000	15,65	0,0157
02360594	*Hydrochlorothiazide*	Sanis	100	1,57	0,0157
			1000	15,65	0,0157
00341975	*Hydrochlorothiazide-25*	Pro Doc	1000	15,65	0,0157
02426196	*Mint-Hydrochlorothiazide*	Mint	1000	15,65	0,0157
02247386	*pms-Hydrochlorothiazide*	Phmscience	500	7,83	0,0157
			1000	15,65	0,0157
00021474	*Teva-Hydrochlorothiazide*	Teva Can	100	1,57	0,0157
			1000	15,65	0,0157
Co.				50 mg **PPB**	
00312800	*Apo-Hydro*	Apotex	100	2,17	0,0217
			1000	21,68	0,0217
02247171	*Bio-Hydrochlorothiazide*	Biomed	100	2,17	0,0217
02360608	*Hydrochlorothiazide*	Sanis	100	2,17	0,0217
			1000	21,68	0,0217
02426218	*Mint-Hydrochlorothiazide*	Mint	100	2,17	0,0217
00021482	*Novo-Hydrazide*	Novopharm	100	2,17	0,0217
			1000	21,68	0,0217
02247387	*pms-Hydrochlorothiazide*	Phmscience	100	2,17	0,0217

40:28.24
DIURÉTIQUES APPARENTÉS AUX THIAZIDIQUES
CHLORTHALIDONE F

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg	
00360279	*Chlorthalidone*	AA Pharma	100	12,42	0,0813

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

INDAPAMIDE [F]

Co. 1,25 mg **PPB**

02245246	*Apo-Indapamide*	Apotex	100	7,45	➡	0,0745
02373904	*Jamp-Indapamide*	Jamp	30	2,24	➡	0,0747
			100	7,45	➡	0,0745
02179709	*Lozide*	Servier	30	8,94		0,2980
02240067	*Mylan-Indapamide*	Mylan	30	2,24	➡	0,0747
			100	7,45	➡	0,0745
02239619	*pms-Indapamide*	Phmscience	30	2,24	➡	0,0747
			100	7,45	➡	0,0745
02312530	*Pro-Indapamide*	Pro Doc	30	2,24	➡	0,0747
			100	7,45	➡	0,0745
02247245	*Riva-Indapamide*	Riva	30	2,24	➡	0,0747
			500	37,25	➡	0,0745

Co. 2,5 mg **PPB**

02223678	*Apo-Indapamide*	Apotex	100	11,82	➡	0,1182
02373912	*Jamp-Indapamide*	Jamp	30	3,55	➡	0,1183
			100	11,82	➡	0,1182
00564966	*Lozide*	Servier	30	14,18		0,4727
02153483	*Mylan-Indapamide*	Mylan	30	3,55	➡	0,1183
			500	59,09	➡	0,1182
02231184	*Novo-Indapamide*	Novopharm	30	3,55	➡	0,1183
			100	11,82	➡	0,1182
02240350	*phl-Indapamide*	Pharmel	30	3,55	➡	0,1183
			100	11,82	➡	0,1182
02239620	*pms-Indapamide*	Phmscience	30	3,55	➡	0,1183
			100	11,82	➡	0,1182
02312549	*Pro-Indapamide*	Pro Doc	30	3,55	➡	0,1183
			100	11,82	➡	0,1182
02242125	*Riva-Indapamide*	Riva	30	3,55	➡	0,1183
			100	11,82	➡	0,1182
02188910	*Tria-Indapamide*	Trianon	30	3,55	➡	0,1183

METOLAZONE [F]

Co. 2,5 mg

00888400	*Zaroxolyn*	SanofiAven	100	16,14	0,1614

40:28.92
AUTRES DIURÉTIQUES

AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE [F]

Co. 5 mg -50 mg **PPB**

00870943	*Ami-Hydro*	Pro Doc	100	8,38	➡	0,0838
00784400	*Apo-Amilzide*	Apotex	100	8,38	➡	0,0838
			1000	83,78	➡	0,0838
01937219	*Novamilor*	Novopharm	100	8,38	➡	0,0838
			1000	83,78	➡	0,0838

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SPIRONOLACTONE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE Ⓕ

Co.			25 mg -25 mg	PPB	
00180408	*Aldactazide*	Pfizer	100	9,28	0,0928
00613231	*Novo-Spirozine*	Novopharm	100	8,58	0,0858

Co.			50 mg -50 mg	PPB	
00594377	*Aldactazide 50*	Pfizer	100	24,19	0,2419
00657182	*Novo-Spirozine-50*	Novopharm	100	22,36	0,2236

TRIAMTÉRÈNE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE Ⓕ

Co.			50 mg -25 mg	PPB	
00441775	*Apo-Triazide*	Apotex	100	6,08	0,0608
			1000	60,80	0,0608
00532657	*Novo-Triamzide*	Novopharm	100	6,08	0,0608
			1000	60,80	0,0608
00519367	*Pro-Triazide*	Pro Doc	1000	60,80	0,0608
02240846	*Riva-Zide*	Riva	500	30,40	0,0608
			1000	60,80	0,0608

40:36
SOLUTIONS D'IRRIGATION

DIMÉTHYLSULFOXIDE Ⓕ

Sol. Irr.				500 mg/g	
00493392	*Rimso-50*	Bioniche	50 ml	56,90	

40:40
URICOSURIQUES

SULFINPYRAZONE Ⓕ

Co.				200 mg	
00441767	*Sulfinpyrazone*	AA Pharma	100	29,97	0,2997

48:00
ANTITUSSIFS, EXPECTORANTS ET AGENTS MUCOLYTIQUES

48:10 **anti-inflammatoires**

48:10.24 antagonistes des récepteurs des leucotriènes

48:10.32 stabilisants mastocytaires

48:24 **agents mucolytiques**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

48:10.24
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DES LEUCOTRIÈNES
MONTÉLUKAST SODIQUE

Co. 10 mg **PPB**

02374609	*Apo-Montelukast*	Apotex	30	24,59	➧	0,8195
			100	81,95	➧	0,8195
02401274	*Auro-Montelukast*	Aurobindo	30	24,59	➧	0,8195
02391422	*Jamp-Montelukast*	Jamp	30	24,59	➧	0,8195
			100	81,95	➧	0,8195
02399997	*Mar-Montelukast*	Marcan	30	24,59	➧	0,8195
02408643	*Mint-Montelukast*	Mint	100	81,95	➧	0,8195
02379856	*Montelukast*	Pro Doc	30	24,59	➧	0,8195
			100	81,95	➧	0,8195
02379333	*Montelukast*	Sanis	30	24,59	➧	0,8195
02382474	*Montelukast*	Sivem	30	24,59	➧	0,8195
02379236	*Montélukast sodique*	Accord	30	24,59	➧	0,8195
			100	81,95	➧	0,8195
02368226	*Mylan-Montelukast*	Mylan	30	24,59	➧	0,8195
			100	81,95	➧	0,8195
02373947	*pms-Montelukast FC*	Phmscience	30	24,59	➧	0,8195
			100	81,95	➧	0,8195
02389517	*Ran-Montelukast*	Ranbaxy	30	24,59	➧	0,8195
			100	81,95	➧	0,8195
02398826	*Riva-Montelukast FC*	Riva	30	24,59	➧	0,8195
02328593	*Sandoz Montelukast*	Sandoz	100	81,95	➧	0,8195
02238217	*Singulair*	Merck	30	68,23		2,2743
02355523	*Teva Montelukast*	Teva Can	30	24,59	➧	0,8195

Co. Croq. 4 mg **PPB**

02410265	*AHI-Montelukast*	Accord	30	10,94	➧	0,3646
02377608	*Apo-Montelukast*	Apotex	30	10,94	➧	0,3646
02422867	*Auro-Montelukast*	Aurobindo	30	10,94	➧	0,3646
02399865	*Mar-Montelukast*	Marcan	30	10,94	➧	0,3646
02408627	*Mint-Montelukast*	Mint	30	10,94	➧	0,3646
02379821	*Montelukast*	Pro Doc	30	10,94	➧	0,3646
02379317	*Montelukast*	Sanis	30	10,94	➧	0,3646
02382458	*Montelukast*	Sivem	30	10,94	➧	0,3646
02380749	*Mylan-Montelukast*	Mylan	30	10,94	➧	0,3646
			100	36,46	➧	0,3646
02354977	*pms-Montelukast*	Phmscience	30	10,94	➧	0,3646
			100	36,46	➧	0,3646
02402793	*Ran-Montelukast*	Ranbaxy	30	10,94	➧	0,3646
02330385	*Sandoz Montelukast*	Sandoz	100	36,46	➧	0,3646
02243602	*Singulair*	Merck	30	42,00		1,4000
02355507	*Teva Montelukast*	Teva Can	30	10,94	➧	0,3646

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Croq.				5 mg **PPB**	
02410273	*AHI-Montelukast*	Accord	30	16,70	0,5565
02377616	*Apo-Montelukast*	Apotex	30	16,70	0,5565
02422875	*Auro-Montelukast*	Aurobindo	30	16,70	0,5565
02399873	*Mar-Montelukast*	Marcan	30	16,70	0,5565
02408635	*Mint-Montelukast*	Mint	30	16,70	0,5565
02379848	*Montelukast*	Pro Doc	30	16,70	0,5565
02379325	*Montelukast*	Sanis	30	16,70	0,5565
02382466	*Montelukast*	Sivem	30	16,70	0,5565
02380757	*Mylan-Montelukast*	Mylan	30	16,70	0,5565
			100	55,65	0,5565
02354985	*pms-Montelukast*	Phmscience	30	16,70	0,5565
			100	55,65	0,5565
02402807	*Ran-Montelukast*	Ranbaxy	30	16,70	0,5565
02330393	*Sandoz Montelukast*	Sandoz	100	55,65	0,5565
02238216	*Singulair*	Merck	30	46,36	1,5453
02355515	*Teva Montelukast*	Teva Can	30	16,70	0,5565
Gran.				4 mg/sachet	
* 02247997	*Singulair*	Merck	30	42,00	1,4000

ZAFIRLUKAST F

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg	
02236606	*Accolate*	AZC	60	44,95	0,7492

48:10.32
STABILISANTS MASTOCYTAIRES
CROMOGLICATE SODIQUE

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. pour Inh.				1 % (2 mL)	
02046113	*pms-Sodium cromoglycate*	Phmscience	50	24,23	0,4846
Vap. nasal				2 %	
01950541	*Rhinaris CS Anti-allergique*	Pendopharm	13 ml	9,57	
			26 ml	13,86	

48:24
AGENTS MUCOLYTIQUES
ACÉTYLCYSTÉINE

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol.				200 mg/mL **PPB**	
02243098	*Acétylcystéine*	Sandoz	10 ml	6,03	
			30 ml	14,78	
02091526	*Mucomyst*	WellSpring	10 ml	7,20	
			30 ml	17,65	

52:00
MÉDICAMENTS O.R.L.O.

52:02 **antiallergiques O.R.L.O.**
52:04 **anti-infectieux O.R.L.O.**
52:04.04 antibiotiques
52:04.20 antiviraux
52:08 **anti-inflammatoires**
52:08.08 corticostéroïdes O.R.L.O.
52:16 **anesthésiques locaux**
52:24 **mydriatiques**
52:40 **anti glaucome**
52:40.04 agonistes alpha-adrénergiques
52:40.08 bloquants bêta-adrénergiques
52:40.12 inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
52:40.20 myotiques
52:40.28 analogues de prostaglandines
52:40.92 divers agents anti glaucome
52:92 **autres médicaments O.R.L.O.**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

52:02
ANTIALLERGIQUES O.R.L.O.
CROMOGLICATE SODIQUE

Sol. Oph. — 2 % **PPB**

02009277	*Cromolyn*	Pendopharm	5 ml	5,70	
			10 ml	9,50	
02230621	*Opticrom*	Allergan	10 ml	9,98	0,9840

LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE)

Sol. Oph. — 0,1 %

00893560	*Alomide*	Alcon	10 ml	10,73	1,0530

52:04.04
ANTIBIOTIQUES
CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Pom. Oph. — 0,3 %

02200864	*Ciloxan*	Alcon	3,5 g	10,15	

Sol. Oph. — 0,3 % **PPB**

02263130	*Apo-Ciproflox*	Apotex	5 ml	7,05	0,7940
01945270	*Ciloxan*	Alcon	5 ml	10,15	1,4480

ÉRYTHROMYCINE

Pom. Oph. — 0,5 % **PPB**

02326663	*Erythromycin*	Sterigen	3,5 g	3,83	
01912755	*pms-Erythromycine*	Phmscience	3,5 g	3,83	

FRAMYCÉTINE (SULFATE DE)

Sol. Oph. — 0,5 %

02224887	*Soframycine*	Erfa	8 ml	8,00	

FUSIDIQUE (ACIDE)

Sol. Oph. — 1 %

02243862	*Fucithalmic*	Amdipharm	5 g	8,99	

OFLOXACINE

Sol. Oph. — 0,3 % **PPB**

02143291	*Ocuflox*	Allergan	5 ml	12,23	1,4420
02247189	*Sandoz Ofloxacin*	Sandoz	5 ml	3,54	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

POLYMYXINE B (SULFATE DE)/ NÉOMYCINE (SULFATE DE)/ GRAMICIDINE P

Sol. Oph./Ot. 10 000 U -2,5 mg -0,025 mg/mL

00694371	*Néosporine*	GSK	10 ml	7,35	

TOBRAMYCINE P

Pom. Oph. 0,3 %

00614254	*Tobrex*	Alcon	3,5 g	8,65	

Sol. Oph. 0,3 %

* 00513962	*Tobrex 0.3%*	Alcon	5 ml	8,72	↑ 1,7260

52:04.20
ANTIVIRAUX

TRIFLURIDINE P

Sol. Oph. 1 %

00687456	*Viroptic*	Valeant	7,5 ml	22,79	

52:08.08
CORTICOSTÉROÏDES O.R.L.O.

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) P

Aéro ou Vap Nasal 0,05 mg/dose **PPB**

02238796	*Apo-Béclométhasone AQ*	Apotex	200 dose(s)	12,26	
02172712	*Mylan-Beclo AQ*	Mylan	200 dose(s)	12,26	
02228300	*Rivanase AQ*	Riva	200 dose(s)	➡ 9,80	

BUDÉSONIDE P

Pd. pour Inh. Nas. 100 mcg/dose

02035324	*Rhinocort Turbuhaler*	AZC	200 dose(s)	23,56	

Vap. nasal 64 mcg/dose **PPB**

02241003	*Mylan-Budesonide AQ*	Mylan	120 dose(s)	➡ 10,12	
02231923	*Rhinocort Aqua*	AZC	120 dose(s)	10,59	

Vap. nasal 100 mcg/dose

02230648	*Mylan-Budesonide AQ*	Mylan	165 dose(s)	12,74	

DEXAMÉTHASONE P

Pom. Oph. 0,1 %

00042579	*Maxidex*	Alcon	3,5 g	8,74	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Oph.				0,1 %	
00042560	*Maxidex*	Alcon	5 ml	8,06	1,5820

FLUOROMÉTHOLONE P

Susp. Oph.				0,1 % **PPB**	
00247855	*FML*	Allergan	5 ml	15,29	2,1000
			10 ml	30,58	1,5660
00432814	*Sandoz Fluorometholone*	Sandoz	5 ml	8,09	
Susp. Oph.				0,25 %	
00707511	*FML Forte*	Allergan	5 ml	13,13	
			10 ml	26,26	

FLUOROMÉTHOLONE (ACÉTATE DE) P

Susp. Oph.				0,1 %	
00756784	*Flarex*	Alcon	5 ml	9,10	1,7880

FLUTICASONE (FUROATE DE) P

Vap. nasal				27,5 mcg/dose	
02298589	*Avamys*	GSK	120 dose(s)	20,73	

FLUTICASONE (PROPIONATE DE) P

Vap. nasal				50 mcg/dose **PPB**	
02294745	*Apo-Fluticasone*	Apotex	120 dose(s)	21,97	
02213672	*Flonase*	GSK	120 dose(s)	23,71	
02296071	*ratio-Fluticasone*	Ratiopharm	120 dose(s)	21,97	

MOMÉTASONE (FUROATE MONOHYDRATÉ DE) P

Vap. nasal				50 mcg/dose **PPB**	
02403587	*Apo-Mometasone*	Apotex	140 dose(s)	21,69	
02238465	*Nasonex*	Merck	140 dose(s)	26,98	

PREDNISOLONE (ACÉTATE DE) P

Susp. Oph.				0,12 %	
00299405	*Pred Mild*	Allergan	10 ml	17,96	1,3180
Susp. Oph.				1 %	
* 00700401	*ratio-Prednisolone*	Ratiopharm	5 ml	8,50	
			10 ml	17,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) P

Vap. nasal — 55 mcg/dose

02213834	*Nasacort AQ*	SanofiAven	120 dose(s)	23,14	

52:16
ANESTHÉSIQUES LOCAUX

LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)

Gel Top. (Oral) — 2 % **PPB**

01968823	*Lidodan Visqueuse*	Odan	50 ml	2,63	0,0526
			100 ml	5,25	0,0525
00811874	*pms-Lidocaïne Viscous*	Phmscience	50 ml	2,63	0,0526
			100 ml	5,25	0,0525

52:24
MYDRIATIQUES

ATROPINE (SULFATE D') P

Sol. Oph. — 1 %

00035017	*Isopto Atropine*	Alcon	5 ml	3,14	

CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE) P

Sol. Oph. — 1 %

00252506	*Cyclogyl*	Alcon	15 ml	12,66	

HOMATROPINE (BROMHYDRATE D')

Sol. Oph. — 2 %

00000779	*Isopto Homatropine*	Alcon	15 ml	9,58	

Sol. Oph. — 5 %

00000787	*Isopto Homatropine*	Alcon	15 ml	11,41	

PHÉNYLÉPHRINE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Oph. — 2,5 %

00465763	*Mydfrin 2.5%*	Alcon	5 ml	5,08	

TROPICAMIDE P

Sol. Oph. — 0,5 %

00000981	*Mydriacyl*	Alcon	15 ml	13,13	

Sol. Oph. — 1 %

00001007	*Mydriacyl*	Alcon	15 ml	16,90	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

52:40.04
AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES
BRIMONIDINE (TARTRATE DE) F

Sol. Oph. — 0,15 % PPB

02248151	*Alphagan P*	Allergan	5 ml	11,55	
			10 ml	23,10	
02301334	*Apo-Brimonidine P*	Apotex	5 ml	➡ 8,66	
			10 ml	➡ 17,33	

Sol. Oph. — 0,2 % PPB

02236876	*Alphagan*	Allergan	5 ml	16,50	
			10 ml	33,00	
02260077	*Apo-Brimonidine*	Apotex	5 ml	➡ 5,78	
			10 ml	➡ 11,55	
02246284	*pms-Brimonidine*	Phmscience	5 ml	➡ 5,78	
			10 ml	➡ 11,55	
02243026	*ratio-Brimonidine*	Ratiopharm	5 ml	➡ 5,78	
			10 ml	➡ 11,55	
02305429	*Sandoz Brimonidine*	Sandoz	5 ml	➡ 5,78	
			10 ml	➡ 11,55	

BRINZOLAMIDE/BRIMONIDINE (TARTRATE DE) F

Susp. Oph. — 1 % - 0,2 %

+ 02435411	*Simbrinza*	Alcon	10 ml	44,39	

52:40.08
BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES
BETAXOLOL (CHLORHYDRATE DE) F

Susp. Oph. — 0,25 %

01908448	*Betoptic S*	Alcon	5 ml	11,50	
			10 ml	23,00	☂ 2,2880

LÉVOBUNOLOL (CHLORHYDRATE DE) F

Sol. Oph. — 0,5 % PPB

02241716	*Sandoz Levobunolol*	Sandoz	5 ml	➡ 5,76	
			10 ml	➡ 11,52	
			15 ml	➡ 17,27	

TIMOLOL (MALÉATE DE) F

Sol. Oph. — 0,25 % PPB

00755826	*Apo-Timop*	Apotex	5 ml	➡ 4,84	
			10 ml	➡ 9,68	
02083353	*pms-Timolol*	Phmscience	10 ml	➡ 9,68	
02166712	*Sandoz Timolol*	Sandoz	10 ml	➡ 9,68	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Oph.				0,5 % **PPB**	
00755834	*Apo-Timop*	Apotex	5 ml	➡ 6,07	
			10 ml	➡ 12,14	
02083345	*pms-Timolol*	Phmscience	5 ml	➡ 6,07	
			10 ml	➡ 12,14	
02166720	*Sandoz Timolol*	Sandoz	5 ml	➡ 6,07	
			10 ml	➡ 12,14	
00451207	*Timoptic*	Merck	10 ml	33,39	
Sol. Oph. Gel				0,25 % **PPB**	
02242275	*Timolol Maleate-EX*	Sandoz	5 ml	➡ 9,78	
02171880	*Timoptic-XE*	Merck	5 ml	18,00	
Sol. Oph. Gel				0,5 % **PPB**	
02242276	*Timolol Maleate-EX*	Sandoz	5 ml	➡ 10,76	
02171899	*Timoptic-XE*	Merck	5 ml	21,54	

52:40.12
INHIBITEURS DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE

ACÉTAZOLAMIDE

Co.				250 mg	
00545015	*Acétazolamide 250 mg*	AA Pharma	100	12,37	0,1237
			500	61,85	0,1237

BRINZOLAMIDE

Susp. Oph.				1 %	
02238873	*Azopt*	Alcon	5 ml	16,42	⬆ 3,2240

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Oph.				2 % **PPB**	
02316307	*Sandoz Dorzolamide*	Sandoz	5 ml	➡ 6,56	
02216205	*Trusopt*	Merck	5 ml	17,94	

MÉTHAZOLAMIDE

Co.				50 mg	
02245882	*Méthazolamide*	AA Pharma	100	48,17	0,4817

52:40.20
MYOTIQUES

CARBACHOL

Sol. Oph.				1,5 %	
00000655	*Isopto Carbachol*	Alcon	15 ml	10,57	⬆ 0,6913

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Oph.				3 %	
00000663	*Isopto Carbachol*	Alcon	15 ml	12,72	⬆ 0,8320

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) P

Gel oph.				4 %	
00575240	*Pilopine HS*	Alcon	5 g	13,07	
Sol. Oph.				1 %	
00000841	*Isopto Carpine*	Alcon	15 ml	3,21	
Sol. Oph.				2 %	
00000868	*Isopto Carpine*	Alcon	15 ml	3,70	
Sol. Oph.				4 %	
00000884	*Isopto Carpine*	Alcon	15 ml	4,19	

52:40.28
ANALOGUES DE PROSTAGLANDINES

BIMATOPROST P

Sol. Oph.				0,01 %	
02324997	*Lumigan RC*	Allergan	3 ml	32,43	
			5 ml	54,05	
			7,5 ml	81,08	

LATANOPROST P

Sol. Oph.				0,005 %	**PPB**	
02296527	*Apo-Latanoprost*	Apotex	2,5 ml	➡	9,08	
02254786	*Co Latanoprost*	Cobalt	2,5 ml	➡	9,08	
02373041	*GD-Latanoprost*	GenMed	2,5 ml	➡	9,08	
02375508	*Latanoprost*	Phmscience	2,5 ml	➡	9,08	
02426935	*Med-Latanoprost*	GMP	2,5 ml	➡	9,08	
02317125	*pms-Latanoprost*	Phmscience	2,5 ml	➡	9,08	
+ 02341085	*Riva-Latanoprost*	Riva	2,5 ml	➡	9,08	
02367335	*Sandoz Latanoprost*	Sandoz	2,5 ml	➡	9,08	
02231493	*Xalatan*	Pfizer	2,5 ml		27,38	

TRAVOPROST P

Sol. Oph.				0,004 %	**PPB**	
02415739	*Apo-Travoprost Z*	Apotex	2,5 ml	➡	9,85	
			5 ml	➡	19,70	
02413167	*Sandoz Travoprost*	Sandoz	5 ml	➡	19,70	
02412063	*Teva-Travoprost Z*	Teva Can	2,5 ml	➡	9,85	
			5 ml	➡	19,70	
02318008	*Travatan Z*	Alcon	5 ml		55,40	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

52:40.92
DIVERS AGENTS ANTI GLAUCOME

BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) F

Sol. Oph. 0,2 % - 0,5 %

02248347	*Combigan*	Allergan	10 ml	40,12	

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) F

Sol. Oph. 2 % -0,5 % **PPB**

02404389	*ACT Dorzotimolol*	ActavisPhm	10 ml	➡ 19,89	
02299615	*Apo-Dorzo-Timop*	Apotex	10 ml	➡ 19,89	
02240113	*Cosopt*	Merck	10 ml	54,84	
02344351	*Sandoz Dorzolamide/ Timolol*	Sandoz	10 ml	➡ 19,89	
02320525	*Teva Dorzotimol*	Teva Can	10 ml	➡ 19,89	

Sol. Oph. 2 % - 0,5 % (0,2 mL)

02258692	*Cosopt sans préservateur*	Merck	60	28,41	0,4735

52:92
AUTRES MÉDICAMENTS O.R.L.O.

APRACLONIDINE (CHLORHYDRATE D') F

Sol. Oph. 0,5 %

02076306	*Iopidine*	Alcon	5 ml	22,26	⬆ 4,3680

BRINZOLAMIDE/TIMOLOL (MALÉATE DE) F

Susp. Oph. 1 % -0,5 %

02331624	*Azarga*	Alcon	5 ml	21,33	

IPRATROPIUM (BROMURE D') F

Vap. nasal 0,03 % **PPB**

02163705	*Atrovent*	Bo. Ing.	30 ml	29,43	
02239627	*pms-Ipratropium*	Phmscience	30 ml	➡ 10,43	

56:00
MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX

56:08 **antidiarrhéiques**

56:14 **cholélitholytiques**

56:16 **digestifs**

56:22 **anti-émétiques**

56:22.08 antihistaminiques

56:22.92 autres anti-émétiques

56:28 **antiulcéreux et suppresseurs de l'acide**

56:28.12 antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine

56:28.28 prostaglandines

56:28.32 cytoprotecteurs gastro-duodénaux

56:28.36 inhibiteurs de la pompe à protons

56:32 **procinétiques**

56:36 **anti-inflammatoires gastro-intestinaux**

56:92 **divers médicaments gastro-intestinaux**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

56:08
ANTIDIARRHÉIQUES
DIPHÉNOXYLATE (CHLORHYDRATE DE/ ATROPINE (SULFATE D') Ⓝ

Co. 2,5 mg -0,025 mg

00036323	*Lomotil*	Pfizer	250	110,33	0,4413

LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

Co. 2 mg **PPB**

02212005	*Apo-Lopéramide*	Apotex	100	9,52	➧	0,0952
			500	47,58	➧	0,0952
02256452	*Jamp-Loperamide*	Jamp	120	11,42	➧	0,0952
02225182	*Loperamide-2*	Pro Doc	100	9,52	➧	0,0952
			500	47,58	➧	0,0952
02132591	*Novo-Lopéramide*	Novopharm	500	47,58	➧	0,0952
02298198	*phl-Loperamide*	Pharmel	100	9,52	➧	0,0952
			500	47,58	➧	0,0952
02228351	*pms-Lopéramide*	Phmscience	100	9,52	➧	0,0952
			500	47,58	➧	0,0952
02238211	*Riva-Loperamide*	Riva	100	9,52	➧	0,0952
			500	47,58	➧	0,0952
* 02257564	*Sandoz Loperamide*	Sandoz	100	9,52		R
			500	47,58		R

Sol. Orale 0,2 mg/mL

02016095	*pms-Lopéramide*	Phmscience	230 ml	21,30		0,0926

56:14
CHOLÉLITHOLYTIQUES
URSODIOL Ⓟ

Co. 250 mg **PPB**

02273497	*pms-Ursodiol C*	Phmscience	100	86,35	➧	0,8635
			500	431,75	➧	0,8635
02238984	*Urso*	Aptalis	100	131,42		1,3142

Co. 500 mg **PPB**

02273500	*pms-Ursodiol C*	Phmscience	100	163,80	➧	1,6380
02245894	*Urso DS*	Aptalis	100	249,27		2,4927

56:16
DIGESTIFS
LACTASE

Co. Croq. 3 000 U **PPB**

02239139	*Jamp-Enzyme Lactase Régulier*	Jamp	100	9,75	➧	0,0975
02017512	*Lactomax*	Sterimax	100	9,75	➧	0,0975

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Croq.				4 500 U **PPB**	
02239140	*Jamp-Enzyme Lactase Extra-puissant*	Jamp	80	9,75 ➡	0,1219
02224909	*Lactomax Extra Fort*	Sterimax	80	9,75 ➡	0,1219

PANCRÉLIPASE (LIPASE-AMYLASE-PROTÉASE)

Caps.				8 000 U -30 000 U -30 000 U	
00263818	*Cotazym*	Merck	100 1000	18,66 186,60	0,1866 0,1866
Caps. Ent.				4 000 U -12 000 U -12 000 U	
00789445	*Pancrease MT 4*	Janss. Inc	100	37,96	0,3796
Caps. Ent.				4 500 U - 20 000 U - 25 000 U	
02203324	*Ultrase*	Aptalis	100	21,73	0,2173
Caps. Ent.				6 000 U - 30 000 U - 19 000 U	
02415194	*Creon 6*	BGP Pharma	100	17,03	0,1703
Caps. Ent.				8 000 U -30 000 U -30 000 U	
00502790	*Cotazym ECS 8*	Merck	100 500	33,68 168,40	0,3368 0,3368
Caps. Ent.				10 000 U -30 000 U -30 000 U	
00789437	*Pancrease MT 10*	Janss. Inc	100	94,93	0,9493
Caps. Ent.				10 000 U - 33 200 U - 37 500 U	
02200104	*Creon 10*	Abbott	100	27,23	0,2723
Caps. Ent.				12 000 U -39 000 U -39 000 U	
02045834	*Ultrase MT 12*	Aptalis	100	42,51	0,4251
Caps. Ent.				16 000 U -48 000 U -48 000 U	
00789429	*Pancrease MT 16*	Janss. Inc	100	151,88	1,5188
Caps. Ent.				20 000 U -55 000 U -55 000 U	
00821373	*Cotazym ECS 20*	Merck	100	88,30	0,8830
Caps. Ent.				20 000 U -65 000 U -65 000 U	
02045869	*Ultrase MT 20*	Aptalis	100	73,66	0,7366

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. Ent.			20 000 U -66 400 U -75 000 U		
02239008	*Creon 20*	Abbott	100	79,23	0,7923
Caps. Ent.			25 000 U -74 000 U -62 500 U		
01985205	*Creon 25*	Abbott	100	85,07	0,8507
Co.			8 000 U -30 000 U -30 000 U		
02230019	*Viokase 8*	Aptalis	100	17,03	0,1703
Co.			16 000 U -60 000 U -60 000 U		
02241933	*Viokase 16*	Aptalis	100	34,06	0,3406

56:22.08
ANTIHISTAMINIQUES

DIMENHYDRINATE

Sol. Inj. I.M.				50 mg/mL PPB	
02061732	*Dimenhydrinate*	Bioniche	1 ml	1,10	
00392537	*Dimenhydrinate*	Sandoz	1 ml	1,08	
			5 ml	4,30	

PROCHLORPÉRAZINE

Supp.				10 mg PPB	
00753688	*pms-Prochlorpérazine*	Phmscience	10	8,30	0,8300
00789720	*Sandoz Prochlorpérazine*	Sandoz	10	8,30	0,8300

PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE)

Co.				5 mg	
00886440	*Prochlorazine*	AA Pharma	100	16,59	0,1659
Co.				10 mg	
00886432	*Prochlorazine*	AA Pharma	100	20,25	0,2025

56:22.92
AUTRES ANTI-ÉMÉTIQUES

DOXYLAMINE (SUCCINATE DE)/ PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A.				10 mg -10 mg	
00609129	*Diclectin*	Duchesnay	100	124,71	1,2471
			300	374,13	1,2471

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

NABILONE Ⓝ

Caps. 0,5 mg **PPB**

*	02393581	*ACT Nabilone*	ActavisPhm	50	38,78	0,7756
				100	77,56	0,7756
	02256193	*Cesamet*	Valeant	50	155,13	3,1026
	02380900	*pms-Nabilone*	Phmscience	100	77,56	0,7756
	02358085	*Ran-Nabilone*	Ranbaxy	50	38,78	0,7756
	02384884	*Teva Nabilone*	Teva Can	50	38,78	0,7756

Caps. 1 mg **PPB**

*	02393603	*ACT Nabilone*	ActavisPhm	50	77,57	1,5513
				100	155,13	1,5513
	00548375	*Cesamet*	Valeant	50	310,25	6,2050
	02380919	*pms-Nabilone*	Phmscience	100	155,13	1,5513
	02358093	*Ran-Nabilone*	Ranbaxy	50	77,57	1,5513
	02384892	*Teva Nabilone*	Teva Can	50	77,57	1,5513

56:28.12
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS H2 DE L'HISTAMINE

CIMÉTIDINE Ⓡ

Co. 300 mg

*	02227444	*Mylan-Cimetidine*	Mylan	100	8,60	0,0860

Co. 400 mg

*	02227452	*Mylan-Cimetidine*	Mylan	100	13,50	0,1350

Co. 600 mg

*	02227460	*Mylan-Cimetidine*	Mylan	100	17,02	0,1702
				500	85,12	0,1702

FAMOTIDINE

Co. 20 mg **PPB**

	01953842	*Apo-Famotidine*	Apotex	100	26,57	0,2657
	02351102	*Famotidine*	Sanis	100	26,57	0,2657
	02196018	*Mylan-Famotidine*	Mylan	100	26,57	0,2657
				500	132,85	0,2657
	02022133	*Novo-Famotidine*	Novopharm	100	26,57	0,2657
				500	132,85	0,2657
*	02347636	*NTP-Famotidine*	Teva Can	100	26,57	**R**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FAMOTIDINE P

Co.				40 mg PPB	
01953834	*Apo-Famotidine*	Apotex	100	48,33	0,4833
02351110	*Famotidine*	Sanis	100	48,33	0,4833
02196026	*Mylan-Famotidine*	Mylan	100	48,33	0,4833
			500	241,65	0,4833
* 02347644	*NTP-Famotidine*	Teva Can	100	48,33	R
02022141	*Teva-Famotidine*	Novopharm	100	48,33	0,4833

NIZATIDINE P

Caps.				150 mg PPB	
00778338	*Axid*	Pendopharm	100	83,92	0,4273
02177714	*pms-Nizatidine*	Phmscience	100	20,98	0,2098

Caps.				300 mg PPB	
00778346	*Axid*	Pendopharm	100	152,06	0,7742
02177722	*pms-Nizatidine*	Phmscience	100	38,02	0,3802

RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co.				150 mg PPB	
02248570	*ACT Ranitidine*	ActavisPhm	60	10,80	0,1800
			500	90,00	0,1800
00733059	*Apo-Ranitidine*	Apotex	60	10,80	0,1800
			500	90,00	0,1800
02207761	*Mylan-Ranitidine*	Mylan	60	10,80	0,1800
			500	90,00	0,1800
02367378	*Myl-Ranitidine*	Mylan	100	18,00	0,1800
			500	90,00	0,1800
00828564	*Novo-Ranidine*	Novopharm	60	10,80	0,1800
			500	90,00	0,1800
02245782	*phl-Ranitidine*	Pharmel	500	90,00	0,1800
02242453	*pms-Ranitidine*	Phmscience	60	10,80	0,1800
			500	90,00	0,1800
02353016	*Ranitidine*	Sanis	100	18,00	0,1800
			500	90,00	0,1800
02385953	*Ranitidine*	Sivem	60	10,80	0,1800
			500	90,00	0,1800
00740748	*Ranitidine-150*	Pro Doc	60	10,80	0,1800
			500	90,00	0,1800
02336480	*Ran-Ranitidine*	Ranbaxy	100	18,00	0,1800
			250	45,00	0,1800
00828823	*ratio-Ranitidine*	Ratiopharm	60	10,80	0,1800
			500	90,00	0,1800
02247814	*Riva-Ranitidine*	Riva	60	10,80	0,1800
			250	45,00	0,1800
02243229	*Sandoz Ranitidine*	Sandoz	60	10,80	0,1800
			500	90,00	0,1800
02212331	*Zantac*	GSK	100	18,00	0,1800
			500	90,00	0,1800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				300 mg **PPB**	
02248571	*ACT Ranitidine*	ActavisPhm	30	10,80	0,3600
			100	36,00	0,3600
00733067	*Apo-Ranitidine*	Apotex	30	10,80	0,3600
			500	180,00	0,3600
02207788	*Mylan-Ranitidine*	Mylan	30	10,80	0,3600
			500	180,00	0,3600
02367386	*Myl-Ranitidine*	Mylan	100	36,00	0,3600
02245783	*phl-Ranitidine*	Pharmel	250	90,00	0,3600
02242454	*pms-Ranitidine*	Phmscience	30	10,80	0,3600
			250	90,00	0,3600
02353024	*Ranitidine*	Sanis	100	36,00	0,3600
02385961	*Ranitidine*	Sivem	30	10,80	0,3600
			100	36,00	0,3600
00740756	*Ranitidine-300*	Pro Doc	30	10,80	0,3600
			100	36,00	0,3600
02336502	*Ran-Ranitidine*	Ranbaxy	100	36,00	0,3600
			250	90,00	0,3600
00828688	*ratio-Ranitidine*	Ratiopharm	30	10,80	0,3600
02247815	*Riva-Ranitidine*	Riva	30	10,80	0,3600
			100	36,00	0,3600
02243230	*Sandoz Ranitidine*	Sandoz	30	10,80	0,3600
			100	36,00	0,3600
00828556	*Teva-Ranitidine*	Novopharm	500	180,00	0,3600
02212358	*Zantac*	GSK	60	21,60	0,3600
Sol. Orale				150 mg/10 mL	
02242940	*Novo-Ranidine*	Novopharm	300 ml	27,96	0,0932

56:28.28
PROSTAGLANDINES
MISOPROSTOL F

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				100 mcg	
02244022	*Misoprostol*	AA Pharma	100	25,84	0,2584
Co.				200 mcg	
02244023	*Misoprostol*	AA Pharma	100	43,03	0,4303

56:28.32
CYTOPROTECTEURS GASTRO-DUODÉNAUX
SUCRALFATE F

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				1 g **PPB**	
02125250	*Apo-Sucralfate*	Apotex	100	13,09	0,1309
			500	65,44	0,1309
02045702	*Novo-Sucralate*	Novopharm	100	13,09	0,1309
			500	65,44	0,1309
02130939	*Sucralfate-1*	Pro Doc	100	13,09	0,1309
02100622	*Sulcrate*	Aptalis	100	54,41	0,5441

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale				1 g/5 mL	
02103567	*Sulcrate Plus*	Aptalis	500 ml	49,42	0,0988

56:28.36
INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS
DEXLANSOPRAZOLE Ⓡ

Caps. L.A.				30 mg	
02354950	*Dexilant*	Takeda	90	32,65	0,3628
Caps. L.A.				60 mg	
02354969	*Dexilant*	Takeda	90	32,65	0,3628

ESOMÉPRAZOLE (MAGNÉSIUM TRIHYDRATÉ) Ⓡ

Co. L.A.				20 mg **PPB**		
02339099	*Apo-Esomeprazole*	Apotex	30	42,89	☎	0,3628
			100	142,98	☎	0,3628
02394839	*Esomeprazole*	Pro Doc	30	42,89	☎	0,3628
			100	142,98	☎	0,3628
02383039	*Mylan-Esomeprazole*	Mylan	100	142,98	☎	0,3628
02244521	*Nexium*	AZC	30	56,07	☎	0,3628
02423979	*Ran-Esomeprazole*	Ranbaxy	30	42,89	☎	0,3628
			100	142,98	☎	0,3628
Co. LA ou Caps. LA				40 mg **PPB**		
02339102	*Apo-Esomeprazole*	Apotex	30	42,89	☎	0,3628
			500	714,90	☎	0,3628
02394847	*Esomeprazole*	Pro Doc	30	42,89	☎	0,3628
			500	714,90	☎	0,3628
02431173	*Esomeprazole*	Sanis	100	142,98	☎	0,3628
02383047	*Mylan-Esomeprazole*	Mylan	100	142,98	☎	0,3628
02244522	*Nexium*	AZC	30	56,07	☎	0,3628
			100	186,90	☎	0,3628
02379171	*pms-Esomeprazole DR (Caps. L.A.)*	Phmscience	30	42,89	☎	0,3628
			100	142,98	☎	0,3628
02423987	*Ran-Esomeprazole*	Ranbaxy	30	42,89	☎	0,3628
			500	714,90	☎	0,3628

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LANSOPRAZOLE [F]

Co. LA ou Caps. LA — 15 mg **PPB**

02293811	*Apo-Lansoprazole*	Apotex	100	36,28	➡	0,3628
02433001	*Lansoprazole*	Phmscience	100	36,28	➡	0,3628
02357682	*Lansoprazole*	Sanis	100	36,28	➡	0,3628
02385767	*Lansoprazole*	Sivem	100	36,28	➡	0,3628
02410370	*Lansoprazole-15*	Sivem	100	36,28	➡	0,3628
02353830	*Mylan-Lansoprazole*	Mylan	100	36,28	➡	0,3628
02280515	*Novo-Lansoprazole*	Novopharm	30	10,88	➡	0,3628
			100	36,28	➡	0,3628
02395258	*pms-Lansoprazole*	Phmscience	100	36,28	➡	0,3628
02165503	*Prevacid*	Abbott	30	60,00	⬆	0,3628
			100	200,00	⬆	0,3628
02249464	*Prevacid FasTab*	Abbott	30	60,00	⬆	0,3628
02402610	*Ran-Lansoprazole*	Ranbaxy	100	36,28	➡	0,3628
02422808	*Riva-Lansoprazole*	Riva	100	36,28	➡	0,3628
02385643	*Sandoz Lansoprazole*	Sandoz	100	36,28	➡	0,3628

Co. LA ou Caps. LA — 30 mg **PPB**

02293838	*Apo-Lansoprazole*	Apotex	100	36,28	➡	0,3628
			500	181,40	➡	0,3628
02433028	*Lansoprazole*	Phmscience	100	36,28	➡	0,3628
02366282	*Lansoprazole*	Pro Doc	100	36,28	➡	0,3628
			500	181,40	➡	0,3628
02357690	*Lansoprazole*	Sanis	100	36,28	➡	0,3628
			500	181,40	➡	0,3628
02385775	*Lansoprazole*	Sivem	100	36,28	➡	0,3628
			500	181,40	➡	0,3628
02410389	*Lansoprazole-30*	Sivem	100	36,28	➡	0,3628
02353849	*Mylan-Lansoprazole*	Mylan	30	10,88	➡	0,3628
			100	36,28	➡	0,3628
02280523	*Novo-Lansoprazole*	Novopharm	30	10,88	➡	0,3628
			500	181,40	➡	0,3628
02395266	*pms-Lansoprazole*	Phmscience	100	36,28	➡	0,3628
02165511	*Prevacid*	Abbott	30	60,00	⬆	0,3628
			100	200,00	⬆	0,3628
02249472	*Prevacid FasTab*	Abbott	30	60,00	⬆	0,3628
02402629	*Ran-Lansoprazole*	Ranbaxy	100	36,28	➡	0,3628
02422816	*Riva-Lansoprazole*	Riva	100	36,28	➡	0,3628
02385651	*Sandoz Lansoprazole*	Sandoz	100	36,28	➡	0,3628

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

OMÉPRAZOLE (BASE OU MAGNÉSIEN) F

Co. ou Caps. 20 mg **PPB**

*	02245058	*Apo-Oméprazole (caps.)*	Apotex	100	36,27	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02422220	*Auro-Omeprazole (caps.)*	Aurobindo	28	10,15	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02420198	*Jamp-Omeprazole DR (co.)*	Jamp	28	10,16	0,3628
				500	205,85	0,3628
	00846503	*Losec (caps.)*	AZC	30	33,00	0,3628
	02190915	*Losec (co.)*	AZC	30	68,61	0,3628
				100	228,70	0,3628
*	02329433	*Mylan-Omeprazole (caps.)*	Mylan	30	10,88	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02295415	*Novo-Omeprazole*	Teva Can	100	36,27	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02348691	*Omeprazole*	Sanis	100	36,27	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02339927	*Omeprazole (caps.)*	Pro Doc	100	36,27	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02385384	*Omeprazole (caps.)*	Sivem	100	36,27	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02416549	*Omeprazole Magnesium (co.)*	Accord	100	36,27	0,3627
*	02320851	*pms-Omeprazole (caps.)*	Phmscience	100	36,27	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02310260	*pms-Omeprazole DR (co.)*	Phmscience	30	10,88	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02374870	*Ran-Omeprazole*	Ranbaxy	100	36,27	0,3627
*	02403617	*Ran-Omeprazole (caps.)*	Ranbaxy	100	36,27	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02260867	*ratio-Oméprazole (co.)*	Ratiopharm	100	36,27	0,3627
*	02402416	*Riva-Omeprazole DR (co.)*	Riva	100	36,27	0,3627
				500	181,40	0,3628
*	02296446	*Sandoz Omeprazole (Caps.)*	Sandoz	100	36,27	0,3627
				500	181,40	0,3628

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANTOPRAZOLE (MAGNÉSIEN OU SODIQUE) F

Co. Ent. 40 mg **PPB**

02412969	*Abbott-Pantoprazole*	Abbott	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02300486	*ACT Pantoprazole*	ActavisPhm	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02292920	*Apo-Pantoprazole*	Apotex	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02415208	*Auro-Pantoprazole*	Aurobindo	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02357054	*Jamp-Pantoprazole*	Jamp	30	10,88	0,3627
			500	181,40	0,3628
02416565	*Mar-Pantoprazole*	Marcan	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02417448	*Mint-Pantoprazole*	Mint	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02299585	*Mylan-Pantoprazole*	Mylan	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02285487	*Novo-Pantoprazole*	Novopharm	100	36,27	0,3627
02229453	*Pantoloc*	Takeda	100	204,16	0,3628
02318695	*Pantoprazole*	Pro Doc	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02431327	*Pantoprazole*	Riva	30	10,88	0,3627
			500	181,40	0,3628
02370808	*Pantoprazole*	Sanis	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02385759	*Pantoprazole*	Sivem	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02428180	*Pantoprazole-40*	Sivem	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02307871	*pms-Pantoprazole*	Phmscience	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02305046	*Ran-Pantoprazole*	Ranbaxy	100	36,27	0,3627
02316463	*Riva-Pantoprazole*	Riva	100	36,27	0,3627
			500	181,40	0,3628
02301083	*Sandoz Pantoprazole*	Sandoz	30	10,88	0,3627
			500	181,40	0,3628
02267233	*Tecta*	Takeda	30	22,50	0,3628

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RABÉPRAZOLE SODIQUE F

Co. Ent. — 10 mg **PPB**

02422638	*Abbott-Rabeprazole*	Abbott	100	12,04	➡	0,1204
02345579	*Apo-Rabeprazole*	Apotex	100	12,03	➡	0,1203
02408392	*Mylan-Rabeprazole*	Mylan	100	12,04	➡	0,1204
02243796	*Pariet*	Janss. Inc	100	65,00	☎	0,3628
02310805	*pms-Rabeprazole EC*	Phmscience	30	3,61	➡	0,1203
			500	60,20	➡	0,1204
02315181	*Pro-Rabeprazole*	Pro Doc	100	12,04	➡	0,1204
02385449	*Rabeprazole*	Sivem	100	12,03	➡	0,1203
02356511	*Rabeprazole EC*	Sanis	100	12,03	➡	0,1203
02298074	*Ran-Rabeprazole*	Ranbaxy	100	12,04	➡	0,1204
02330083	*Riva-Rabeprazole EC*	Riva	100	12,03	➡	0,1203
			500	60,20	➡	0,1204
02314177	*Sandoz Rabeprazole*	Sandoz	100	12,04	➡	0,1204
02296632	*Teva-Rabeprazole Sodium*	Teva Can	100	12,04	➡	0,1204

Co. Ent. — 20 mg **PPB**

02422646	*Abbott-Rabeprazole*	Abbott	100	24,08	➡	0,2408
02345587	*Apo-Rabeprazole*	Apotex	100	24,07	➡	0,2407
02408406	*Mylan-Rabeprazole*	Mylan	100	24,08	➡	0,2408
02243797	*Pariet*	Janss. Inc	100	130,00	☎	0,3628
02310813	*pms-Rabeprazole EC*	Phmscience	30	7,22	➡	0,2407
			500	120,40	➡	0,2408
02315203	*Pro-Rabeprazole*	Pro Doc	100	24,08	➡	0,2408
02385457	*Rabeprazole*	Sivem	30	7,22	➡	0,2407
			100	24,08	➡	0,2408
02356538	*Rabeprazole EC*	Sanis	100	24,07	➡	0,2407
02298082	*Ran-Rabeprazole*	Ranbaxy	100	24,08	➡	0,2408
02330091	*Riva-Rabeprazole EC*	Riva	100	24,07	➡	0,2407
			500	120,40	➡	0,2408
02314185	*Sandoz Rabeprazole*	Sandoz	30	7,22	➡	0,2407
			100	24,08	➡	0,2408
02296640	*Teva-Rabeprazole EC*	Teva Can	30	7,22	➡	0,2407
			100	24,08	➡	0,2408

56:32
PROCINÉTIQUES

DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE) F

Co. — 10 mg **PPB**

02103613	*Apo-Domperidone*	Apotex	500	29,69	➡	0,0594
02350440	*Domperidone*	Sanis	500	29,69	➡	0,0594
02238341	*Domperidone*	Sivem	500	29,69	➡	0,0594
02236857	*Domperidone-10*	Pro Doc	500	29,69	➡	0,0594
02369206	*Jamp-Domperidone*	Jamp	500	29,69	➡	0,0594
02403870	*Mar-Domperidone*	Marcan	500	29,69	➡	0,0594
02278669	*Mylan-Domperidone*	Mylan	500	29,69	➡	0,0594
02157195	*Novo-Domperidone*	Novopharm	500	29,69	➡	0,0594
02236466	*pms-Domperidone*	Phmscience	500	29,69	➡	0,0594
02268078	*Ran-Dompéridone*	Ranbaxy	500	29,69	➡	0,0594
01912070	*ratio-Dompéridone*	Ratiopharm	500	29,69	➡	0,0594

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. 5 mg

02230431	*Metonia*	Pendopharm	100	5,56	0,0556
			500	27,80	0,0556

Co. 10 mg

02230432	*Metonia*	Pendopharm	100	5,83	0,0583
			500	29,15	0,0583

Sol. Orale 1 mg/mL

02230433	*Metonia*	Pendopharm	500 ml	22,42	0,0448

56:36
ANTI-INFLAMMATOIRES GASTRO-INTESTINAUX
5-AMINOSALICYLIQUE (ACIDE) P

Co. Ent. 1 g

02399466	*Pentasa*	Ferring	120	133,65	1,1138

Co. Ent. 400 mg

01997580	*Asacol*	Warner	180	95,22	0,5290
02171929	*Novo-5-ASA*	Novopharm	100	31,11 ⬆	0,2651
			500	155,55 ⬆	0,2651

Co. Ent. 500 mg

01914030	*Mesasal*	GSK	100	57,31	0,5731
02099683	*Pentasa*	Ferring	240	133,65	0,5569
			500	278,44	0,5569
02112787	*Salofalk*	Aptalis	150	77,33	0,5155
			500	257,79	0,5156

Co. Ent. 800 mg

02267217	*Asacol 800*	Warner	180	185,04	1,0280

Co. L.A. 1,2 g

02297558	*Mezavant*	Shire	120	186,77	1,5564

Supp. 1 g **PPB**

02153564	*Pentasa*	Ferring	30	48,00 ➡	1,6000
02242146	*Salofalk*	Aptalis	30	48,00 ➡	1,6000

Supp. 500 mg

02112760	*Salofalk*	Aptalis	30	34,19	1,1397

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Rect.				2 g	
02112795	*Salofalk (58,2 mL)*	Aptalis	1	3,68	
Susp. Rect.				4 g **PPB**	
02153556	*Pentasa (100 mL)*	Ferring	1	4,46	
02112809	*Salofalk (58,2 mL)*	Aptalis	1	6,24	

OLSALAZINE SODIQUE F

Caps.				250 mg	
02063808	*Dipentum*	U.C.B.	100	49,93	0,4971

56:92
DIVERS MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX
LANSOPRAZOLE/ AMOXICILLINE/ CLARITHROMYCINE F

Trousse			30 mg-2 x 500 mg-500 mg		
02238525	*Hp-PAC*	Abbott	7	80,88	11,5543

60:00
SELS D'OR

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

60:00
SELS D'OR
AUROTHIOMALATE DE SODIUM Ⓟ

Sol. Inj. I.M.				10 mg/mL	
01927620	*Myochrysine*	SanofiAven	1 ml	9,92	
Sol. Inj. I.M.				25 mg/mL	
01927612	*Myochrysine*	SanofiAven	1 ml	12,05	
Sol. Inj. I.M.				50 mg/mL	
01927604	*Myochrysine*	SanofiAven	1 ml	18,74	

64:00
ANTIDOTES DES MÉTAUX LOURDS

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

64:00
ANTIDOTES DES MÉTAUX LOURDS
DÉFÉROXAMINE (MÉSYLATE DE) F

Pd. Inj. — 2 g **PPB**

01981250	*Desferal*	Novartis	1	56,13	
02247022	*Mésylate de desferrioxamine pour injection*	Hospira	1	➡ 20,31	
02243450	*pms-Deferoxamine*	Phmscience	1	➡ 20,31	

Pd. Inj. — 500 mg **PPB**

01981242	*Desferal*	Novartis	1	13,97	
02241600	*Mésylate de desferrioxamine pour injection*	Hospira	1	➡ 5,08	
02242055	*pms-Deferoxamine*	Phmscience	1	➡ 5,08	

PÉNICILLAMINE F

Caps. — 250 mg

00016055	*Cuprimine*	Valeant	100	74,92	0,7492

68:00
HORMONES ET SUBSTITUTS

68:04 **corticostéroïdes**
68:08 **androgènes**
68:12 **anovulants**
68:16 **estrogènes et antiestrogènes**
68:16.04 estrogènes
68:16.12 agonistes et antagonistes des estrogènes
68:18 **gonadotrophines**
68:20 **antidiabétiques**
68:20.02 inhibiteurs des alpha-glucosidases
68:20.04 biguanides
68:20.08 insulines
68:20.20 sulfonylurées
68:22 **anti-hypoglycémiants**
68:22.12 glycogénolytiques
68:24 **parathyroïdiens**
68:28 **hormones hypophysaires**
68:32 **progestatifs**
68:36 **thyroïdiens et antithyroïdiens**
68:36.04 thyroïdiens
68:36.08 antithyroïdiens

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

68:04
CORTICOSTÉROÏDES

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) F

Aéro. oral — 50 mcg/dose

02242029	*Qvar*	Valeant	200 dose(s)	29,28	

Aéro. oral — 100 mcg/dose

02242030	*Qvar*	Valeant	200 dose(s)	58,56	

BUDÉSONIDE F

Pd. pour Inh. — 100 mcg/dose

00852074	*Pulmicort Turbuhaler*	AZC	200 dose(s)	30,90	

Pd. pour Inh. — 200 mcg/dose

00851752	*Pulmicort Turbuhaler*	AZC	200 dose(s)	63,16	

Pd. pour Inh. — 400 mcg/dose

00851760	*Pulmicort Turbuhaler*	AZC	200 dose(s)	93,00	

Sol. pour Inh. — 0,125 mg/mL (2 mL)

02229099	*Pulmicort nebuamp*	AZC	20	8,57	0,4285

Sol. pour Inh. — 0,25 mg/mL (2 mL)

01978918	*Pulmicort nebuamp*	AZC	20	17,14	0,8570

Sol. pour Inh. — 0,5 mg/mL (2mL)

01978926	*Pulmicort nebuamp*	AZC	20	34,28	1,7140

CICLÉSONIDE F

Aéro. oral — 100 mcg/dose

02285606	*Alvesco*	Takeda	120 dose(s)	44,15	

Aéro. oral — 200 mcg/dose

02285614	*Alvesco*	Takeda	120 dose(s)	72,81	

CORTISONE (ACÉTATE DE) F

Co. — 25 mg

00280437	*Cortisone Acétate-ICN*	Valeant	100	30,66	0,3066

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DEXAMÉTHASONE F

Co. 0,5 mg **PPB**

02261081	*Apo-Dexaméthasone*	Apotex	100	7,82	➧	0,0782
02237044	*phl-Dexaméthasone*	Pharmel	100	7,82	➧	0,0782
01964976	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	100	7,82	➧	0,0782
02240684	*ratio-Dexaméthasone*	Ratiopharm	100	7,82	➧	0,0782

Co. 0,75 mg

01964968	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	100	46,20	0,4620

Co. 2 mg

02279363	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	100	42,36	0,4236

Co. 4 mg **PPB**

02250055	*Apo-Dexaméthasone*	Apotex	100	30,46	➧	0,3046
00489158	*Dexasone*	Valeant	100	30,46	➧	0,3046
02237046	*phl-Dexaméthasone*	Pharmel	100	30,46	➧	0,3046
01964070	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	100	30,46	➧	0,3046
02311267	*Pro-Dexamethasone-4*	Pro Doc	100	30,46	➧	0,3046
02240687	*ratio-Dexaméthasone*	Ratiopharm	50	15,23	➧	0,3046
			100	30,46	➧	0,3046

Elix. 0,5 mg/5 mL

01946897	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	100 ml	35,52	➧	0,3085

DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) F

Sol. Inj. 4 mg/mL **PPB**

01977547	*Dexamethasone*	Cytex	5 ml	➧ 8,03	
00664227	*Dexamethasone*	Sandoz	5 ml	➧ 8,03	
02204266	*Dexamethasone Omega*	Oméga	5 ml	➧ 8,03	

Sol. Inj. 10 mg/mL **PPB**

00874582	*Dexamethasone*	Sandoz	1 ml	➧ 4,23	
02204274	*Dexamethasone Omega*	Oméga	1 ml	➧ 4,23	
			10 ml	➧ 12,83	
02260301	*phl-Dexaméthasone*	Pharmel	10 ml	➧ 12,83	
00783900	*pms-Dexaméthasone*	Phmscience	10 ml	➧ 12,83	

FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE) F

Co. 0,1 mg

02086026	*Florinef*	Paladin	100	23,96	0,2396

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FLUTICASONE (PROPIONATE DE) P

Aéro. oral — 50 mcg/dose

02244291	*Flovent HFA*	GSK	120 dose(s)	22,61	

Aéro. oral — 125 mcg/dose

02244292	*Flovent HFA*	GSK	120 dose(s)	38,05	

Aéro. oral — 250 mcg/dose

02244293	*Flovent HFA*	GSK	120 dose(s)	76,11	

Pd. pour Inh. — 50 mcg/coque

02237244	*Flovent Diskus*	GSK	60 dose(s)	13,95	

Pd. pour Inh. — 100 mcg/coque

02237245	*Flovent Diskus*	GSK	60 dose(s)	22,61	

Pd. pour Inh. — 250 mcg/coque

02237246	*Flovent Diskus*	GSK	60 dose(s)	38,05	

Pd. pour Inh. — 500 mcg/coque

*	02237247	*Flovent Diskus*	GSK	60 dose(s)	64,20	

HYDROCORTISONE P

Co. — 10 mg

00030910	*Cortef*	Pfizer	100	14,26	0,1426

Co. — 20 mg

00030929	*Cortef*	Pfizer	100	25,76	0,2576

HYDROCORTISONE (SUCCINATE SODIQUE D') P

Pd. Inj. — 1 g **PPB**

00878626	*Hydrocortisone*	Novopharm	1	➧ 8,60	
00030635	*Solu-Cortef*	Pfizer	1	14,02	

Pd. Inj. — 100 mg **PPB**

00872520	*Hydrocortisone*	Novopharm	1	➧ 2,00	
00030600	*Solu-Cortef*	Pfizer	1	3,25	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.				250 mg **PPB**	
00872539	*Hydrocortisone*	Novopharm	1	➡ 3,40	
00030619	*Solu-Cortef*	Pfizer	1	5,64	
Pd. Inj.				500 mg **PPB**	
00878618	*Hydrocortisone*	Novopharm	1	➡ 5,10	
00030627	*Solu-Cortef*	Pfizer	1	8,36	

MÉTHYLPREDNISOLONE F

Co.				4 mg	
00030988	*Medrol*	Pfizer	100	32,93	0,3293
Co.				16 mg	
00036129	*Medrol*	Pfizer	100	95,03	0,9503

MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE) F

Susp. Inj.				20 mg/mL	
01934325	*Depo-Medrol*	Pfizer	5 ml	10,76	
Susp. Inj.				40 mg/mL	
01934333	*Depo-Medrol*	Pfizer	2 ml	9,11	
			5 ml	16,45	
00030759	*Depo-Medrol (sans préservatif)*	Pfizer	1 ml	4,75	
Susp. Inj.				80 mg/mL	
00030767	*Depo-Medrol*	Pfizer	1 ml	9,11	

MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)/ LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE) F

Susp. Inj.				40 mg -10 mg/mL	
00260428	*Depo-Medrol & Lidocaïne*	Pfizer	1 ml	5,48	
			2 ml	9,15	
			5 ml	20,85	

MÉTHYLPREDNISOLONE (SUCCINATE SODIQUE DE) F

Pd. Inj.				1 g **PPB**	
02241229	*Méthylprednisolone*	Novopharm	1	➡ 31,00	
02367971	*Solu-Medrol*	Pfizer	1	43,88	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.				40 mg **PPB**	
02231893	*Méthylprednisolone*	Novopharm	1	➧ 3,60	
02367947	*Solu-Medrol*	Pfizer	1	4,82	
Pd. Inj.				125 mg **PPB**	
02231894	*Méthylprednisolone*	Novopharm	1	➧ 8,50	
02367955	*Solu-Medrol*	Pfizer	1	11,43	
Pd. Inj.				500 mg **PPB**	
02231895	*Méthylprednisolone*	Novopharm	1	➧ 18,60	
02367963	*Solu-Medrol*	Pfizer	1	28,66	
MOMÉTASONE (FUROATE DE) F					
Pd. pour Inh.				200 mcg/dose	
02243595	*Asmanex Twisthaler*	Merck	60 dose(s)	32,00	
Pd. pour Inh.				400 mcg/dose	
02243596	*Asmanex Twisthaler*	Merck	30 dose(s)	32,00	
			60 dose(s)	64,00	
PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) F					
Sol. Orale				5 mg/5 mL **PPB**	
02230619	*Pédiapred*	SanofiAven	120 ml	12,70	0,1058
02245532	*pms-Prednisolone*	Phmscience	120 ml	8,05 ➧	0,0671
PREDNISONE F					
Co.				1 mg	
00271373	*Winpred*	AA Pharma	100	10,35	0,1035
Co.				5 mg **PPB**	
00312770	*Apo-Prednisone*	Apotex	100	2,20 ➧	0,0220
			1000	21,95 ➧	0,0220
00021695	*Novo-Prednisone*	Novopharm	100	2,20 ➧	0,0220
			1000	21,95 ➧	0,0220
00156876	*Prednisone-5*	Pro Doc	1000	21,95 ➧	0,0220
Co.				50 mg **PPB**	
00232378	*Novo-Prednisone*	Novopharm	100	9,13 ➧	0,0913
* 00607517	*Prednisone-50*	Pro Doc	100	9,13	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) Ⓟ

Susp. Inj.				10 mg/mL	
01999761	*Kenalog-10*	B.M.S.	5 ml	15,71	
Susp. Inj. I.M.				40 mg/mL **PPB**	
01999869	*Kenalog-40*	B.M.S.	1 ml	7,29	
			5 ml	➧ 25,52	
01977563	*Triamcinolone*	Cytex	1 ml	➧ 4,77	

TRIAMCINOLONE (HEXACÉTONIDE DE) Ⓟ

Susp. Inj.				20 mg/mL	
02194155	*Aristospan*	Valeo	1 ml	6,17	
			5 ml	26,94	

68:08
ANDROGÈNES

DANAZOL Ⓟ

Caps.				50 mg	
02018144	*Cyclomen*	SanofiAven	100	78,72	0,7872
Caps.				100 mg	
02018152	*Cyclomen*	SanofiAven	100	116,79	1,1679
Caps.				200 mg	
02018160	*Cyclomen*	SanofiAven	100	186,61	1,8661

TESTOSTÉRONE ⊕

Gel Top.				1% (2,5 g)	
02245345	*AndroGel*	BGP Pharma	30	65,13	2,1710
Gel Top.				1 % (5,0 g) **PPB**	
02245346	*AndroGel*	BGP Pharma	30	115,17	3,8390
02280248	*Testim 1%*	Paladin	30	103,52	➧ 3,4507
Sol. Top.				2 %	
* 02382369	*Axiron*	Lilly	110 ml	103,52	
Timbre cut.				2,5 mg/24 h	
02239653	*Androderm*	Actavis	60	118,43	1,9738

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.				5 mg/24 h	
02245972	*Androderm*	Actavis	30	118,43	3,9477

TESTOSTÉRONE (CYPIONATE DE) ⊕

Sol. Inj. Huil.				100 mg/mL	
00030783	*Depo-Testostérone*	Pfizer	10 ml	24,45	

TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE) ⊕

Sol. Inj. Huil.				200 mg/mL	
00029246	*Delatestryl*	Valeant	5 ml	24,42	

TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE) ⊕

Caps.				40 mg **PPB**	
00782327	*Andriol*	Merck	60	56,40	0,9400
02322498	*pms-Testosterone*	Phmscience	100	47,00 ➧	0,4700
			120	56,40 ➧	0,4700
02421186	*Taro-Testosterone*	Taro	60	28,20 ➧	0,4700
			120	56,40 ➧	0,4700

68:12
ANOVULANTS

ÉTHINYLESTRADIOL/ DÉSOGESTREL P

Co.				0,025 mg/0,1 mg-0,025 mg/0,125 mg-0,025 mg/0,15 mg	
02272903	*Linessa 21*	Aspri Phm	1	12,40	
02257238	*Linessa 28*	Aspri Phm	1	12,40	

Co.				0,030 mg -0,15 mg **PPB**	
02317192	*Apri 21*	Teva Can	1	➧ 7,77	
02317206	*Apri 28*	Teva Can	1	➧ 7,77	
02396491	*Freya 21*	Mylan	1	➧ 7,77	
02396610	*Freya 28*	Mylan	1	➧ 7,77	
02042487	*Marvelon 21*	Merck	1	12,95	
02042479	*Marvelon 28*	Merck	1	12,95	
02410249	*Mirvala 21*	Apotex	1	➧ 7,77	
02410257	*Mirvala 28*	Apotex	1	➧ 7,77	
* 02042533	*Ortho-Cept (28)*	Janss. Inc	1	12,69	R
02420813	*reclipsen 21*	ActavisPhm	1	➧ 7,77	
02417464	*reclipsen 28*	ActavisPhm	1	➧ 7,77	

ÉTHINYLESTRADIOL/ DROSPIRENONE P

Co.				0,02 mg -3 mg **PPB**	
02415380	*Mya*	Apotex	1	➧ 10,06	
02321157	*Yaz*	Bayer	1	11,84	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			0,03 mg - 3 mg **PPB**		
02261723	*Yasmin 21*	Bayer	1	11,84	
02261731	*Yasmin 28*	Bayer	1	11,84	
02410788	*Zamine 21*	Apotex	1	➡ 9,01	
02410796	*Zamine 28*	Apotex	1	➡ 9,01	
02385058	*Zarah 21*	Cobalt	1	➡ 9,01	
02385066	*Zarah 28*	Cobalt	1	➡ 9,01	
ÉTHINYLESTRADIOL/ ÉTHYNODIOL (DIACÉTATE D') P					
Co.			0,03 mg -2 mg		
00469327	*Demulen 30 (21)*	Pfizer	1	11,91	
00471526	*Demulen 30 (28)*	Pfizer	1	12,74	
ÉTHINYLESTRADIOL/ ÉTONOGESTREL P					
Anneau vag.			2,6 mg -11,4 mg		
02253186	*Nuvaring*	Merck	1	14,72	
			3	44,16	
ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL P					
Co.			0,020 mg -0,10 mg **PPB**		
02236974	*Alesse 21*	Pfizer	1	12,70	
02236975	*Alesse 28*	Pfizer	1	12,70	
02387875	*Alysena 21*	Apotex	1	➡ 7,62	
02387883	*Alysena 28*	Apotex	1	➡ 7,62	
02298538	*Aviane 21*	Teva Can	1	➡ 7,62	
02298546	*Aviane 28*	Teva Can	1	➡ 7,62	
02388138	*Esme 21*	Mylan	1	➡ 7,62	
02388146	*Esme 28*	Mylan	1	➡ 7,62	
02401185	*Lutera 21*	Cobalt	1	➡ 7,62	
02401207	*Lutera 28*	Cobalt	1	➡ 7,62	
Co.			0,03 mg -0,05 mg -0,04 mg -0,075 mg -0,03 mg -0,125 mg		
00707600	*Triquilar 21*	Bayer	1	14,52 ⬆	11,7000
00707503	*Triquilar 28*	Bayer	1	14,52 ⬆	11,7000
Co.			0,03 mg -0,15 mg **PPB**		
02042320	*Min-Ovral 21*	Pfizer	1	12,13	
02042339	*Min-Ovral 28*	Pfizer	1	12,13	
02387085	*Ovima 21*	Apotex	1	➡ 7,28	
02387093	*Ovima 28*	Apotex	1	➡ 7,28	
02295946	*Portia 21*	Teva Can	1	➡ 7,28	
02295954	*Portia 28*	Teva Can	1	➡ 7,28	
Co. (91)			0,03 mg -0,15 mg		
02296659	*Seasonale*	Paladin	1	54,06	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL - ÉTHINYLESTRADIOL F

Co. 0,03 mg - 0,15 mg (84 co.)/0,01 mg (7 co.)

02346176	*Seasonique*	Paladin	1	52,66	

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORELGESTROMINE F

Timbre cut. (3) 0,60 mg - 6 mg

02248297	*Evra*	Janss. Inc	1	14,95	

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE F

Co. 0,035 mg -0,5 mg **PPB**

02187086	*Brévicon 0.5/35 (21)*	Pfizer	1	➧ 10,92	
02187094	*Brévicon 0.5/35 (28)*	Pfizer	1	➧ 10,92	
00317047	*Ortho 0.5/35 (21)*	Janss. Inc	1	12,69	
00340731	*Ortho 0.5/35 (28)*	Janss. Inc	1	12,69	

Co. 0,035 mg -0,5 mg -0,035 mg -0,75 mg -0,035 mg -1 mg

00602957	*Ortho 7/7/7 (21)*	Janss. Inc	1	12,69	
00602965	*Ortho 7/7/7 (28)*	Janss. Inc	1	12,69	

Co. 0,035 mg -0,5 mg -0,035 mg -1 mg -0,035 mg -0,5 mg

02187108	*Synphasic 21*	Pfizer	1	10,35	
02187116	*Synphasic 28*	Pfizer	1	10,35	

Co. 0,035 mg -1 mg **PPB**

02189054	*Brévicon 1/35 (21)*	Pfizer	1	10,92	
02189062	*Brévicon 1/35 (28)*	Pfizer	1	10,92	
00372846	*Ortho 1/35 (21)*	Janss. Inc	1	12,55	
00372838	*Ortho 1/35 (28)*	Janss. Inc	1	12,55	
02197502	*Select 1/35 (21)*	Pfizer	1	➧ 7,37	
02199297	*Select 1/35 (28)*	Pfizer	1	➧ 7,37	

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) F

Co. 0,02 mg -1 mg

00315966	*Minestrin 1/20 (21)*	Warner	1	12,73	
00343838	*Minestrin 1/20 (28)*	Warner	1	12,73	

Co. 0,03 mg -1,5 mg

00297143	*Loestrin 1.5/30 (21)*	Warner	1	12,73	
00353027	*Loestrin 1.5/30 (28)*	Warner	1	12,73	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORGESTIMATE Ⓕ

Co.		0,025 mg/0,180 mg - 0,215 mg - 0,250 mg **PPB**			
02401967	*Tricira Lo (21)*	Apotex	1	➡ 9,47	
02401975	*Tricira Lo (28)*	Apotex	1	➡ 9,47	
02258560	*Tri-Cyclen LO (21)*	Janss. Inc	1	12,15	
02258587	*Tri-Cyclen LO (28)*	Janss. Inc	1	12,15	

Co.		0,035 mg -0,180 mg -0,035 mg -0,215 mg -0,035 mg -0,25 mg			
02028700	*Tri-Cyclen (21)*	Janss. Inc	1	12,69	
02029421	*Tri-Cyclen (28)*	Janss. Inc	1	12,69	

Co.			0,035 mg -0,25 mg		
01968440	*Cyclen (21)*	Janss. Inc	1	12,69	
01992872	*Cyclen (28)*	Janss. Inc	1	12,69	

LÉVONORGESTREL

Co.			0,75 mg **PPB**		
02364905	*Next Choice*	ActavisPhm	2	8,77 ➡	4,3850
02285576	*Norlevo*	Bayer	2	16,24	8,1200
02371189	*Option 2*	Teva Can	2	8,77 ➡	4,3850
02241674	*Plan B*	Paladin	2	16,24	8,1200

LÉVONORGESTREL Ⓕ

Sys. Intra-Utér.				13,5 mg	
02408295	*Jaydess*	Bayer	1	270,68	

Sys. Intra-Utér.				52 mg	
02243005	*Mirena*	Bayer	1	318,45	

NORÉTHINDRONE Ⓕ

Co. (28)				0,35 mg	
00037605	*Micronor*	Janss. Inc	1	12,69	

ULIPRISTAL (ACÉTATE D') Ⓕ

Co.				5 mg	
02408163	*Fibristal*	Actavis	30	343,80	11,4600

68:16.04
ESTROGÈNES

ESTRADIOL-17B Ⓕ

Anneau vag.				2 mg	
02168898	*Estring*	Paladin	1	62,77	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				0,5 mg	
02225190	*Estrace*	Trimel	100	11,31	0,1131
Co.				1 mg	
02148587	*Estrace*	Trimel	100	21,87	0,2187
Co.				2 mg	
02148595	*Estrace*	Trimel	100	38,59	0,3859
Co. Vag. (App.)				10 mcg	
02325462	*Vagifem 10*	N.Nordisk	18	42,07	

ESTROGÈNES CONJUGUÉS BIOLOGIQUES Ⓕ

Cr. Vag.				0,625 mg/g	
02043440	*Premarin*	Pfizer	14 g	8,79	

ESTROGÈNES CONJUGUÉS SYNTHÉTIQUES Ⓕ

Co.				0,625 mg	
00265470	*C.E.S.*	Valeant	100	7,74	R
			1000	77,40	R

ESTRONE Ⓕ

Cr. Vag.				1 mg/g	
00727369	*Estragyn crème vaginale*	Paladin	45 g	15,55	

68:16.12
AGONISTES ET ANTAGONISTES DES ESTROGÈNES

CLOMIFÈNE Ⓕ

Co.				50 mg	**PPB**	
02091879	*Clomid*	SanofiAven	50	242,50	➡	4,8500
00893722	*Serophene*	Serono	10	48,50	➡	4,8500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. 60 mg **PPB**

02358840	*ACT Raloxifene*	ActavisPhm	30	13,75	➡	0,4583
			100	45,83	➡	0,4583
02279215	*Apo-Raloxifene*	Apotex	100	45,83	➡	0,4583
02239028	*Evista*	Lilly	28	46,15		1,6482
02358921	*pms-Raloxifene*	Phmscience	30	13,75	➡	0,4583
			100	45,83	➡	0,4583
02415852	*Raloxifene*	Pro Doc	30	13,75	➡	0,4583
			100	45,83	➡	0,4583
02312298	*Teva-Raloxifène*	Novopharm	100	45,83	➡	0,4583

68:18
GONADOTROPHINES

DEGARELIX (ACÉTATE DE) P

Trousse 80 mg

02337029	*Firmagon*	Ferring	1	255,00	

Trousse 120 mg

02337037	*Firmagon*	Ferring	1	690,00	

NAFARELINE (ACETATE DE) P

Vap. nasal 2 mg/mL

02188783	*Synarel*	Pfizer	8 ml	283,56	

68:20.02
INHIBITEURS DES ALPHA-GLUCOSIDASES

ACARBOSE P

Co. 50 mg

02190885	*Glucobay*	Bayer	120	29,76	0,2480

Co. 100 mg

02190893	*Glucobay*	Bayer	120	41,15	0,3429

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

68:20.04
BIGUANIDES
METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) F
Co. 500 mg **PPB**

	02257726	*ACT Metformin*	ActavisPhm	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02167786	*Apo-Metformin*	Apotex	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
+	02438275	*Auro-Metformin*	Aurobindo	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02099233	*Glucophage*	SanofiAven	100	23,68		0,2368
				500	106,53		0,2131
	02380196	*Jamp-Metformin*	Jamp	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02380722	*Jamp-Metformin Blackberry*	Jamp	500	22,20	➧	0,0444
	02378620	*Mar-Metformin*	Marcan	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02378841	*Metformin*	Marcan	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02353377	*Metformin*	Sanis	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02385341	*Metformin FC*	Sivem	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02388766	*Mint-Metformin*	Mint	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02148765	*Mylan-Metformin*	Mylan	360	15,98	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02045710	*Novo-Metformin*	Novopharm	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02246964	*phl-Metformin*	Pharmel	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02223562	*pms-Metformin*	Phmscience	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02314908	*Pro-Metformin*	Pro Doc	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02269031	*Ran-Metformin*	Ranbaxy	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02242974	*ratio-Metformin*	Ratiopharm	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02239081	*Riva-Metformin*	Riva	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
~	02246820	*Sandoz Metformin FC*	Sandoz	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444
	02379767	*Septa-Metformin*	Septa	100	4,44	➧	0,0444
				500	22,20	➧	0,0444

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				850 mg **PPB**	
02257734	*ACT Metformin*	ActavisPhm	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02229785	*Apo-Metformin*	Apotex	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
+ 02438283	*Auro-Metformin*	Aurobindo	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02162849	*Glucophage*	SanofiAven	100	30,80	0,3080
02380218	*Jamp-Metformin*	Jamp	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02380730	*Jamp-Metformin Blackberry*	Jamp	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02378639	*Mar-Metformin*	Marcan	100	6,10	0,0610
02378868	*Metformin*	Marcan	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02353385	*Metformin*	Sanis	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02385368	*Metformin FC*	Sivem	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02388774	*Mint-Metformin*	Mint	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02229656	*Mylan-Metformin*	Mylan	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02230475	*Novo-Metformin*	Novopharm	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02242589	*pms-Metformin*	Phmscience	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02314894	*Pro-Metformin*	Pro Doc	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02269058	*Ran-Metformin*	Ranbaxy	100	6,10	0,0610
02242931	*ratio-Metformin*	Ratiopharm	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02242783	*Riva-Metformin*	Riva	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02246821	*Sandoz Metformin FC*	Sandoz	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610
02379775	*Septa-Metformin*	Septa	100	6,10	0,0610
			500	30,50	0,0610

68:20.08
INSULINES
INSULINE ASPART

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL	
02245397	*NovoRapid*	N.Nordisk	10 ml	25,37	

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL (3 mL)	
02377209	*NovoRapid FlexTouch*	N.Nordisk	5	50,79	
02244353	*NovoRapid Penfill*	N.Nordisk	5	50,79	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

INSULINE GLULISINE

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL	
02279460	*Apidra*	SanofiAven	10 ml	24,50	

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL (3 mL)	
02279479	*Apidra*	SanofiAven	5	48,45	
02294346	*Apidra Solostar*	SanofiAven	5	49,00	

INSULINE ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE

Susp. Inj. S.C.				100 U/mL	
00587737	*Humulin N*	Lilly	10 ml	17,12	
02024225	*Novolin ge NPH*	N.Nordisk	10 ml	18,39	

Susp. Inj. S.C.				100 U/mL (3 mL)	
01959239	*Humulin N*	Lilly	5	35,50	
02403447	*Humulin N KwikPen*	Lilly	5	34,89	
02024268	*Novolin ge NPH Penfill*	N.Nordisk	5	36,75	

INSULINE LISPRO

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL	
02229704	*Humalog*	Lilly	10 ml	26,17	

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL (3 mL)	
02229705	*Humalog*	Lilly	5	51,44	
02403412	*Humalog KwikPen*	Lilly	5	51,44	

INSULINE ZINC CRISTALLINE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL	
00586714	*Humulin R*	Lilly	10 ml	17,12	
02024233	*Novolin ge Toronto*	N.Nordisk	10 ml	18,39	

Sol. Inj. S.C.				100 U/mL (3 mL)	
01959220	*Humulin R*	Lilly	5	35,50	
02024284	*Novolin ge Toronto Penfill*	N.Nordisk	5	36,75	

INSULINES ZINC CRISTALLINE ET ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUES DE SÉQUENCE HUMAINE

Susp. Inj. S.C.				30 U -70 U/mL	
00795879	*Humulin 30/70*	Lilly	10 ml	17,12	
02024217	*Novolin ge 30/70*	N.Nordisk	10 ml	18,39	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Inj. S.C.			30 U -70 U/mL (3 mL)		
01959212	*Humulin 30/70*	Lilly	5	35,50	
02025248	*Novolin ge 30/70 Penfill*	N.Nordisk	5	36,75	
Susp. Inj. S.C.			40 U -60 U/mL (3 mL)		
02024314	*Novolin ge 40/60 Penfill*	N.Nordisk	5	36,75	
Susp. Inj. S.C.			50 U -50 U/mL(3 mL)		
02024322	*Novolin ge 50/50 Penfill*	N.Nordisk	5	36,75	

68:20.20
SULFONYLURÉES
CHLORPROPAMIDE F

Co.				100 mg		
00399302	*Apo-Chlorpropamide*	Apotex	100	7,45		0,0745
Co.				250 mg		
00312711	*Apo-Chlorpropamide*	Apotex	100	18,15	↑	0,0450

GLYBURIDE F

Co.				2,5 mg **PPB**		
01913654	*Apo-Glyburide*	Apotex	100	3,21	➡	0,0321
			500	16,03	➡	0,0321
02224550	*Diabeta*	SanofiAven	30	3,51		0,1170
02350459	*Glyburide*	Sanis	100	3,21	➡	0,0321
			500	16,03	➡	0,0321
01959352	*Glyburide-2.5*	Pro Doc	100	3,21	➡	0,0321
			500	16,03	➡	0,0321
00808733	*Mylan-Glybe*	Mylan	500	16,03	➡	0,0321
* 02345854	*NTP-Glyburide*	Teva Can	100	3,21		**R**
			500	16,03		**R**
01900927	*ratio-Glyburide*	Ratiopharm	300	9,62	➡	0,0321
02236543	*Riva-Glyburide*	Pharmel	500	16,03	➡	0,0321
02248008	*Sandoz Glyburide*	Sandoz	500	16,03	➡	0,0321
01913670	*Teva-Glyburide*	Teva Can	100	3,21	➡	0,0321
			500	16,03	➡	0,0321

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				5 mg **PPB**	
01913662	*Apo-Glyburide*	Apotex	100	5,73	0,0573
			500	28,65	0,0573
02224569	*Diabeta*	SanofiAven	30	6,25	0,2083
			300	62,50	0,2083
02350467	*Glyburide*	Sanis	100	5,73	0,0573
			500	28,65	0,0573
00808741	*Mylan-Glybe*	Mylan	500	28,65	0,0573
* 02345862	*NTP-Glyburide*	Teva Can	500	28,65	R
02236734	*pms-Glyburide*	Phmscience	30	1,72	0,0573
			500	28,65	0,0573
02316544	*Pro-Glyburide*	Pro Doc	30	1,72	0,0573
			500	28,65	0,0573
01900935	*ratio-Glyburide*	Ratiopharm	30	1,72	0,0573
			300	17,19	0,0573
02236548	*Riva-Glyburide*	Pharmel	500	28,65	0,0573
02248009	*Sandoz Glyburide*	Sandoz	100	5,73	0,0573
			500	28,65	0,0573
01913689	*Teva-Glyburide*	Teva Can	100	5,73	0,0573
			500	28,65	0,0573

TOLBUTAMIDE F

Co.				500 mg	
00312762	*Tolbutamide*	AA Pharma	100	10,89	0,0855
			1000	108,90	0,0712

68:22.12
GLYCOGÉNOLYTIQUES

GLUCAGON F

Pd. Inj.				1 mg **PPB**	
02333619	*GlucaGen*	Paladin	1	77,10	
02333627	*GlucaGen HypoKit*	Paladin	1	77,10	
02243297	*Glucagon*	Lilly	1	85,67	

68:24
PARATHYROÏDIENS

CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE) F

Sol. Inj.				100 UI	
02007134	*Caltine*	Ferring	1 ml	7,82	

Sol. Inj.				200 U/mL	
01926691	*Calcimar Solution*	SanofiAven	2 ml	46,04	

68:28
HORMONES HYPOPHYSAIRES

COSYNTROPHINE ZINC (HYDROXYDE DE)

Susp. Inj. I.M.				1 mg/mL	
00253952	*Synacthen Dépot*	Valeo	1 ml	23,49	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE) F

Co. ou Co. Diss. Orale			0,1 mg ou 0,06 mg	**PPB**		
02284030	*Apo-Desmopressin*	Apotex	100	33,03	➡	0,3303
00824305	*DDAVP*	Ferring	30	39,65		1,3217
02284995	*DDAVP Melt*	Ferring	30	29,73		0,9910
02287730	*Novo-Desmopressin*	Novopharm	30	9,91	➡	0,3303
02304368	*pms-Desmopressin*	Phmscience	100	33,03	➡	0,3303
Co. ou Co. Diss. Orale			0,2 mg ou 0,12 mg	**PPB**		
02284049	*Apo-Desmopressin*	Apotex	100	66,07	➡	0,6607
00824143	*DDAVP*	Ferring	30	79,30		2,6433
			100	264,32		2,6432
02285002	*DDAVP Melt*	Ferring	30	59,47		1,9823
02287749	*Novo-Desmopressin*	Novopharm	30	19,82	➡	0,6607
			100	66,08	➡	0,6608
02304376	*pms-Desmopressin*	Phmscience	100	66,07	➡	0,6607
Sol. Inj.				4 mcg/mL		
00873993	*DDAVP*	Ferring	1 ml	10,06		
Sol. Inj.				15 mcg/mL		
02024179	*Octostim*	Ferring	1 ml	34,56		
Sol. Nas.				0,1 mg/mL		
00402516	*DDAVP*	Ferring	2,5 ml	47,20		
Vap. nasal			10 mcg/dose	**PPB**		
00836362	*DDAVP*	Ferring	25 dose(s)	47,20		
			50 dose(s)	94,40		
02242465	*Desmopressin*	AA Pharma	25 dose(s)	35,40	➡	
			50 dose(s)	70,80	➡	
Vap. nasal				150 mcg/dose		
02237860	*Octostim*	Ferring	25 dose(s)	386,00		

68:32
PROGESTATIFS

DIÉNOGEST F

Co.				2 mg		
02374900	*Visanne*	Bayer	28	55,00		1,9643

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE) P

Co. 2,5 mg **PPB**

02244726	*Apo-Medroxy*	Apotex	100	4,16	0,0416
			500	20,79	0,0416
02253550	*Medroxy-2.5*	Pro Doc	100	4,16	0,0416
			500	20,79	0,0416
02221284	*Novo-Medrone*	Novopharm	100	4,16	0,0416
00708917	*Provera*	Pfizer	100	13,28	0,1328
			500	66,37	0,1327

Co. 5 mg **PPB**

02244727	*Apo-Medroxy*	Apotex	100	8,23	0,0823
02253577	*Medroxy-5*	Pro Doc	100	8,23	0,0823
02221292	*Novo-Medrone*	Novopharm	100	8,23	0,0823
00030937	*Provera*	Pfizer	100	26,25	0,2625

Co. 10 mg **PPB**

02277298	*Apo-Medroxy*	Apotex	100	16,70	0,1670
02221306	*Novo-Medrone*	Novopharm	100	16,70	0,1670
00729973	*Provera*	Pfizer	100	53,00	0,5300

Co. 100 mg

02267640	*Apo-Medroxy*	Apotex	100	120,57	0,9519

Susp. Inj. I.M. 50 mg/mL

00030848	*Depo-Provera*	Pfizer	5 ml	24,65	

Susp. Inj. I.M. 150 mg/mL

00585092	*Depo-Provera*	Pfizer	1 ml	26,98	

PROGESTÉRONE P

Sol. Inj. Huil. 50 mg/mL

01977652	*Progestérone*	Cytex	10 ml	58,61	

68:36.04
THYROÏDIENS

LÉVOTHYROXINE SODIQUE P

Co. 0,025 mg

02264323	*Euthyrox*	Serono	1000	56,44	0,0564
02172062	*Synthroid*	BGP Pharma	90	6,97	0,0774
			1000	71,09	0,0711

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				0,05 mg	
02213192	*Eltroxin*	Aspri Phm	500	13,70	0,0274
02264331	*Euthyrox*	Serono	1000	24,92	0,0249
02172070	*Synthroid*	BGP Pharma	90	4,21	0,0468
			1000	42,53	0,0425
Co.				0,075 mg	
02264358	*Euthyrox*	Serono	1000	61,00	0,0610
02172089	*Synthroid*	BGP Pharma	90	7,52	0,0836
			1000	76,75	0,0768
Co.				0,088 mg	
02264366	*Euthyrox*	Serono	1000	61,00	0,0610
02172097	*Synthroid*	BGP Pharma	90	7,52	0,0836
			1000	76,75	0,0768
Co.				0,1 mg	
02213206	*Eltroxin*	Aspri Phm	500	16,82	0,0336
02264374	*Euthyrox*	Serono	1000	30,60	0,0306
02172100	*Synthroid*	BGP Pharma	90	5,58	0,0620
			1000	56,61	0,0566
Co.				0,112 mg	
02264390	*Euthyrox*	Serono	1000	64,41	0,0644
02171228	*Synthroid*	BGP Pharma	90	7,96	0,0884
			1000	81,04	0,0810
Co.				0,125 mg	
02264404	*Euthyrox*	Serono	1000	65,44	0,0654
02172119	*Synthroid*	BGP Pharma	90	8,09	0,0899
			1000	82,41	0,0824
Co.				0,137 mg	
02264412	*Euthyrox*	Serono	100	11,48	0,1148
02233852	*Synthroid*	BGP Pharma	90	14,14	0,1571
			1000	157,07	0,1571
Co.				0,15 mg	
02213214	*Eltroxin*	Aspri Phm	500	18,66	0,0373
02264420	*Euthyrox*	Serono	1000	33,94	0,0339
02172127	*Synthroid*	BGP Pharma	90	5,99	0,0666
			1000	60,82	0,0608
Co.				0,175 mg	
02264439	*Euthyrox*	Serono	1000	69,90	0,0699
02172135	*Synthroid*	BGP Pharma	90	8,64	0,0960
			1000	88,06	0,0881

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				0,2 mg	
02213222	*Eltroxin*	Aspri Phm	500	19,74	0,0395
02264447	*Euthyrox*	Serono	100	3,59	0,0359
02172143	*Synthroid*	BGP Pharma	90	6,41	0,0712
			1000	64,81	0,0648
Co.				0,3 mg	
02213230	*Eltroxin*	Aspri Phm	500	29,61	0,0592
02264455	*Euthyrox*	Serono	100	7,85	0,0785
02172151	*Synthroid*	BGP Pharma	90	8,82	0,0980
LIOTHYRONINE SODIQUE F					
Co.				5 mcg	
01919458	*Cytomel*	Pfizer	100	98,18	0,9818
Co.				25 mcg	
01919466	*Cytomel*	Pfizer	100	106,73	1,0673

68:36.08
ANTITHYROÏDIENS
MÉTHIMAZOLE F

Co.				5 mg	
00015741	*Tapazole*	Paladin	100	24,73	0,2473

PROPYLTHIOURACILE F

Co.				50 mg	
00010200	*Propyl-Thyracil*	Paladin	100	21,40	0,2140
Co.				100 mg	
00010219	*Propyl-Thyracil*	Paladin	100	33,50	0,3350

84:00
PEAU ET MUQUEUSES

84:04	**anti-infectieux**
84:04.04	antibactériens
84:04.08	antifongiques
84:04.12	scabicides et pédiculicides
84:04.92	autres anti-infectieux locaux
84:06	**anti-inflammatoires**
84:28	**kératolytiques**
84:32	**kératoplastiques**
84:92	**peau et muqueuses, divers**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

84:04.04
ANTIBACTÉRIENS

BACITRACINE

Pd. Inj./Top. — 50 000 U

00030708	*Bacitracine*	Pfizer	50 ml	9,10	

Pom. Top. — 500 U/g **PPB**

00584908	*Bacitin*	Pendopharm	30 g	2,98	0,0993
02351714	*Bacitracin*	Jamp	450 g	44,72	0,0994

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) P

Sol. Top. — 1 % **PPB**

02243659	*Clinda-T*	Valeant	60 ml	9,15	
00582301	*Dalacin T*	Pfizer	30 ml	8,93	
			60 ml	17,86	
02266938	*Taro-Clindamycin*	Taro	30 ml	6,78	
			60 ml	9,15	

FUSIDATE DE SODIUM P

Pom. Top. — 2 %

00586676	*Fucidin*	Leo	15 g	8,89	0,5927
			30 g	17,78	0,5927

FUSIDIQUE (ACIDE) P

Cr. Top. — 2 %

00586668	*Fucidin*	Leo	15 g	8,89	0,5927
			30 g	17,78	0,5927

MÉTRONIDAZOLE P

Cr. Top. — 0,75 %

02226839	*Metrocreme*	Galderma	60 g	30,76	0,5127

Cr. Top. — 1 % **PPB**

02156091	*Noritate*	Valeant	45 g	24,03	0,5340
02242919	*Rosasol*	GSK	30 g	15,23	0,5077

Gel Top. — 1 %

02297809	*Metrogel*	Galderma	55 g	33,00	0,6000

Lot. — 0,75 %

02248206	*Métrolotion*	Galderma	120 ml	61,52	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MUPIROCINE

Pom. Top. — 2 % **PPB**

01916947	*Bactroban*	GSK CONS	15 g	7,52	0,5013
			30 g	15,06	0,5020
02279983	*Taro-Mupirocin*	Taro	15 g	5,18	0,3453
			30 g	10,36	0,3453

MUPIROCINE CALCIQUE

Cr. Top. — 2 %

02239757	*Bactroban*	GSK CONS	15 g	7,52	0,5013

POLYMYXINE B (SULFATE DE)/ BACITRACINE ZINC

Pom. Top. — 10 000 U -500 U/g **PPB**

00621366	*Bioderm*	Odan	15 g	5,04	0,3360
			30 g	6,37	0,2123
02357569	*Jampolycin*	Jamp	15 g	5,04	0,3360

84:04.08
ANTIFONGIQUES

CICLOPIROX OLAMINE F

Cr. Top. — 1 %

02221802	*Loprox*	Valeant	60 g	18,31	0,3052

Lot. — 1 %

02221810	*Loprox*	Valeant	60 ml	18,97	

CLOTRIMAZOLE

Cr. Top. — 10 mg/g

00812382	*Clotrimaderm*	Taro	20 g	4,20	0,2100
			30 g	6,30	0,2100
			50 g	9,00	0,1800
			500 g	44,20	0,0884

Cr. Vag. (App.) — 1 % **PPB**

00812366	*Clotrimaderm*	Taro	50 g	8,75	
00874051	*Néo-Zol*	Néolab	50 g	8,75	

Cr. Vag. (App.) — 2 %

00812374	*Clotrimaderm*	Taro	25 g	8,75	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
KÉTOCONAZOLE P					
Cr. Top.				2 %	
02245662	*Ketoderm*	Taro	30 g	9,50	0,3167
MICONAZOLE (NITRATE DE)					
Cr. Vag. (App.)				2 %	
02231106	*Micozole*	Taro	45 g	6,80	
NYSTATINE					
Cr. Top.				100 000 U/g **PPB**	
00716871	*Nyaderm*	Taro	454 g	28,60	0,0630
02194236	*ratio-Nystatin*	Ratiopharm	15 g	0,95	0,0633
			30 g	1,89	0,0630
			450 g	28,35	0,0630
NYSTATINE P					
Cr. Vag. (App.)				25 000 U/g	
00716901	*Nyaderm*	Taro	120 g	5,90	
NYSTATINE					
Pom. Top.				100 000 U/g	
02194228	*ratio-Nystatin*	Ratiopharm	30 g	2,71	0,0903
TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) P					
Cr. Top.				1 %	
02031094	*Lamisil*	Novartis	30 g	14,83	0,4943
Vap. top.				1 %	
02238703	*Lamisil*	Novartis	30 ml	14,65	
TERCONAZOLE P					
Cr. Vag. (App.)				0,4 % **PPB**	
02247651	*Taro-Terconazole*	Taro	45 g	12,27	
00894729	*Terazol 7*	Janss. Inc	45 g	19,34	

84:04.12
SCABICIDES ET PÉDICULICIDES

DIMÉTICONE

Sol.				50% P/P	
02373785	*Nyda*	Pediapharm	50 ml	22,42	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
ISOPROPYLE (MYRISTATE D')					
Sol. Top.				50 %	
02279592	*Resultz*	MedFutures	120 ml 240 ml	11,50 22,42	
PERMÉTHRINE					
Après-Shamp.				1 %	
02231480	*Kwellada-P Crème rinse*	Medtech	50 ml 200 ml	4,48 15,87	
Cr. Top.				5 %	
02219905	*Nix*	GSK CONS	30 g	14,04	0,4680
Lot.				5 %	
02231348	*Kwellada-P Lotion*	Medtech	100 ml	25,06	
PYRÉTHRINES/ BUTOXYDE DE PIPÉRONYLE					
Shamp.			0,33 % -3 % à 4 %	**PPB**	
02229642	*Pronto Shampooing*	Del	59 ml	➧ 4,45	
02125447	*R & C Shampoo with conditioner*	Medtech	50 ml 200 ml	4,15 14,71	➧ 0,0736

84:04.92
AUTRES ANTI-INFECTIEUX LOCAUX

ALUMINIUM (ACÉTATE D')

Pd.				2,36 g/sac.	
00579947	*Buro-Sol*	GSK	10	7,17	0,7170

SULFADIAZINE D'ARGENT F

Cr. Top.				1 %	
00323098	*Flamazine*	S. & N.	20 g 50 g 500 g	4,86 10,96 66,01	0,2430 0,2192 0,1320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

84:06
ANTI-INFLAMMATOIRES
AMCINONIDE

Cr. Top.

				0,1 % PPB	
02192284	*Cyclocort*	GSK	60 g	24,42	0,4070
02247098	*ratio-Amcinonide*	Ratiopharm	15 g	2,86	0,1907
			30 g	5,73	0,1910
			60 g	11,45	0,1908
02246714	*Taro-Amcinonide*	Taro	15 g	2,86	0,1907
			30 g	5,73	0,1910
			60 g	11,45	0,1908

Lot.

				0,1 % PPB	
02192276	*Cyclocort*	GSK	60 ml	20,28	
02247097	*ratio-Amcinonide*	Ratiopharm	20 ml	4,54	
			60 ml	13,63	

Pom. Top.

				0,1 % PPB	
02192268	*Cyclocort*	GSK	60 g	24,42	0,4070
02247096	*ratio-Amcinonide*	Ratiopharm	15 g	4,73	0,2853
			30 g	9,45	0,2847
			60 g	16,42	0,2737

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Cr. Top.

				0,025 %	
02089602	*Propaderm*	Valeant	45 g	19,13	0,4251

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Cr. Top.

				0,05 % PPB	
00323071	*Diprosone*	Merck	50 g	10,23	0,2046
00804991	*ratio-Topisone*	Ratiopharm	15 g	3,07	0,2047
			50 g	10,23	0,2046
01925350	*Taro-Sone*	Taro	50 g	10,24	0,2048

Lot.

				0,05 % PPB	
00417246	*Diprosone*	Merck	75 ml	14,85	
00809187	*ratio-Topisone*	Ratiopharm	30 ml	5,94	
			75 ml	14,85	

Pom. Top.

				0,05 % PPB	
00344923	*Diprosone*	Merck	50 g	10,76	0,2152
00805009	*ratio-Topisone*	Ratiopharm	15 g	3,23	0,2153
			50 g	10,76	0,2152
			450 g	96,84	0,2152

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ BASE PROPYLÈNEGLYCOL P

Cr. Top.

				0,05 %	PPB	
00688622	*Diprolène*	Merck	50 g	25,93	➡	0,5186
00849650	*ratio-Topilène*	Ratiopharm	15 g	7,78	➡	0,5187
			50 g	25,93	➡	0,5186

Lot.

				0,05 %	PPB	
00862975	*Diprolène*	Merck	60 ml	➡ 16,18		
01927914	*ratio-Topilène*	Ratiopharm	30 ml	➡ 8,09		
			60 ml	➡ 16,18		

Pom. Top.

				0,05 %	PPB	
00629367	*Diprolène*	Merck	15 g	7,78	➡	0,5187
			50 g	25,93	➡	0,5186
00849669	*ratio-Topilène*	Ratiopharm	15 g	7,78	➡	0,5187
			50 g	25,93	➡	0,5186

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ SALICYLIQUE (ACIDE) P

Lot.

				0,05 % -2 %	PPB	
00578428	*Diprosalic Lotion*	Merck	60 ml	➡ 21,14		
02245688	*ratio-Topisalic*	Ratiopharm	30 ml	➡ 10,57		
			60 ml	➡ 21,14		

Pom. Top.

				0,05 % -3 %	
00578436	*Diprosalic Pommade*	Merck	15 g	11,74	0,7827
			50 g	34,96	0,6992

BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE DISODIQUE DE) P

Sol. Rect.

				5 mg/ 100 mL	
02060884	*Betnesol*	Paladin	100 ml	8,79	

BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE) P

Cr. Top.

				0,05 %	PPB	
00716618	*Bétaderm*	Taro	454 g	27,06	➡	0,0596
02357860	*Celestoderm V/2*	Valeant	450 g	26,80	➡	0,0596

Cr. Top.

				0,1 %	PPB	
00716626	*Bétaderm*	Taro	454 g	40,36	➡	0,0889
02357844	*Celestoderm V*	Valeant	450 g	40,00	➡	0,0889

Lot.

				0,05 %	
00653209	*ratio-Ectosone*	Ratiopharm	60 ml	11,40	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Lot.				0,1 %	
00750050	*ratio-Ectosone*	Ratiopharm	60 ml	15,00	
Lot. Cap.				0,1 % **PPB**	
00716634	*Bétaderm*	Taro	75 ml	6,40	
00653217	*ratio-Ectosone*	Ratiopharm	30 ml	2,56	
			75 ml	6,40	
01940112	*Rivasone*	Riva	30 ml	2,56	
			75 ml	6,40	
00027944	*Valisone*	Valeant	75 ml	6,40	
Pom. Top.				0,05 % **PPB**	
00716642	*Bétaderm*	Taro	454 g	27,06	0,0596
02357879	*Celestoderm V/2*	Valeant	450 g	26,80	0,0596
Pom. Top.				0,1 % **PPB**	
00716650	*Bétaderm*	Taro	454 g	40,36	0,0889
02357852	*Celestoderm V*	Valeant	450 g	40,00	0,0889
BUDÉSONIDE Ⓟ					
Sol. Rect.				0,02 mg/mL	
02052431	*Entocort*	AZC	115 ml	8,24	
CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE) Ⓟ					
Cr. Top.				0,05 % **PPB**	
02213265	*Dermovate*	Taro	15 g	10,23	0,6820
			50 g	32,56	0,6512
02024187	*Mylan-Clobétasol*	Mylan	15 g	3,42	0,2280
			50 g	11,40	0,2280
02093162	*Novo-Clobétasol*	Novopharm	50 g	11,40	0,2280
02309521	*pms-Clobetasol*	Phmscience	50 g	11,40	0,2280
01910272	*ratio-Clobetasol*	Ratiopharm	15 g	3,42	0,2280
			50 g	11,40	0,2280
			450 g	102,56	0,2279
02245523	*Taro-Clobetasol*	Taro	15 g	3,42	0,2280
			50 g	11,40	0,2280
			454 g	103,47	0,2279
Lot. Cap.				0,05 % **PPB**	
02213281	*Dermovate Capillaire*	Taro	60 ml	34,11	
02216213	*Mylan-Clobétasol*	Mylan	60 ml	11,94	
02232195	*pms-Clobetasol*	Phmscience	60 ml	11,94	
01910299	*ratio-Clobetasol*	Ratiopharm	20 ml	3,98	
			60 ml	11,94	
02245522	*Taro-Clobetasol*	Taro	60 ml	11,94	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pom. Top.				0,05 % **PPB**	
02213273	*Dermovate*	Taro	15 g	10,23	0,6820
			50 g	32,56	0,6512
02026767	*Mylan-Clobétasol*	Mylan	15 g	3,42	0,2280
			50 g	11,40	0,2280
02126192	*Novo-Clobétasol*	Novopharm	50 g	11,40	0,2280
02309548	*pms-Clobetasol*	Phmscience	50 g	11,40	0,2280
01910280	*ratio-Clobetasol*	Ratiopharm	15 g	3,42	0,2280
			50 g	11,40	0,2280
			450 g	102,56	0,2279
02245524	*Taro-Clobetasol*	Taro	15 g	3,42	0,2280
			50 g	11,40	0,2280

CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)

Cr. Top.				0,05 %	
02214415	*Spectro Eczemacare medicated cream*	GSK CONS	30 g	11,45	0,3817

DÉSONIDE P

Cr. Top.				0,05 %	
02229315	*pms-Desonide*	Phmscience	15 g	3,92	0,2613
			60 g	15,66	0,2610
			454 g	118,49	0,2610
Pom. Top.				0,05 %	
02229323	*pms-Desonide*	Phmscience	60 g	15,66	0,2610

DÉSOXIMÉTASONE P

Cr. Top. (Emol.)				0,05 %	
02221918	*Topicort Doux*	Valeant	20 g	9,08	0,4540
			60 g	22,97	0,3828
Cr. Top. (Emol.)				0,25 %	
02221896	*Topicort*	Valeant	20 g	13,08	0,6540
			60 g	34,59	0,5765
Gel Top.				0,05 %	
02221926	*Topicort*	Valeant	60 g	26,82	0,4470
Pom. Top.				0,25 %	
02221934	*Topicort*	Valeant	60 g	34,59	0,5765

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DIFLUCORTOLONE (VALÉRATE DE) F

Cr. Top. Huil. — 0,1 %

00587818	*Nérisone*	GSK	30 g	11,34	0,3780
			60 g	22,69	0,3782

FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE) F

Huile Top. — 0,01 %

00873292	*Derma-Smoothe/FS*	Hill	118 ml	29,15	

Pom. Top. — 0,025 %

02162512	*Synalar Régulier*	Valeant	60 g	25,85	0,4308

Sol. Top. — 0,01 %

02162504	*Synalar Solution*	Valeant	60 ml	24,55	

FLUOCINONIDE F

Cr. Top. — 0,05 % **PPB**

02161923	*Lidex Crème*	Valeant	60 g	14,27	➧	0,2378
			400 g	95,12	➧	0,2378
00716863	*Lyderm*	Taro	15 g	3,57		0,2380
			60 g	14,27	➧	0,2378
			400 g	95,12	➧	0,2378
00816132	*Topactin*	Paladin	30 g	7,33		0,2443
			450 g	110,00		0,2444

Cr. Top. (Emol.) — 0,05 % **PPB**

02163152	*Lidémol Crème Émollient*	Valeant	30 g	5,94	➧	0,1980
			100 g	19,80	➧	0,1980
00598933	*Tiamol*	Taro	25 g	4,95	➧	0,1980
			100 g	19,80	➧	0,1980
02240269	*Topactin Emolliente*	Paladin	60 g	11,88	➧	0,1980
			225 g	44,55	➧	0,1980

Gel Top. — 0,05 % **PPB**

02161974	*Lidex Gel*	Valeant	60 g	18,46		0,3077
02236997	*Lyderm*	Taro	15 g	4,61	➧	0,3073
			60 g	18,45	➧	0,3075

Pom. Top. — 0,05 % **PPB**

02161966	*Lidex Onguent*	Valeant	60 g	18,21	➧	0,3035
02236996	*Lyderm*	Taro	60 g	18,21	➧	0,3035

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

HYDROCORTISONE

Cr. Top. — 1 % **PPB**

+ 00192597	*Emo-Cort*	GSK	45 g	7,42	0,1649
+ 02412926	*Euro-Hydrocortisone*	Euro-Pharm	15 g	3,00	0,2000
			30 g	4,50	0,1500
			45 g	5,63	0,1251
			454 g	44,90	0,0989
+ 80057189	*Jamp-Hydrocortisone Cream 1 %*	Jamp	45 g	5,63	0,1251
+ 00804533	*Prevex HC*	GSK	30 g	7,84	0,2613

Cr. Top. — 2,5 %

00595799	*Emo-Cort Cream 2.5%*	GSK	45 g	9,94	0,2209
			225 g	43,86	0,1949

Lot. — 1 % **PPB**

00192600	*Emo-Cort*	GSK	60 ml	8,92	
80057191	*Jamp-Hydrocortisone Lotion 1 %*	Jamp	60 ml	8,09	
			150 ml	20,24	

Lot. — 2,5 %

00595802	*Emo-Cort*	GSK	60 ml	12,07	

Pom. Top. — 1 %

00716693	*Cortoderm*	Taro	454 g	17,70	0,0390

Sol. Rect. — 100 mg

02112736	*Cortenema*	Aptalis	60 ml	6,45	

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

Cr. Top. — 1 %

00716839	*Hyderm*	Taro	15 g	3,20	0,2133
			500 g	18,20	0,0364

Cr. Top. — 2 %

00749834	*Topiderm HC 2 %*	Paladin	30 g	8,10	0,2700
			225 g	52,60	0,2338

Mousse rect.(app.) — 10 %

00579335	*Cortifoam*	Paladin	15 g	78,78	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pom. Rect. (App.)			0,5 % à 0,75 % **PPB**		
02128446	*Anodan-HC*	Odan	15 g	5,78	0,3853
			30 g	11,55	0,3850
02209764	*Egozinc-HC*	Phmscience	15 g	5,78	0,3853
			30 g	11,55	0,3850
02387239	*JampZinc - HC*	Jamp	15 g	5,78	0,3853
			30 g	11,55	0,3850
00607789	*ratio-Hemcort HC*	Ratiopharm	15 g	5,78	0,3853
			30 g	11,55	0,3850
02179547	*Riva-sol HC*	Riva	15 g	5,78	0,3853
			30 g	11,55	0,3850
02247691	*Sandoz Anuzinc HC*	Sandoz	15 g	5,78	0,3853
			30 g	11,55	0,3850
Supp.			10 mg **PPB**		
02236399	*Anodan-HC*	Odan	12	7,00	0,5833
			24	14,00	0,5833
02210517	*Egozinc-HC*	Phmscience	12	7,00	0,5833
00607797	*ratio-Hemcort HC*	Ratiopharm	12	7,00	0,5833
02240112	*Riva-sol HC*	Riva	12	7,00	0,5833
02242798	*Sandoz Anuzinc HC*	Sandoz	12	7,00	0,5833
			24	14,00	0,5833

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')/ URÉE F

Cr. Top.				1 % -10 %	
00681989	*Dermaflex HC*	Paladin	120 g	14,77	0,1231
			225 g	27,70	0,1231
Lot.				1 % -10 %	
00681997	*Dermaflex HC*	Paladin	150 ml	12,75	

HYDROCORTISONE (VALÉRATE D') F

Cr. Top.				0,2 %	
02242984	*Hydroval*	Taro	15 g	2,50	0,1667
			60 g	7,27	0,1212
			500 g	60,58	0,1212
Pom. Top.				0,2 %	
02242985	*Hydroval*	Taro	15 g	2,50	0,1667
			60 g	7,27	0,1212

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MOMÉTASONE (FUROATE DE) F

Cr. Top. — 0,1 % **PPB**

00851744	*Elocom*	Merck	15 g	9,45	0,6300
			50 g	29,80	0,5960
02367157	*Taro-Mométasone*	Taro	15 g	7,89 ➡	0,5260
			50 g	26,31 ➡	0,5262

Lot. — 0,1 % **PPB**

00871095	*Elocom*	Merck	30 ml	13,60	
			75 ml	32,09	
02266385	*Taro-Mometasone Lotion*	Taro	30 ml	➡ 9,37	
			75 ml	➡ 23,43	

Pom. Top. — 0,1 % **PPB**

00851736	*Elocom*	Merck	15 g	9,12	0,6080
			50 g	28,77	0,5754
02248130	*ratio-Mométasone*	Ratiopharm	15 g	3,38 ➡	0,2253
			50 g	11,26 ➡	0,2252
02264749	*Taro-Mométasone*	Taro	15 g	3,38 ➡	0,2253
			50 g	11,26 ➡	0,2252

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) F

Cr. Top. — 0,1 % **PPB**

02194058	*Aristocort R*	Valeant	30 g	3,90 ➡	0,1300
			500 g	26,65	0,0533
00716960	*Triaderm*	Taro	500 g	25,32 ➡	0,0506

Cr. Top. — 0,5 %

02194066	*Aristocort C*	Valeant	15 g	17,28	1,1520
			50 g	57,60	1,1520

Pom. Top. — 0,1 %

02194031	*Aristocort R*	Valeant	30 g	3,90	0,1300

Pom. Top. (Orale) — 0,1 %

01964054	*Oracort*	Taro	7,5 g	6,83	

84:28
KÉRATOLYTIQUES

LACTIQUE (ACIDE)/ SALICYLIQUE (ACIDE)/ ACÉTIQUE GLACIALE (ACIDE)

Liq. — 10,2 % -10 % -9,8 %

00609501	*Viron Lotion*	Odan	15 ml	6,99 ⬆	0,3673

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SALICYLIQUE (ACIDE)/ THIOSULFATE DE SODIUM

Gel Top. 2 % -8 %

00326577	*Adasept Gel*	Odan	50 ml	6,99	⬆	0,1082

URÉE

Cr. Top. 20 % et 22 % **PPB**

80024301	*Dermaflex*	Paladin	120 g	5,75	➡	0,0479
80023775	*JamUrea 20*	Jamp	225 g	10,78	➡	0,0479
00396125	*Urisec*	Odan	120 g	5,75	➡	0,0479
			225 g	11,69	⬆	0,0488
			454 g	21,75	➡	0,0479

84:32
KÉRATOPLASTIQUES

GOUDRON MINÉRAL

Gel Top. 10 %

00344508	*Targel*	Odan	100 g	13,90	⬆	0,1282

GOUDRON MINÉRAL/ SALICYLIQUE (ACIDE)

Gel Top. 10 % -3 %

00510335	*Targel S.A.*	Odan	100 g	15,35	⬆	0,1419

84:92
PEAU ET MUQUEUSES, DIVERS

ACITRÉTINE P

Caps. 10 mg

02070847	*Soriatane*	Tribute	30	54,00	⬆	1,6553

Caps. 25 mg

02070863	*Soriatane*	Tribute	30	94,90	⬆	2,9090

CALCIPOTRIOL P

Cr. Top. 50 mcg/g

02150956	*Dovonex*	Leo	60 g	43,35	0,7225

Lot. Cap. 50 mcg/mL

02194341	*Dovonex*	Leo	60 ml	45,55	

Pom. Top. 50 mcg/g

01976133	*Dovonex*	Leo	30 g	22,01	0,7337

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
CALCITRIOL F					
Pom. Top.				3 mcg/g	
02338572	*Silkis*	Galderma	60 g	40,80	0,6800
FLUOROURACILE F					
Cr. Top.				5 %	
00330582	*Efudex*	Valeant	40 g	32,00	0,8000
GEL HYDROCOLLOIDAL					
Gel Top.					
00921084	*DuoDERM Gel*	Convatec	30 g	6,64	0,2213
HYDROGEL					
Gel Top.					
99100795	*Cutimed Gel*	BSN Med	15 g	2,95	0,1967
			25 g	3,93	0,1572
99100365	*Nu-Gel*	Systagenix	15 g	2,58	0,1720
			25 g	4,31	0,1724
99100152	*Purilon Gel*	Coloplast	8 g	2,25	0,2813
			15 g	3,15	0,2100
99100192	*Tegaderm 3M - Hydrogel pour plaies*	3M Canada	15 g	2,74	0,1827
99100300	*Woun'dres*	Coloplast	28 g	3,70	0,1321
			84 g	8,98	0,1069
ISOTRÉTINOÏNE F					
Caps.				10 mg **PPB**	
00582344	*Accutane 10*	Roche	30	27,94 ➡	0,9313
02257955	*Clarus*	Mylan	30	27,94 ➡	0,9313
Caps.				40 mg **PPB**	
00582352	*Accutane 40*	Roche	30	57,01 ➡	1,9003
02257963	*Clarus*	Mylan	30	57,01 ➡	1,9003
PODOFILOX F					
Sol. Top.				0,5 % **PPB**	
01945149	*Condyline (3,5 ml)*	SanofiAven	1	37,00	
02074788	*Wartec (3 ml)*	Paladin	1	➡ 35,01	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
PROPYLÈNE GLYCOL/ CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE					
Gel Top.				20 % -3 %	
00907936	*Intrasite*	S. & N.	8 g 15 g 25 g	2,73 3,70 5,74	0,3413 0,2467 0,2296
SODIUM (CHLORURE DE)					
Gel				0,9 %	
00920533	*Normlgel*	Mölnlycke	5 g 15 g	1,50 2,92	
Gel				20 %	
00920517	*Hypergel*	Mölnlycke	5 g 15 g	2,30 4,49	
ZINC (OXYDE DE)					
Band.				7,5 cm X 6 m	
01907603	*Viscopaste PB7*	S. & N.	1	8,80	

86:00
SPASMOLYTIQUES

86:12	génito-urinaires
86:16	respiratoires

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

86:12
GÉNITO-URINAIRES
OXYBUTYNINE (CHLORURE D') P

Co. 2,5 mg

02240549	*pms-Oxybutynin*	Phmscience	100	13,72	0,1372

Co. 5 mg **PPB**

02163543	*Apo-Oxybutynin*	Apotex	100	9,86	0,0986
			500	49,30	0,0986
02230800	*Mylan-Oxybutynine*	Mylan	100	9,86	0,0986
			500	49,30	0,0986
02230394	*Novo-Oxybutynin*	Novopharm	100	9,86	0,0986
			500	49,30	0,0986
02350238	*Oxybutynin*	Sanis	100	9,86	0,0986
			500	49,30	0,0986
02220636	*Oxybutynine-5*	Pro Doc	100	9,86	0,0986
			500	49,30	0,0986
02245827	*phl-Oxybutynin*	Pharmel	100	9,86	0,0986
			500	49,30	0,0986
02240550	*pms-Oxybutynin*	Phmscience	100	9,86	0,0986
			500	49,30	0,0986
02299364	*Riva-Oxybutynin*	Riva	100	9,86	0,0986
			500	49,30	0,0986

Sir. 5 mg/5 mL

02223376	*pms-Oxybutynin*	Phmscience	500 ml	22,20	0,0444

86:16
RESPIRATOIRES
OXTRIPHYLLINE P

Elix. 100 mg/5 mL

00476366	*Choledyl*	Erfa	500 ml	17,25	0,0345

THÉOPHYLLINE P

Co. L.A. 100 mg

00692689	*Apo-Theo LA*	Apotex	100	13,00	0,1300
02230085	*Novo-Theophyl SR*	Novopharm	100	13,00	0,1300

Co. L.A. 200 mg

02230086	*Novo-Theophyl SR*	Novopharm	100	9,07	0,0907

Co. L.A. 300 mg

02230087	*Novo-Theophyl SR*	Novopharm	100	14,00	0,1400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				400 mg	
02360101	*Theo ER*	AA Pharma	100	33,62	0,3362
02014165	*Uniphyl*	Purdue	50	18,67	0,3734
Co. L.A.				600 mg	
02360128	*Theo ER*	AA Pharma	100	40,72	0,4072
02014181	*Uniphyl*	Purdue	50	22,62	0,4524
Elix.				80 mg/15 mL	
00627410	*Théophylline*	Atlas	500 ml	1,76	0,0035
Elix. sans sucre				80 mg/15 mL	
00466409	*Pulmophylline*	Riva	500 ml	4,30	0,0086
Sol. sans Alcool				80 mg/15 mL	
01966219	*Théolair*	Valeant	500 ml	9,81	0,0196

88:00
VITAMINES

88:08	vitamines b
88:16	vitamines d
88:24	vitamines k
88:28	multivitamines

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

88:08
VITAMINES B
CYANOCOBALAMINE

Sol. Inj. — 0,1 mg/mL

02241500	*Vitamine B 12*	Sandoz	1 ml	1,45	⇑	1,2900

Sol. Inj. — 1 mg/mL **PPB**

01987003	*Cyanocobalamine*	Cytex	10 ml	3,06	➡	
02413795	*Cyanocobalamine Injectable, USP*	Mylan	10 ml	3,06	➡	
02420147	*Jamp-Cyanocobalamin*	Jamp	10 ml	3,06	➡	
00521515	*Vitamine B 12*	Sandoz	1 ml	1,38	➡	
			10 ml	3,07		

FOLIQUE (ACIDE)

Co. — 1 mg **PPB**

	80000695	*Euro-Folic*	Euro-Pharm	100	1,49	➡	0,0149
	80053274	*Jamp-Folic Acid*	Jamp	500	7,45	➡	0,0149
+	80061488	*M-Folique 1 mg*	Mantra Ph.	100	1,49	➡	0,0149

FOLIQUE (ACIDE) [F]

Co. — 5 mg **PPB**

*	00426849	*Apo-Folic*	Apotex	100	2,59	⇑	R	0,0240
				1000	25,86	⇑	R	0,0201
	02285673	*Euro-Folic*	Euro-Pharm	1000	19,80	➡		0,0198
	02366061	*Jamp-Acide Folique*	Jamp	1000	19,80	➡		0,0198

FOLIQUE (ACIDE)

Sol. Inj. — 5 mg/mL **PPB**

00816086	*Acide Folique*	Sandoz	10 ml	16,40	➡	
02139480	*Acide folique injectable, USP*	PPC	10 ml	16,40	➡	

NIACINE

Co. — 500 mg **PPB**

00557412	*Jamp-Niacine*	Jamp	100	4,50	➡	0,0450
01939130	*Niacine*	Odan	100	7,95	⇑	0,0459

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. — 25 mg **PPB**

80002890	*Jamp Vitamine B6*	Jamp	1000	18,30	➡	0,0183
80056458	*M-B6*	Mantra Ph.	500	9,40	➡	0,0188
01943200	*Vitamine B 6*	Odan	100	4,50	⬆	0,0184

THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. — 50 mg **PPB**

02245506	*Euro-B1*	Euro-Pharm	500	35,00	➡	0,0700
80009633	*Jamp-Vitamine B1*	Jamp	500	35,00	➡	0,0700
80054199	*M-B1*	Mantra Ph.	500	35,00	➡	0,0700

Co. — 100 mg **PPB**

80009588	*Jamp-Vitamine B1*	Jamp	500	64,68	➡	0,1294
80054205	*M-B1*	Mantra Ph.	500	64,68	➡	0,1294

Sol. Inj. — 100 mg/mL **PPB**

02193221	*Thiamiject*	Oméga	10 ml	11,88	➡	
02243525	*Thiamine*	Cytex	10 ml	11,88	➡	
00816078	*Vitamine B 1*	Sandoz	1 ml	1,42	➡	
			10 ml	11,88	➡	

88:16
VITAMINES D
ALFACALCIDOL F

Caps. — 0,25 mcg

00474517	*One-Alpha*	Leo	100	42,45	0,4245

Caps. — 1 mcg

00474525	*One-Alpha*	Leo	100	127,07	1,2707

Sol. Inj. I.V. — 2 mcg/mL

02242502	*One-Alpha*	Leo	0,5 ml	7,99	
			1 ml	15,98	

Sol. Orale — 2 mcg/mL

02240329	*One-Alpha*	Leo	10 ml	49,83	4,9830

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CALCITRIOL F

Caps. 0,25 mcg

00481823	*Rocaltrol*	Roche	100	92,80	0,9280

Caps. 0,50 mcg

00481815	*Rocaltrol*	Roche	100	147,58	1,4758

CHOLÉCALCIFÉROL F

Co. ou Caps. 10 000 UI **PPB**

00821772	*D-Tabs*	Riva	60	12,60	0,2100
			250	52,50	0,2100
02253178	*Euro D 10 000*	Euro-Pharm	60	12,60	0,2100
02379007	*Jamp-Vitamine D*	Jamp	60	12,60	0,2100
			250	52,50	0,2100
02371499	*Pharma-D*	Phmscience	100	21,00	0,2100
02417995	*Vitamine D 10 000*	Pro Doc	60	12,60	0,2100

ERGOCALCIFÉROL F

Caps. 50 000 U **PPB**

02237450	*D-Forte*	Euro-Pharm	100	19,86	0,1986
02301911	*Osto-D2*	Paladin	100	19,86	0,1986

Sol. Orale 8 288 UI/mL **PPB**

80020776	*D2-Dol*	Jamp	60 ml	12,80	
80003615	*Erdol*	Odan	60 ml	12,80	

VITAMINE D

Caps. ou Co. 800 UI **PPB**

80003010	*Euro D 800*	Euro-Pharm	100	6,00	0,0600
80007769	*Jamp-Vitamine D*	Jamp	500	30,00	0,0600
80039160	*Opus D-800*	Opus	500	30,00	0,0600
80021081	*Vitamine D 800 UI*	BioV	90	5,40	0,0600
			500	30,00	0,0600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. ou Co.				1 000 UI **PPB**	
80007766	*D-Gel-1000*	Jamp	500	35,00	0,0700
80003707	*Euro-D 1000*	Euro-Pharm	500	35,00	0,0700
80055204	*M-D 1000 Gel*	Mantra Ph.	500	35,00	0,0700
80027592	*Opus D-1000*	Opus	500	35,00	0,0700
80008496	*Pharma-D 1000 IU (Caps.)*	Phmscience	100	7,00	0,0700
			500	35,00	0,0700
80002169	*Pharma-D 1000 IU (Co.)*	Phmscience	100	7,00	0,0700
80051562	*Riva-D 1000*	Riva	500	35,00	0,0700
80021090	*Vitamine D 1000 UI*	BioV	90	6,30	0,0700
			500	35,00	0,0700
80043412	*Vitamine D 1000 UI (Caps.)*	Biomed	500	35,00	0,0700
Co. ou Caps.				400 UI **PPB**	
80001125	*Calciferol (comprimé)*	Pendopharm	500	15,00	0,0300
02242651	*Euro D 400*	Euro-Pharm	100	3,00	0,0300
			500	15,00	0,0300
80006629	*Jamp-Vitamine D (Caps.)*	Jamp	500	15,00	0,0300
02240624	*Jamp-Vitamine D (Co.)*	Jamp	500	15,00	0,0300
80055196	*M-D 400 Gel*	Mantra Ph.	500	15,00	0,0300
80002228	*Odan-D*	Odan	500	15,00	0,0300
80039163	*Opus D-400*	Opus	500	15,00	0,0300
80001145	*Pharma-D 400 IU*	Pendopharm	500	15,00	0,0300
80005560	*Riva-D*	Riva	100	3,00	0,0300
			500	15,00	0,0300
00765384	*Vitamine D*	Lalco	100	3,00	0,0300
80008590	*Vitamine D 400 UI*	Biomed	500	15,00	0,0300
Sol. Orale				400 UI/dose **PPB**	
80019649	*D3-DOL*	Jamp	90 dose(s)	9,90	
80001869	*Ddrops pour bébé*	D Drops	90 dose(s)	9,90	
00762881	*D-VI-SOL*	M.J.	50 dose(s)	5,50	
80003038	*Jamp-Vitamine D*	Jamp	50 dose(s)	5,50	
80004595	*PediaVIT D*	Euro-Pharm	50	5,50	

88:24
VITAMINES K
PHYTONADIONE F

Sol. Inj. I.M.				2 mg/mL	
00781878	*Vitamine K 1*	Sandoz	0,5 ml	1,93	
Sol. Inj. I.M.				10 mg/mL	
00804312	*Vitamine K 1*	Sandoz	1 ml	2,22	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

88:28
MULTIVITAMINES
VITAMINES A, D ET C

Sol. Orale — 750 U -400 U -30 mg/mL **PPB**

80056252	*Pediavit NP*	Euro-Pharm	50 ml	➧ 9,36	
00762903	*Tri-Vi-Sol*	M.J.	50 ml	➧ 9,36	

Sol. Orale — 1 500 U -400 U -30 mg/mL **PPB**

80008471	*Jamp-Vitamines A-D-C*	Jamp	50 ml	➧ 9,36	
02229790	*Pediavit*	Euro-Pharm	50 ml	➧ 9,36	

92:00
AUTRES MÉDICAMENTS

92:00.02 autres divers
92:08 Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase
92:12 Antidotes
92:16 Antigoutteux
92:24 Inhibiteurs de la résorption osseuse
92:28 Agents cariostatiques
92:44 Immunosuppresseurs
92:92 Autres agents thérapeutiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

92:00
AUTRES MÉDICAMENTS
ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCERINÉS D')

Sol. Inj. — Doses d'entretien (10 mL)

99003813	*Monovalent*	ALK-Abello	1	82,17	
99101105	*Monovalent*	Allergo	1	82,17	
99003791	*Polyvalent*	ALK-Abello	1	82,17	
99101113	*Polyvalent*	Allergo	1	82,17	

Sol. Inj. — Ensemble de traitement (10 mL)

99003856	*Monovalent*	ALK-Abello	3	110,98	
			4	110,98	
99101106	*Monovalent*	Allergo	4	110,98	
99003805	*Polyvalent*	ALK-Abello	3	110,98	
			4	110,98	
99101114	*Polyvalent*	Allergo	4	110,98	

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCERINÉS NON NORMALISÉS ET NORMALISÉS D')

Sol. Inj. — Doses d'entretien (10 mL)

99003821	*Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.*	ALK-Abello	1	100,30	
99101124	*Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.*	Allergo	1	100,30	

Sol. Inj. — Ensemble de traitement (10 mL)

99003864	*Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.*	ALK-Abello	3	140,86	
			4	140,86	
99101125	*Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.*	Allergo	4	140,86	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCERINÉS NORMALISÉS D')

Sol. Inj. Doses d'entretien (10 mL)

02247757	*Monovalent non-Pollen*	Oméga	1	107,64	
99003996	*Monovalent standardisé*	ALK-Abello	1	107,78	
99101107	*Monovalent standardisé*	Allergo	1	107,78	
99100062	*Monovalent-Acariens*	Oméga	1	107,64	
99003880	*Monovalent-Acariens standardisé*	ALK-Abello	1	107,78	
99101109	*Monovalent-Acariens standardisé*	Allergo	1	107,78	
99100063	*Monovalent-Chat*	Oméga	1	107,64	
99003899	*Monovalent-Chat standardisé*	ALK-Abello	1	107,78	
99101111	*Monovalent-Chat standardisé*	Allergo	1	107,78	
02247754	*Monovalent-Pollen*	Oméga	1	107,64	
99100067	*Polyvalent - Pollen*	Oméga	1	107,64	
99100068	*Polyvalent - Pollens - Acariens*	Oméga	1	107,64	
99100066	*Polyvalent non-Pollen*	Oméga	1	107,74	
99004100	*Polyvalent standardisé*	ALK-Abello	1	107,78	
99101118	*Polyvalent standardisé*	Allergo	1	107,78	
99100064	*Polyvalent-Acariens*	Oméga	1	107,64	
99003910	*Polyvalent-Acariens standardisé*	ALK-Abello	1	107,78	
99101120	*Polyvalent-Acariens standardisé*	Allergo	1	107,78	
99100065	*Polyvalent-Chat*	Oméga	1	107,64	
99003929	*Polyvalent-Chat standardisé*	ALK-Abello	1	107,78	
99101122	*Polyvalent-Chats standardisé*	Allergo	1	107,78	
99003902	*Polyvalent-Pollens-Acariens standardisé*	ALK-Abello	1	107,78	
99101115	*Polyvalent-Pollens-Acariens standardisé*	Allergo	1	107,78	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			Ensemble de traitement (10 mL)		
99100074	*Monovalent non-Pollen*	Oméga	4	151,84	
99004003	*Monovalent standardisé*	ALK-Abello	3	153,65	
			4	153,65	
99101108	*Monovalent standardisé*	Allergo	4	153,65	
99100061	*Monovalent-Acariens*	Oméga	3	153,93	
99003937	*Monovalent-Acariens standardisé*	ALK-Abello	4	153,65	
99101110	*Monovalent-Acariens standardisé*	Allergo	4	153,65	
99100073	*Monovalent-Chat*	Oméga	3	153,93	
99003945	*Monovalent-Chat standardisé*	ALK-Abello	3	153,65	
99101112	*Monovalent-Chat standardisé*	Allergo	3	153,65	
99100075	*Monovalent-Pollen*	Oméga	4	153,93	
99100079	*Polyvalent - Pollen*	Oméga	4	153,93	
99100080	*Polyvalent - Pollens - Acariens*	Oméga	4	153,93	
99100078	*Polyvalent non-Pollen*	Oméga	4	153,93	
99101117	*Polyvalent Pollens Acariens standardisé*	Allergo	4	153,65	
99004097	*Polyvalent standardisé*	ALK-Abello	3	153,65	
			4	153,65	
99101119	*Polyvalent standardisé*	Allergo	4	153,65	
99100076	*Polyvalent-Acariens*	Oméga	3	153,93	
99003961	*Polyvalent-Acariens standardisé*	ALK-Abello	3	153,65	
99101121	*Polyvalent-Acariens standardisé*	Allergo	3	153,65	
99100077	*Polyvalent-Chat*	Oméga	4	153,93	
99003988	*Polyvalent-Chat standardisé*	ALK-Abello	3	153,65	
			4	153,65	
99101123	*Polyvalent-Chats standardisé*	Allergo	4	153,65	
99003953	*Polyvalent-Pollens-Acariens standardisé*	ALK-Abello	3	153,65	
			4	153,65	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ALLERGÈNES (EXTRAITS PRÉCIPITÉS À L'ALUN)

Sol. Inj. — Doses d'entretien (5 mL)

99101143	*Présaisonnier - Arbres, Graminées et Herbes à poux*	Allergo	1	93,90	
99101147	*Présaisonnier - Graminées et Herbes à poux*	Allergo	1	93,90	
99101149	*Présaisonnier - Herbes à poux*	Allergo	1	93,90	
99101141	*Présaisonnier- Arbres*	Allergo	1	93,90	
99003694	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	ALK-Abello	1	93,90	
99100069	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	ALK-Abello	3	113,12	37,7067
99101151	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	Allergo	1	93,90	
99101155	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	Allergo	3	113,12	37,7067
99003716	*Présaisonnier- Arbres, Graminées, Herbe à poux*	ALK-Abello	1	93,90	
99100070	*Présaisonnier- Arbres, Graminées, Herbe à poux*	Oméga	3	114,10	38,0333
99003708	*Présaisonnier- Graminées et Herbe à poux*	ALK-Abello	1	93,90	
99100071	*Présaisonnier- Graminées et Herbe à poux*	Oméga	3	114,10	38,0333
99003686	*Présaisonnier- Herbe à poux*	ALK-Abello	1	93,90	
99100072	*Présaisonnier- Herbe à poux*	Oméga	3	114,10	38,0333
99003651	*Présaisonnier-Arbres*	ALK-Abello	1	93,90	
99003678	*Présaisonnier-Graminées*	ALK-Abello	1	93,90	
99101145	*Présaisonnier-Graminées*	Allergo	1	93,90	
00889784	*Suspal- Monovalent-Acariens*	Oméga	1	109,79	
00889792	*Suspal- Polyvalent-Acariens*	Oméga	1	101,18	
00861367	*Suspal-Monovalent*	Oméga	1	102,25	
00861375	*Suspal-Polyvalent*	Oméga	1	101,18	

Sol. Inj. — Doses d'entretien (10 mL)

00908614	*Suspal- Monovalent-Acariens*	Oméga	1	120,55	
00889814	*Suspal- Polyvalent-Acariens*	Oméga	1	127,03	
00861332	*Suspal-Monovalent*	Oméga	1	127,02	
00861359	*Suspal-Polyvalent*	Oméga	1	127,02	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			Ensemble de traitement (5 mL)		
99101144	*Présaisonnier - Arbres, Graminées et Herbes à poux*	Allergo	3	114,18	
99101148	*Présaisonnier - Graminées et Herbes à poux*	Allergo	3	114,18	
99101150	*Présaisonnier - Herbes à poux*	Allergo	3	114,18	
99101142	*Présaisonnier- Arbres*	Allergo	3	114,18	
99003759	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	ALK-Abello	3	114,18	
99101153	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	Allergo	3	114,18	
99003775	*Présaisonnier- Arbres, Graminées, Herbe à poux*	ALK-Abello	3	114,18	
99003767	*Présaisonnier- Graminées et Herbe à poux*	ALK-Abello	3	114,18	
99003740	*Présaisonnier- Herbe à poux*	ALK-Abello	3	114,18	
99003724	*Présaisonnier-Arbres*	ALK-Abello	3	114,18	
99003732	*Présaisonnier-Graminées*	ALK-Abello	3	114,18	
99101146	*Présaisonnier-Graminées*	Allergo	3	114,18	
00889822	*Suspal- Monovalent-Acariens*	Oméga	3	127,02	
99000458	*Suspal- Polyvalent-Acariens*	Oméga	3	127,02	
00861286	*Suspal-Monovalent*	Oméga	3	127,02	
00861405	*Suspal-Polyvalent*	Oméga	3	127,02	
Sol. Inj.			Ensemble de traitement (8 mL)		
00896942	*Présaisonnier- Arbres*	Oméga	1	106,56	
99100625	*Présaisonnier- Arbres et Graminées*	Oméga	1	106,56	106,5600
99100083	*Présaisonnier- Arbres, Graminées, Herbe à poux*	Oméga	1	106,56	
99100082	*Présaisonnier- Graminées et Herbe à poux*	Oméga	1	106,56	106,5600
00896934	*Présaisonnier- Graminés*	Oméga	1	106,56	
00896950	*Présaisonnier- Herbes-à-poux*	Oméga	1	106,56	
Sol. Inj.			Ensemble de traitement (10 mL)		
00889849	*Suspal- Monovalent-Acariens*	Oméga	3	138,86	
00889857	*Suspal- Polyvalent-Acariens*	Oméga	3	138,86	
00861308	*Suspal-Monovalent*	Oméga	3	138,86	
00861316	*Suspal-Polyvalent*	Oméga	3	138,86	

ALLERGÈNES(EXTRAITS AQUEUX D')

Sol. Inj.			Doses d'entretien (5 mL)		
00861170	*Monovalent*	Oméga	1	82,89	
99000415	*Monovalent-Acariens*	Oméga	1	87,19	
00861189	*Polyvalent*	Oméga	1	83,96	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			Doses d'entretien (10 mL)		
00861227	*Monovalent*	Oméga	1	94,72	
99000431	*Monovalent-Acariens*	Oméga	1	91,48	
00861251	*Polyvalent*	Oméga	1	87,19	
Sol. Inj.			Ensemble de traitement (5 mL)		
00861073	*Monovalent*	Oméga	3	104,41	
00889733	*Monovalent-Acariens*	Oméga	3	104,41	
00861081	*Polyvalent*	Oméga	3	101,18	
00889741	*Polyvalent-Acariens*	Oméga	3	104,40	
Sol. Inj.			Ensemble de traitement (10 mL)		
00861138	*Monovalent*	Oméga	3	121,63	
00889768	*Monovalent-Acariens*	Oméga	3	127,02	
00861162	*Polyvalent*	Oméga	3	121,64	
00889776	*Polyvalent-Acariens*	Oméga	3	127,02	
DILUANT À L'ALBUMINE					
Sol.				0,03 %	
00541486	*Albumine Diluent*	Oméga	1,8 ml	1,49	
			4,5 ml	2,14	
			20 ml	3,87	
02283735	*Diluant albumine*	ALK-Abello	4,5 ml	1,82	
			9 ml	2,04	
PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES					
Pd. Inj.				1,1 mg	
99100225	*Abeille domestique*	ALK-Abello	1	184,60	
99100226	*Frelon à tête blanche*	ALK-Abello	1	233,68	
99004607	*Frelon à tête blanche*	Oméga	1	219,58	219,5800
01948997	*Frelon a tête blanche (Dolichovespula Maculata)*	Allergy	1	220,00	
99004593	*Frelon à tête jaune*	Oméga	1	219,59	219,5900
99100227	*Frelon Jaune*	ALK-Abello	1	233,68	
01948938	*Frelon jaune (Dolichoves pula Arenaria)*	Allergy	1	220,00	
01948970	*Guêpe (Polistes Spp.)*	Allergy	1	240,00	
00894362	*Guêpe (Polistes Spp.)*	Oméga	1	245,42	
99100228	*Guêpe de l'est*	ALK-Abello	1	233,68	
00894354	*Guêpe de l'est (vespula maculifrons)*	Oméga	1	219,59	
01948954	*Guêpe jaune (Vespula Spp.)*	Allergy	1	220,00	
99100229	*Guêpe poliste*	ALK-Abello	1	255,01	
01948903	*Venin d'abeille (apis mellifera)*	Allergy	1	174,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.				1,3 mg	
99100016	*Frelon à tête blanche*	Oméga	1	259,41	259,4100
99100017	*Guêpe (Polistes Spp.)*	Oméga	1	289,55	
99100018	*Guêpe de l'est (vespula maculifrons)*	Oméga	1	259,41	
Pd. Inj.				3,3 mg	
99100230	*Vespidés combinés*	ALK-Abello	1	462,02	
01948873	*Vespidés combinés*	Allergy	1	434,00	
00895245	*Vespidés combinés*	Oméga	1	431,65	
Pd. Inj.				3,9 mg	
99100026	*Vespidés combinés*	Oméga	1	510,14	
Pd. Inj.				100 mcg	
00541451	*Guêpe (Polistes Spp.)*	Oméga	6	150,70	25,1167
00541427	*Guêpe à taches blanches dolichovespula maculata*	Oméga	6	138,86	23,1433
00541478	*Guêpe de l'est (vespula maculifrons)*	Oméga	6	138,86	23,1433
00541443	*Guêpe jaune dolichovespula arenaria*	Oméga	6	138,86	23,1433
Pd. Inj.				120 mcg	
99004038	*Frelon à tête blanche*	ALK-Abello	6	160,05	26,6750
01949004	*Frelon à tête blanche*	Allergy	6	140,00	23,3333
99004011	*Frelon Jaune*	ALK-Abello	6	160,05	26,6750
01948946	*Frelon jaune (Dolichoves pula Arenaria)*	Allergy	6	140,00	
99004046	*Guêpe*	ALK-Abello	6	171,79	28,6317
01948989	*Guêpe (Polistes Spp.)*	Allergy	6	148,00	
99100278	*Guêpe (Polistes Spp.)*	Oméga	6	172,22	28,7033
99100279	*Guêpe à taches blanches dolichovespula maculata*	Oméga	6	160,38	26,7300
99100280	*Guêpe de l'est (vespula maculifrons)*	Oméga	6	162,54	27,0900
99004054	*Guêpe jaune*	ALK-Abello	6	162,19	27,0317
01948962	*Guêpe jaune (Vespula Spp.)*	Allergy	6	140,00	
99100270	*Guêpe jaune dolichovespula arenaria*	Oméga	6	162,54	27,0900
99004062	*Venin d'abeille*	ALK-Abello	6	119,51	19,9183
01948911	*Venin d'abeille (apis mellifera)*	Allergy	6	105,00	
Pd. Inj.				300 mcg	
00614424	*Vespidés combinés*	Oméga	6	268,02	44,6700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.				360 mcg	
99004070	*Vespidés combinés*	ALK-Abello	6	308,37	51,3950
01948881	*Vespidés combinés*	Allergy	6	260,00	
99100281	*Vespidés combinés*	Oméga	6	310,01	51,6683
Pd. Inj.				550 mcg	
99100266	*Frelon à tête blanche*	Oméga	1	123,71	
99100267	*Frelon à tête jaune*	Oméga	1	123,79	
99100268	*Guêpe (Polistes Spp.)*	Oméga	1	130,24	
99100269	*Guêpe de l'est (vespula maculifrons)*	Oméga	1	129,19	
99100282	*Venin d'abeille (apis mellifera)*	Oméga	1	102,26	
Pd. Inj.				1 650 mcg	
99100284	*Vespidés combinés*	Oméga	1	233,58	

VENINS D'HYMÉNOPTÈRES

Pd. Inj.				1,1 mg	
00894346	*Venin d'abeille (apis mellifera)*	Oméga	1	173,30	
Pd. Inj.				1,3 mg	
99100021	*Venin d'abeille (apis mellifera)*	Oméga	1	205,98	
Pd. Inj.				100 mcg	
00541435	*Venin d'abeille (apis mellifera)*	Oméga	6	115,17	19,1950

92:00.02
AUTRES DIVERS
ZINC (OXYDE DE)/ ICHTHAMMOL

Band.				7,5 cm X 6 m	
01948466	*Ichthopaste*	S. & N.	1	7,02	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

92:08
INHIBITEURS DE LA 5-ALPHA-RÉDUCTASE

DUTASTÉRIDE

Caps. 0,5 mg **PPB**

	02412691	*ACT Dutasteride*	ActavisPhm	30	12,62	0,4207
				100	42,05	0,4205
	02404206	*Apo-Dutasteride*	Apotex	30	12,62	0,4207
				100	42,05	0,4205
	02247813	*Avodart*	GSK	30	48,12	1,6040
	02421712	*Dutasteride*	Pro Doc	30	12,62	0,4207
				100	42,05	0,4205
	02429012	*Dutasteride*	Sivem	30	12,62	0,4207
	02416298	*Med-Dutasteride*	GMP	30	12,62	0,4207
				90	37,85	0,4205
	02428873	*Mint-Dutasteride*	Mint	30	12,62	0,4207
	02393220	*pms-Dutasteride*	Phmscience	30	12,62	0,4207
				100	42,05	0,4205
	02427753	*Riva-Dutasteride*	Riva	30	12,62	0,4207
+	02424444	*Sandoz Dutasteride*	Sandoz	30	12,62	0,4207
				100	42,05	0,4205
	02408287	*Teva-Dutasteride*	Teva Can	30	12,62	0,4207

FINASTÉRIDE

Co. 5 mg **PPB**

*	02354462	*ACT Finasteride*	ActavisPhm	30	13,90	0,4633
	02365383	*Apo-Finasteride*	Apotex	30	13,90	0,4633
	02405814	*Auro-Finasteride*	Aurobindo	30	13,90	0,4633
				100	46,33	0,4633
	02355043	*Finasteride*	Accord	30	13,90	0,4633
				100	46,33	0,4633
	02350270	*Finasteride*	Pro Doc	30	13,90	0,4633
	02357224	*Jamp-Finasteride*	Jamp	30	13,90	0,4633
				100	46,33	0,4633
	02389878	*Mint-Finasteride*	Mint	30	13,90	0,4633
				100	46,33	0,4633
	02356058	*Mylan-Finasteride*	Mylan	30	13,90	0,4633
				100	46,33	0,4633
	02348500	*Novo-Finasteride*	Teva Can	30	13,90	0,4633
	02310112	*pms-Finasteride*	Phmscience	30	13,90	0,4633
				100	46,33	0,4633
	02010909	*Proscar*	Merck	30	53,98	1,7993
	02371820	*Ran-Finasteride*	Ranbaxy	30	13,90	0,4633
	02306905	*ratio-Finasteride*	Ratiopharm	30	13,90	0,4633
				100	46,33	0,4633
	02322579	*Sandoz Finasteride*	Sandoz	30	13,90	0,4633
				500	231,63	0,4633

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

92:12
ANTIDOTES
FOLINIQUE (ACIDE) P

Co. 5 mg

02170493	*Leucovorin*	Pfizer	24	139,75	5,8229
			100	557,93	5,5793

92:16
ANTIGOUTTEUX
ALLOPURINOL P

Co. 100 mg **PPB**

00555681	*Allopurinol-100*	Pro Doc	100	7,80	➡	0,0780
			1000	78,00	➡	0,0780
02402769	*Apo-Allopurinol*	Apotex	100	7,80	➡	0,0780
			1000	78,00	➡	0,0780
02421593	*Jamp-Allopurinol*	Jamp	100	7,80	➡	0,0780
			1000	78,00	➡	0,0780
02396327	*Mar-Allopurinol*	Marcan	100	7,80	➡	0,0780
			1000	78,00	➡	0,0780
00402818	*Zyloprim*	AA Pharma	100	7,80	➡	0,0780
			1000	78,00	➡	0,0780

Co. 200 mg **PPB**

02130157	*Allopurinol-200*	Pro Doc	100	13,00	➡	0,1300
			500	65,00	➡	0,1300
02402777	*Apo-Allopurinol*	Apotex	100	13,00	➡	0,1300
			500	65,00	➡	0,1300
02421607	*Jamp-Allopurinol*	Jamp	100	13,00	➡	0,1300
			500	65,00	➡	0,1300
02396335	*Mar-Allopurinol*	Marcan	100	13,00	➡	0,1300
			500	65,00	➡	0,1300
00479799	*Zyloprim*	AA Pharma	100	13,00	➡	0,1300
			500	65,00	➡	0,1300

Co. 300 mg **PPB**

00555703	*Allopurinol-300*	Pro Doc	100	21,25	➡	0,2125
			500	106,25	➡	0,2125
02402785	*Apo-Allopurinol*	Apotex	100	21,25	➡	0,2125
			500	106,25	➡	0,2125
02421615	*Jamp-Allopurinol*	Jamp	100	21,25	➡	0,2125
			500	106,25	➡	0,2125
02396343	*Mar-Allopurinol*	Marcan	100	21,25	➡	0,2125
			500	106,25	➡	0,2125
00402796	*Zyloprim*	AA Pharma	100	21,25	➡	0,2125
			500	106,25	➡	0,2125

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

COLCHICINE F

Co. 0,6 mg **PPB**

00287873	*Colchicine*	Euro-Pharm	100	25,65	➡	0,2565
00572349	*Colchicine*	Odan	100	25,65	➡	0,2565
			500	128,25	➡	0,2565
02373823	*Jamp-Colchicine*	Jamp	100	25,65	➡	0,2565
			500	128,25	➡	0,2565
02402181	*pms-Colchicine*	Phmscience	30	7,70	➡	0,2565
			100	25,65	➡	0,2565

92:24
INHIBITEURS DE LA RÉSORPTION OSSEUSE
ALENDRONATE MONOSODIQUE F

Co. 5 mg **PPB**

02381478	*Alendronate monosodique*	Accord	28	21,33	➡	0,7617
02248727	*Apo-Alendronate*	Apotex	30	22,85	➡	0,7617
			100	76,18	➡	0,7618
02384698	*Ran-Alendronate*	Ranbaxy	28	21,33	➡	0,7617
* 02288079	*Sandoz Alendronate*	Sandoz	30	22,85		R
02248251	*Teva-Alendronate*	Teva Can	30	22,85	➡	0,7617
			100	76,18	➡	0,7618

Co. 10 mg **PPB**

02381486	*Alendronate monosodique*	Accord	28	13,96	➡	0,4986
02248728	*Apo-Alendronate*	Apotex	30	14,96	➡	0,4986
			100	49,86	➡	0,4986
02388545	*Auro-Alendronate*	Aurobindo	100	49,86	➡	0,4986
02394863	*Mint-Alendronate*	Mint	28	13,96	➡	0,4986
02270129	*Mylan-Alendronate*	Mylan	100	49,86	➡	0,4986
02384701	*Ran-Alendronate*	Ranbaxy	28	13,96	➡	0,4986
02288087	*Sandoz Alendronate*	Sandoz	30	14,96	➡	0,4986
			90	44,87	➡	0,4986
02247373	*Teva-Alendronate*	Teva Can	30	14,96	➡	0,4986
			100	49,86	➡	0,4986

Co. 40 mg

* 02258102	*ACT Alendronate*	ActavisPhm	30	65,84		2,1947

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				70 mg **PPB**	
* 02258110	*ACT Alendronate*	ActavisPhm	4	10,06	2,5150
			100	251,43	2,5143
02352966	*Alendronate*	Sanis	4	10,06	2,5150
			100	251,43	2,5143
02299712	*Alendronate FC*	Sivem	4	10,06	2,5150
			30	75,43	2,5143
02381494	*Alendronate monosodique*	Accord	4	10,06	2,5150
02303078	*Alendronate-70*	Pro Doc	4	10,06	2,5150
02248730	*Apo-Alendronate*	Apotex	4	10,06	2,5150
			100	251,43	2,5143
02388553	*Auro-Alendronate*	Aurobindo	4	10,06	2,5150
02245329	*Fosamax*	Merck	4	38,62	9,6550
02385031	*Jamp-Alendronate*	Jamp	4	10,06	2,5150
02394871	*Mint-Alendronate*	Mint	4	10,06	2,5150
02286335	*Mylan-Alendronate*	Mylan	4	10,06	2,5150
02261715	*Novo-Alendronate*	Novopharm	4	10,06	2,5150
			50	125,72	2,5143
02284006	*pms-Alendronate FC*	Phmscience	4	10,06	2,5150
			30	75,43	2,5143
02384728	*Ran-Alendronate*	Ranbaxy	4	10,06	2,5150
02270889	*Riva-Alendronate*	Riva	4	10,06	2,5150
			100	251,43	2,5143
02288109	*Sandoz Alendronate*	Sandoz	4	10,06	2,5150
			30	75,43	2,5143

ALENDRONATE/CHOLÉCALCIFÉROL P

Co.			70 mg - 140 mcg (5 600 UI) **PPB**		
02314940	*Fosavance*	Merck	4	18,17	4,5425
02429160	*Sandoz Alendronate/ Cholecalciferol*	Sandoz	4	9,33	2,3325
02403641	*Teva-Alendronate/ Cholecalciferol*	Teva Can	4	9,33	2,3325

CLODRONATE DISODIQUE P

Caps.				400 mg **PPB**	
01984845	*Bonefos*	Bayer	120	222,72	1,8560
02245828	*Clasteon*	Sunovion	120	145,00	1,2083

Sol. Perf. I.V.			60 mg/mL (5 mL)		
01984837	*Bonefos*	Bayer	1	61,95	

ÉTIDRONATE DISODIQUE P

Co.				200 mg **PPB**	
02248686	*ACT Etidronate*	ActavisPhm	100	35,68	0,3568
02245330	*Mylan-Etidronate*	Mylan	60	21,41	0,3568

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉTIDRONATE DISODIQUE/ CALCIUM (CARBONATE DE)

Co. 400 mg - Ca+500 mg (14 co. - 76 co.) **PPB**

02263866	*Co Etidrocal*	Cobalt	90	19,99	➧	0,2221
02176017	*Didrocal*	Warner	90	40,50		0,4500
02247323	*Mylan-Eti-Cal Carepac*	Mylan	90	19,99	➧	0,2221

PAMIDRONATE DISODIQUE

Sol. Perf. I.V. 60 mg **PPB**

02244551	*Pamidronate Disodique pour injection*	Hospira	1	➧	90,36	
02246598	*Pamidronate Disodium Injection*	PPC	1	➧	90,36	
02249677	*Pamidronate Disodium Omega*	Oméga	1	➧	90,36	

Sol./Pd. Perf. I.V. 30 mg **PPB**

02059762	*Aredia*	Novartis	1		166,55	
02244550	*Pamidronate Disodique pour injection*	Hospira	1	➧	30,32	
02246597	*Pamidronate Disodium Injection*	PPC	1	➧	30,32	
02249669	*Pamidronate Disodium Omega*	Oméga	1	➧	30,32	

Sol./Pd. Perf. I.V. 90 mg **PPB**

02059789	*Aredia*	Novartis	1		499,63		
02244552	*Pamidronate Disodique pour injection*	Hospira	1	➧	90,95		
02246599	*Pamidronate Disodium Injection*	PPC	1	➧	90,95		
02249685	*Pamidronate Disodium Omega*	Oméga	1	➧	90,95		
* 02264986	*Sandoz Pamidronate*	Sandoz	1		90,95		R
02382032	*Val-Pamidronate Disodium*	Valeo	1	➧	90,95		

RISÉDRONATE SODIQUE

Co. 5 mg **PPB**

02242518	*Actonel*	Warner	28	51,00		1,8214
02298376	*Novo-Risedronate*	Novopharm	30	31,58	➧	1,0527

Co. 30 mg **PPB**

02239146	*Actonel*	Warner	30	354,00		11,8000
02298384	*Novo-Risedronate*	Novopharm	30	177,00	➧	5,9000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				35 mg **PPB**	
02246896	*Actonel*	Warner	4	39,05	9,7625
02353687	*Apo-Risedronate*	Apotex	4	9,71	2,4275
			100	242,75	2,4275
02406306	*Auro-Risedronate*	Aurobindo	4	9,71	2,4275
			28	67,97	2,4275
02368552	*Jamp-Risedronate*	Jamp	4	9,71	2,4275
02357984	*Mylan-Risedronate*	Mylan	4	9,71	2,4275
			30	72,83	2,4277
02298392	*Novo-Risedronate*	Novopharm	4	9,71	2,4275
			30	72,83	2,4275
02302209	*pms-Risedronate*	Phmscience	4	9,71	2,4275
			30	72,83	2,4275
02319861	*ratio-Risedronate*	Ratiopharm	4	9,71	2,4275
02347474	*Risedronate*	Pro Doc	4	9,71	2,4275
02370255	*Risedronate*	Sanis	4	9,71	2,4275
02352141	*Risedronate*	Sivem	4	9,71	2,4275
			30	72,83	2,4275
02341077	*Riva-Risedronate*	Riva	4	9,71	2,4275
			30	72,83	2,4275
02327295	*Sandoz Risedronate*	Sandoz	4	9,71	2,4275
			30	72,83	2,4275

RISÉDRONATE SODIQUE/ CALCIUM (CARBONATE DE) F

Co.			35 mg - Ca+500 mg (4 co. - 24 co.)		
02279657	*Actonel Plus Calcium*	Warner	28	36,22	1,2936

92:28
AGENTS CARIOSTATIQUES
FLUORURE DE SODIUM

Co. Croq.			2,2 mg (F-1 mg)		
00575569	*Fluor-A-Day*	Phmscience	120	6,09	0,0508

Sol. Orale			5,56 mg/mL (F-2,5 mg/mL)		
00610100	*Fluor-A-Day*	Phmscience	60 ml	3,98	

92:44
IMMUNOSUPPRESSEURS
AZATHIOPRINE F

Co.				50 mg **PPB**	
02242907	*Apo-Azathioprine*	Apotex	100	24,05	0,2405
02343002	*Azathioprine*	Sanis	100	24,05	0,2405
02243371	*Azathioprine-50*	Pro Doc	100	24,05	0,2405
00004596	*Imuran*	Aspri Phm	100	94,53	0,9453
02231491	*Mylan-Azathioprine*	Mylan	100	24,05	0,2405
02236819	*Teva-Azathioprine*	Teva Can	100	24,05	0,2405
			500	120,23	0,2405

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CYCLOSPORINE Ⓟ

Caps. 10 mg

02237671	*Neoral*	Novartis	60	37,43	0,6238

Caps. 25 mg

02150689	*Neoral*	Novartis	30	43,50	1,4500
02247073	*Sandoz Cyclosporine*	Sandoz	30	29,85	0,9950

Caps. 50 mg

02150662	*Neoral*	Novartis	30	84,81	2,8270
02247074	*Sandoz Cyclosporine*	Sandoz	30	58,20	1,9400

Caps. 100 mg

02150670	*Neoral*	Novartis	30	169,68	5,6560
02242821	*Sandoz Cyclosporine*	Sandoz	30	116,44	3,8813

Sol. Orale 100 mg/mL

02244324	*Apo-Cyclosporine*	Apotex	50 ml	188,54	3,7708
02150697	*Neoral*	Novartis	50 ml	251,38	5,0276

MYCOPHÉNOLATE MOFÉTIL Ⓟ

Caps. 250 mg **PPB**

02352559	*Apo-Mycophenolate*	Apotex	100	51,55	➧	0,5155
02192748	*Cellcept*	Roche	100	206,20		2,0620
02386399	*Jamp-Mycophenolate*	Jamp	100	51,55	➧	0,5155
02383780	*Mofétilmycophénolate*	Accord	100	51,55	➧	0,5155
02371154	*Mylan-Mycophenolate*	Mylan	50	25,78	➧	0,5155
02364883	*Novo-Mycophenolate*	Teva Can	100	51,55	➧	0,5155
02320630	*Sandoz Mycophenolate Mofetil*	Sandoz	100	51,55	➧	0,5155

Co. 500 mg **PPB**

02352567	*Apo-Mycophenolate*	Apotex	50	51,55	➧	1,0310
			100	103,10	➧	1,0310
02237484	*Cellcept*	Roche	50	206,20		4,1240
02379996	*Co Mycophenolate*	Cobalt	50	51,55	➧	1,0310
02380382	*Jamp-Mycophenolate*	Jamp	50	51,55	➧	1,0310
02378574	*Mofétilmycophénolate*	Accord	50	51,55	➧	1,0310
02370549	*Mylan-Mycophenolate*	Mylan	50	51,55	➧	1,0310
02348675	*Novo-Mycophenolate*	Teva Can	50	51,55	➧	1,0310
02389754	*Ran-Mycophenolate*	Ranbaxy	50	51,55	➧	1,0310
			100	103,10	➧	1,0310
02313855	*Sandoz Mycophenolate Mofetil*	Sandoz	50	51,55	➧	1,0310

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale				200 mg/mL	
02242145	*Cellcept*	Roche	175 ml	288,68	

MYCOPHÉNOLATE SODIQUE P

Co. Ent.				180 mg	**PPB**	
02372738	*Apo-Mycophenolic Acid*	Apotex	120	179,80	➡	1,4983
02264560	*Myfortic*	Novartis	120	239,72	➡	1,9977
Co. Ent.				360 mg	**PPB**	
02372746	*Apo-Mycophenolic Acid*	Apotex	120	359,58	➡	2,9965
02264579	*Myfortic*	Novartis	120	479,44	➡	3,9953

SIROLIMUS P

Co.				1 mg	
02247111	*Rapamune*	Pfizer	100	751,96	7,5196
Sol. Orale				1 mg/mL	
02243237	*Rapamune*	Pfizer	60 ml	451,16	7,5193

TACROLIMUS P

Caps.				0,5 mg	**PPB**	
02243144	*Prograf*	Astellas	100	197,00		1,9700
02416816	*Sandoz Tacrolimus*	Sandoz	100	147,75	➡	1,4775
Caps.				1 mg	**PPB**	
02175991	*Prograf*	Astellas	100	249,95		2,4995
02416824	*Sandoz Tacrolimus*	Sandoz	100	189,00	➡	1,8900
Caps.				5 mg	**PPB**	
02175983	*Prograf*	Astellas	100	1249,85		12,4985
02416832	*Sandoz Tacrolimus*	Sandoz	100	946,50	➡	9,4650
Caps. L.A.				0,5 mg		
02296462	*Advagraf*	Astellas	50	98,50		1,9700
Caps. L.A.				1 mg		
02296470	*Advagraf*	Astellas	50	124,97		2,4994
Caps. L.A.				3 mg		
02331667	*Advagraf*	Astellas	50	374,91		7,4982

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.				5 mg	
02296489	*Advagraf*	Astellas	50	624,92	12,4984

92:92
AUTRES AGENTS THÉRAPEUTIQUES

BÉTAÏNE (ANHYDRE) P

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Orale				1 g/1,7 mL	
* 02238526	*Cystadane*	RDT	180 g	839,93	

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) P

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
CO L.A.				150 mg	
02238441	*Zyban*[4]	Valeant	100	84,86	0,8486

CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE) P

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg **PPB**		
00704431	*Androcur*	Bayer	60	84,00	➧	1,4000
02245898	*Cyprotérone*	AA Pharma	100	140,00	➧	1,4000
02390760	*Med-Cyproterone*	GMP	60	84,00	➧	1,4000
			100	140,00	➧	1,4000
02395797	*Riva-Cyproterone*	Riva	60	84,00	➧	1,4000
Pd. Inj. I.M.				100 mg/mL		
00704423	*Androcur Dépôt*	Bayer	3 ml	78,85		

LACTOSE

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg		
00501190	*Placébo*	Odan	100	7,20	➧	0,0633
			1000	72,00	➧	0,0632

LANRÉOTIDE (ACÉTATE DE) P

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)				60 mg/0,3 mL	
02283395	*Somatuline Autogel*	Tercica	1	1102,00	
Sol. Inj. S.C. (ser)				90 mg/0,3 mL	
02283409	*Somatuline Autogel*	Tercica	1	1470,00	
Sol. Inj. S.C. (ser)				120 mg/0,5 mL	
02283417	*Somatuline Autogel*	Tercica	1	1840,00	

4 *La durée du remboursement d'un traitement antitabagique avec ce médicament est limitée à 12 semaines consécutives par période de 12 mois.*

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

OCTRÉOTIDE (ACÉTATE D') P

Sol. Inj. — 200 mcg/mL **PPB**

02248642	*Octréotide Acétate Oméga*	Oméga	5 ml	➡ 31,71	
02049392	*Sandostatin*	Novartis	5 ml	91,75	

Sol.Inj. ou Sol.Inj.(ser) — 50 mcg/mL **PPB**

02413191	*Ocphyl*	Pendopharm	5	8,75 ➡	1,7500
02248639	*Octréotide Acétate Oméga*	Oméga	1 ml	➡ 1,75	
00839191	*Sandostatin*	Novartis	1 ml	5,05	

Sol.Inj. ou Sol.Inj.(ser) — 100 mcg/mL **PPB**

02413205	*Ocphyl*	Pendopharm	5	16,50 ➡	3,3000
02248640	*Octréotide Acétate Oméga*	Oméga	1 ml	➡ 3,30	
00839205	*Sandostatin*	Novartis	1 ml	9,54	

Sol.Inj. ou Sol.Inj.(ser) — 500 mcg /mL **PPB**

02413213	*Ocphyl*	Pendopharm	5	77,45 ➡	15,4900
02248641	*Octréotide Acétate Oméga*	Oméga	1 ml	➡ 15,49	
00839213	*Sandostatin*	Novartis	1 ml	44,83	

Susp. Inj. I.M. — 10 mg

02239323	*Sandostatin LAR*	Novartis	1	1211,00	

Susp. Inj. I.M. — 20 mg

02239324	*Sandostatin LAR*	Novartis	1	1615,40	

Susp. Inj. I.M. — 30 mg

02239325	*Sandostatin LAR*	Novartis	1	2022,00	

PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE) P

Caps. — 100 mg

02029448	*Elmiron*	Janss. Inc	100	131,40	1,3140

QUINAGOLIDE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. — 75 mcg

02223767	*Norprolac*	Ferring	30	32,70	1,0900

Co. — 150 mcg

02223775	*Norprolac*	Ferring	30	48,90	1,6300

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

ABATACEPT

Pd. Perf. I.V. — 250 mg

02282097	*Orencia*	B.M.S.	1	459,61	

Sol. Inj. S.C. (ser) — 125 mg/mL (1 mL)

02402475	*Orencia*	B.M.S.	4	1378,83	344,7075

ABIRATÉRONE

Co. — 250 mg

02371065	*Zytiga*	Janss. Inc	120	3400,00	28,3333

ACAMPROSATE

Co. L.A. — 333 mg

02293269	*Campral*	Mylan	84	67,20	0,8000

ADALIMUMAB

Sol. Inj. S.C. — 40 mg

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

ADÉFOVIR DIPIVOXIL

Co. — 10 mg **PPB**

02420333	*Apo-Adefovir*	Apotex	30	613,20	➧ 20,4400
02247823	*Hepsera*	Gilead	30	696,73	23,2243

AFLIBERCEPT

Sol. Inj. — 40 mg/mL (1 mL)

02415992	*Eylea*	Bayer	1	1418,00	

ALEMTUZUMAB

Sol. Perf. I.V. — 10 mg/mL (1,2 mL)

02418320	*Lemtrada*	Genzyme	1	9970,00	

ALGLUCOSIDASE ALPHA

Pd. Perf. I.V. — 50 mg

02284863	*Myozyme*	Genzyme	1	840,31	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
ALISKIRÈNE F					
Co.				150 mg	
02302063	*Rasilez*	Novartis	28	32,31	1,1539
Co.				300 mg	
02302071	*Rasilez*	Novartis	28	32,31	1,1539
ALISKIRÈNE/HYDROCHLOROTHIAZIDE F					
Co.				150 mg- 12,5 mg	
02332728	*Rasilez HCT*	Novartis	28	31,08	1,1100
Co.				150 mg - 25 mg	
02332736	*Rasilez HCT*	Novartis	28	31,08	1,1100
Co.				300 mg- 12,5 mg	
02332744	*Rasilez HCT*	Novartis	28	31,08	1,1100
Co.				300 mg - 25 mg	
02332752	*Rasilez HCT*	Novartis	28	31,08	1,1100
ALITRÉTINOÏNE F					
Caps.				30 mg	
02337649	*Toctino*	Actelion	30	560,75	18,6917
ALOGLIPTINE (BENZOATE D') F					
Co.				6,25 mg	
02417189	*Nesina*	Takeda	30	63,00	2,1000
Co.				12,5 mg	
02417197	*Nesina*	Takeda	30	63,00	2,1000
Co.				25 mg	
02417200	*Nesina*	Takeda	30	63,00	2,1000
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) F					
Co.				12,5 mg - 500 mg	
02417219	*Kazano*	Takeda	60	68,70	1,1450

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				12,5 mg - 850 mg	
02417227	*Kazano*	Takeda	60	68,70	1,1450
Co.				12,5 mg - 1000 mg	
02417235	*Kazano*	Takeda	60	68,70	1,1450

AMBRISENTAN P

Co.				5 mg	
02307065	*Volibris*	GSK	30	3600,00	120,0000
Co.				10 mg	
02307073	*Volibris*	GSK	30	3600,00	120,0000

AMINOLÉVULINATE MÉTHYLIQUE P

Cr. Top.				168 mg/g	
02323273	*Metvix*	Galderma	2 g	300,00	

AMLODIPINE (BÉSYLATE D')/ ATORVASTATINE CALCIQUE P

Co.				5 mg -10 mg	**PPB**	
02411253	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	58,02	➧	0,5802
02273233	*Caduet*	Pfizer	90	67,96		0,7551
02362759	*GD-Amlodipine/Atorvastatin*	GenMed	90	52,22	➧	0,5802
02404222	*pms-Amlodipine-Atorvastatin*	Phmscience	100	58,02	➧	0,5802
Co.				5 mg - 20 mg	**PPB**	
02411261	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	68,42	➧	0,6842
02273241	*Caduet*	Pfizer	90	77,32		0,8591
02362767	*GD-Amlodipine/Atorvastatin*	GenMed	90	61,58	➧	0,6842
02404230	*pms-Amlodipine-Atorvastatin*	Phmscience	100	68,42	➧	0,6842
Co.				5 mg - 40 mg	**PPB**	
02411288	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	72,32	➧	0,7232
02273268	*Caduet*	Pfizer	90	80,83		0,8981
02362775	*GD-Amlodipine/Atorvastatin*	GenMed	90	65,09	➧	0,7232
Co.				5 mg - 80 mg	**PPB**	
02411296	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	72,32	➧	0,7232
02273276	*Caduet*	Pfizer	90	80,83		0,8981
02362783	*GD-Amlodipine/Atorvastatin*	GenMed	90	65,09	➧	0,7232

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			10 mg -10 mg **PPB**		
02411318	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	61,25 ➡	0,6125
02273284	*Caduet*	Pfizer	90	82,75	0,9194
02362791	*GD-Amlodipine/Atorvastatin*	GenMed	90	55,13 ➡	0,6125
02404249	*pms-Amlodipine-Atorvastatin*	Phmscience	100	61,25 ➡	0,6125
Co.			10 mg - 20 mg **PPB**		
02411326	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	76,36 ➡	0,7636
02273292	*Caduet*	Pfizer	90	92,11	1,0234
02362805	*GD-Amlodipine/Atorvastatin*	GenMed	90	68,72 ➡	0,7636
02404257	*pms-Amlodipine-Atorvastatin*	Phmscience	100	76,36 ➡	0,7636
Co.			10 mg - 40 mg **PPB**		
02411334	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	80,00 ➡	0,8000
02273306	*Caduet*	Pfizer	90	95,62	1,0624
02362813	*GD-Amlodipine/Atorvastatin*	GenMed	90	72,00 ➡	0,8000
Co.			10 mg - 80 mg **PPB**		
02411342	*Apo-Amlodipine-Atorvastatin*	Apotex	100	80,00 ➡	0,8000
02273314	*Caduet*	Pfizer	90	95,62	1,0624
02362821	*GD-Amlodipine/Atorvastatin*	GenMed	90	72,00 ➡	0,8000

AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D') ✥

Caps. L.A.				5 mg	
02248808	*Adderall XR*	Shire	100	205,78	2,0578
Caps. L.A.				10 mg	
02248809	*Adderall XR*	Shire	100	233,86	2,3386
Caps. L.A.				15 mg	
02248810	*Adderall XR*	Shire	100	261,94	2,6194
Caps. L.A.				20 mg	
02248811	*Adderall XR*	Shire	100	290,01	2,9001
Caps. L.A.				25 mg	
02248812	*Adderall XR*	Shire	100	318,09	3,1809
Caps. L.A.				30 mg	
02248813	*Adderall XR*	Shire	100	346,18	3,4618

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
ANÉTHOLE TRITHIONE					
Co.				25 mg	
02240344	*Sialor*	Phmscience	60	54,00	0,9000
APIXABAN P					
Co.				2,5 mg	
02377233	*Eliquis*	B.M.S.	60	96,00	1,6000
Co.				5 mg	
02397714	*Eliquis*	B.M.S.	60	96,00	1,6000
			180	288,00	1,6000
APREMILAST P					
Co.			10 mg (4 co.) - 20 mg (4 co.) - 30 mg (19 co.)		
+ 02434318	*Otezla (Emballage de départ)*	Celgene	27	510,41	
Co.				30 mg	
+ 02434334	*Otezla*	Celgene	56	1058,63	18,9041
APRÉPITANT P					
Caps.				80 mg	
02298791	*Emend*	Merck	2	60,36	30,1800
Caps.				125 mg	
02298805	*Emend*	Merck	6	181,08	30,1800
Caps.			125mg (1 caps.) et 80mg (2 caps.)		
02298813	*Emend Tri-Pack*	Merck	3	90,54	
ARIPIPRAZOLE P					
Pd. Inj. I.M.				300 mg	
02420864	*Abilify Maintena*	Lundbeck	1	456,18	
Pd. Inj. I.M.				400 mg	
02420872	*Abilify Maintena*	Lundbeck	1	456,18	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ATOMOXÉTINE (CHLORHYDRATE D') F

Caps. 10 mg **PPB**

02318024	*Apo-Atomoxetine*	Apotex	30	42,12	➡	1,4040
02396904	*Atomoxetine*	Pro Doc	30	42,12	➡	1,4040
02314541	*Novo-Atomoxetine*	Teva Can	30	42,12	➡	1,4040
02381028	*pms-Atomoxetine*	Phmscience	30	42,12	➡	1,4040
02405962	*Riva-Atomoxetine*	Riva	30	42,12	➡	1,4040
			100	140,40	➡	1,4040
02386410	*Sandoz Atomoxetine*	Sandoz	30	42,12	➡	1,4040
02262800	*Strattera*	Lilly	28	72,80		2,6000

Caps. 18 mg **PPB**

02318032	*Apo-Atomoxetine*	Apotex	30	48,28	➡	1,6093
02396912	*Atomoxetine*	Pro Doc	30	48,28	➡	1,6093
02378930	*Mylan-Atomoxetine*	Mylan	100	160,93	➡	1,6093
02314568	*Novo-Atomoxetine*	Teva Can	30	48,28	➡	1,6093
02381036	*pms-Atomoxetine*	Phmscience	30	48,28	➡	1,6093
02405970	*Riva-Atomoxetine*	Riva	30	48,28	➡	1,6093
			100	160,93	➡	1,6093
02386429	*Sandoz Atomoxetine*	Sandoz	30	48,28	➡	1,6093
02262819	*Strattera*	Lilly	28	83,44		2,9800

Caps. 25 mg **PPB**

02318040	*Apo-Atomoxetine*	Apotex	30	53,30	➡	1,7767
			100	177,67	➡	1,7767
02396920	*Atomoxetine*	Pro Doc	30	53,30	➡	1,7767
			100	177,67	➡	1,7767
02378949	*Mylan-Atomoxetine*	Mylan	100	177,67	➡	1,7767
02314576	*Novo-Atomoxetine*	Teva Can	30	53,30	➡	1,7767
02381044	*pms-Atomoxetine*	Phmscience	30	53,30	➡	1,7767
			100	177,67	➡	1,7767
02405989	*Riva-Atomoxetine*	Riva	30	53,30	➡	1,7767
			100	177,67	➡	1,7767
02386437	*Sandoz Atomoxetine*	Sandoz	30	53,30	➡	1,7767
02262827	*Strattera*	Lilly	28	92,12		3,2900

Caps. 40 mg **PPB**

02318059	*Apo-Atomoxetine*	Apotex	30	60,75	➡	2,0250
			100	202,50	➡	2,0250
02396939	*Atomoxetine*	Pro Doc	30	60,75	➡	2,0250
			100	202,50	➡	2,0250
02378957	*Mylan-Atomoxetine*	Mylan	100	202,50	➡	2,0250
02314584	*Novo-Atomoxetine*	Teva Can	30	60,75	➡	2,0250
02381052	*pms-Atomoxetine*	Phmscience	30	60,75	➡	2,0250
			100	202,50	➡	2,0250
02405997	*Riva-Atomoxetine*	Riva	30	60,75	➡	2,0250
			100	202,50	➡	2,0250
02386445	*Sandoz Atomoxetine*	Sandoz	30	60,75	➡	2,0250
02262835	*Strattera*	Lilly	28	105,00		3,7500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				60 mg **PPB**	
02318067	*Apo-Atomoxetine*	Apotex	30	67,39	2,2463
			100	224,63	2,2463
02396947	*Atomoxetine*	Pro Doc	30	67,39	2,2463
			100	224,63	2,2463
02378965	*Mylan-Atomoxetine*	Mylan	100	224,63	2,2463
02314592	*Novo-Atomoxetine*	Teva Can	30	67,39	2,2463
02381060	*pms-Atomoxetine*	Phmscience	30	67,39	2,2463
			100	224,63	2,2463
02406004	*Riva-Atomoxetine*	Riva	30	67,39	2,2463
			100	224,63	2,2463
02386453	*Sandoz Atomoxetine*	Sandoz	30	67,39	2,2463
02262843	*Strattera*	Lilly	28	116,48	4,1600
AXITINIB F					
Co.				1 mg	
02389630	*Inlyta*	Pfizer	60	1116,00	18,6000
Co.				5 mg	
02389649	*Inlyta*	Pfizer	60	5580,00	93,0000
AZÉLAÏQUE (ACIDE) F					
Gel Top.				15 %	
02270811	*Finacea*	Bayer	50 g	30,00	0,6000
AZTRÉONAM F					
Sol. pour Inh.				75 mg	
02329840	*Cayston*	Gilead	84	4045,14	48,1564
BÉTAHISTINE (DICHLORHYDRATE DE) F					
Co.				16 mg **PPB**	
* 02374757	*ACT Betahistine*	ActavisPhm	100	17,70	0,1770
02280191	*Novo-Betahistine*	Novopharm	100	17,70	0,1770
02330210	*pms-Betahistine*	Phmscience	100	17,70	0,1770
02243878	*Serc*	BGP Pharma	100	45,99	0,4599
Co.				24 mg **PPB**	
* 02374765	*ACT Betahistine*	ActavisPhm	100	30,40	0,3040
02280205	*Novo-Betahistine*	Novopharm	100	30,40	0,3040
02330237	*pms-Betahistine*	Phmscience	100	30,40	0,3040
02247998	*Serc*	BGP Pharma	100	68,97	0,6897

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BISACODYL

Co. Ent. — 5 mg **PPB**

02273411	*Bisacodyl-Odan*	Odan	100	4,05	➡	0,0405
			1000	40,50	➡	0,0405
02246039	*Jamp-Bisacodyl*	Jamp	100	4,05	➡	0,0405

Supp. — 5 mg

02410893	*Bisacodyl Suppository 5 mg*	Jamp	3	1,28	0,4267

Supp. — 10 mg **PPB**

02361450	*Bisacodyl Suppository*	Jamp	100	50,14	➡	0,5014
00582883	*pms-Bisacodyl*	Phmscience	100	46,81	➡	0,4681

BOCÉPRÉVIR F

Caps. — 200 mg

02370816	*Victrelis*	Merck	168	1890,00	11,2500

BOCÉPRÉVIR/RIBAVIRINE/INTERFÉRON ALFA-2B PÉGUYLÉ F

Trousse — 200 mg - 200 mg - 80 mcg/0,5 mL

02371448	*Victrelis Triple*	Merck	1	2652,55	

Trousse — 200 mg - 200 mg - 100 mcg/0,5 mL

02371456	*Victrelis Triple*	Merck	1	2652,55	

Trousse — 200 mg - 200 mg - 120 mcg/0,5 mL

02371464	*Victrelis Triple*	Merck	1	2726,00	

Trousse — 200 mg - 200 mg - 150 mcg/0,5 mL

02371472	*Victrelis Triple (84)*	Merck	1	2726,00	
99100893	*Victrelis Triple (98)*	Merck	1	2726,00	

BOSENTAN F

Co. — 62,5 mg **PPB**

*	02386194	*ACT Bosentan*	ActavisPhm	60	1347,75	➡	22,4625
	02383497	*Mylan-Bosentan*	Mylan	56	1257,90	➡	22,4625
	02383012	*pms-Bosentan*	Phmscience	60	1347,75	➡	22,4625
	02386275	*Sandoz Bosentan*	Sandoz	60	1347,75	➡	22,4625
	02398400	*Teva-Bosentan*	Teva Can	60	1347,75	➡	22,4625
	02244981	*Tracleer*	Actelion	56	3594,00		64,1786

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.					125 mg **PPB**		
*	02386208	*ACT Bosentan*	ActavisPhm	60	1039,70	➧	17,3283
	02383500	*Mylan-Bosentan*	Mylan	56	970,39	➧	17,3283
	02383020	*pms-Bosentan*	Phmscience	60	1039,70	➧	17,3283
	02386283	*Sandoz Bosentan*	Sandoz	60	1039,70	➧	17,3283
	02398419	*Teva-Bosentan*	Teva Can	60	1039,70	➧	17,3283
	02244982	*Tracleer*	Actelion	56	3594,00		64,1786

BUPRÉNORPHINE/NALOXONE Ⓝ

Co. S-Ling.					2 mg - 0,5 mg **PPB**		
+	02408090	*Mylan-Buprenorphine/ Naloxone*	Mylan	100	133,50	➧	1,3350
*	02295695	*Suboxone*	RB Pharma	7	18,69		2,6700
+	02424851	*Teva-Buprenorphine/ Naloxone*	Teva Can	30	40,05	➧	1,3350
Co. S-Ling.					8 mg - 2 mg **PPB**		
+	02408104	*Mylan-Buprenorphine/ Naloxone*	Mylan	100	236,50	➧	2,3650
*	02295709	*Suboxone*	RB Pharma	7	33,11		4,7300
+	02424878	*Teva-Buprenorphine/ Naloxone*	Teva Can	30	70,95	➧	2,3650

CABERGOLINE Ⓟ

Co.					0,5 mg **PPB**		
*	02301407	*ACT Cabergoline*	ActavisPhm	8	60,72	➧	7,5900
	02242471	*Dostinex*	Paladin	8	105,72		13,2150

CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) Ⓟ

Gel Top.					50 mcg/g -0,5 mg/g		
	02319012	*Dovobet Gel*	Leo	60 g	84,22		1,4037
Pom. Top.					50 mcg/g -0,5 mg/g		
	02244126	*Dovobet*	Leo	60 g	84,22		1,4037

CALCIUM (CITRATE DE)

Sol. Orale					500 mg/15 mL		
+	80054756	*M Cal Citrate Liquide*	Mantra Ph.	450 ml	32,50		0,0722

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Sol. Orale					500 mg - 1000 UI/15 mL		
	80049201	*M-Cal Citrate Liquide D 1000*	Mantra Ph.	450 ml	34,50		0,0767

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)

Sol. Orale — 100 mg/5 mL **PPB**

80054754	*M-Cal Solution*	Mantra Ph.	350 ml	15,60	➡	0,0446
80043628	*Nu-Cal Liquide*	Odan	350 ml	15,60	➡	0,0446
99100833	*SoluCAL (toutes saveurs)*	Jamp	350 ml	15,60	➡	0,0446
			1500 ml	66,06	➡	0,0440

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D

Sol. Orale — 500 mg - 400 UI/25 mL **PPB**

80054755	*M-Cal Solution D 400*	Mantra Ph.	350 ml	16,33	➡	0,0467
99100830	*SoluCAL D (toutes saveurs)*	Jamp	350 ml	16,33	➡	0,0467
			1500 ml	69,99	➡	0,0467

Sol. Orale — 500 mg - 1000 U.I./25ml

80025038	*SoluCAL D Fort*	Jamp	350 ml	16,33	0,0467

CANAGLIFLOZINE Ⓟ

Co. — 100 mg

02425483	*Invokana*	Janss. Inc	30	78,53	2,6177

Co. — 300 mg

02425491	*Invokana*	Janss. Inc	30	78,53	2,6177

CAPÉCITABINE Ⓟ

Co. — 150 mg **PPB**

02426757	*ACH-Capecitabine*	Accord	60	59,29	➡	0,9882
02421917	*Sandoz Capecitabine*	Sandoz	60	59,29	➡	0,9882
02400022	*Teva-Capecitabine*	Teva Can	60	59,29	➡	0,9882
02238453	*Xeloda*	Roche	60	109,80		1,8300

Co. — 500 mg **PPB**

02426765	*ACH-Capecitabine*	Accord	120	395,28	➡	3,2940
02421925	*Sandoz Capecitabine*	Sandoz	120	395,28	➡	3,2940
02400030	*Teva-Capecitabine*	Teva Can	120	395,28	➡	3,2940
02238454	*Xeloda*	Roche	120	732,00		6,1000

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE

Sol. Oph. — 0,5 % (0,4 mL)

02049260	*Refresh plus*	Allergan	30	8,85	0,2950

Sol. Oph. — 1 % (0,4 mL)

00870153	*Celluvisc*	Allergan	30	9,58	0,3193

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE					
Sol. Oph.				0,5 %	
02231008	*Refresh tears*	Allergan	15 ml	6,25	
CASPOFONGINE (ACÉTATE DE) F					
Pd. Inj. I.V.				50 mg	
02244265	*Cancidas*	Merck	1	222,00	
Pd. Inj. I.V.				70 mg	
02244266	*Cancidas*	Merck	1	222,00	
CERTOLIZUMAB PEGOL F					
Sol. Inj. S.C. (ser)				200 mg/ml (1 ml)	
02331675	*Cimzia*	U.C.B.	2	1262,56	631,2800
CÉTRORÉLIX F					
Pd. Inj. S.C.				0,25 mg	
02247766	*Cetrotide*	Serono	1	90,00	
Pd. Inj. S.C.				3 mg	
02247767	*Cetrotide*	Serono	1	340,00	
CHORIOGONADOTROPINE ALPHA F					
Sol. Inj. S.C. (ser)				250 mcg	
02262088	*Ovidrel*	Serono	1	72,00	
Sty				250 mcg/0,5 mL	
02371588	*Ovidrel*	Serono	1	72,00	
CINACALCET (CHLORHYDRATE DE) F					
Co.				30 mg	
02257130	*Sensipar*	Amgen	30	323,52	10,7840
Co.				60 mg	
02257149	*Sensipar*	Amgen	30	589,81	19,6603
Co.				90 mg	
02257157	*Sensipar*	Amgen	30	858,43	28,6143

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) F

Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL

02267462	*Ciprofloxacine Perfusion Intraveineuse*	Novopharm	100 ml 200 ml	10,27 20,50	

CITRATE DE SODIUM/ LAURYLSULFOACÉTATE DE SODIUM/ SORBITOL

Sol. Rect. 90 mg/mL - 9 mg/mL - 625 mg/mL

02063905	*Microlax*	McNeil Co	12	10,98	0,9150

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) F

Cr. Vag. 20 mg/g

02060604	*Dalacin*	Paladin	40 g	26,26	

CLOPIDOGREL (BISULFATE DE) F

Co. 75 mg **PPB**

02412942	*Abbott-Clopidogrel*	Abbott	100	47,35	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02252767	*Apo-Clopidogrel*	Apotex	30	14,21	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02416387	*Auro-Clopidogrel*	Aurobindo	28	13,26	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02394820	*Clopidogrel*	Pro Doc	30	14,21	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02400553	*Clopidogrel*	Sanis	500	236,75	➡	0,4735
02385813	*Clopidogrel*	Sivem	30	14,21	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02303027	*Co Clopidogrel*	Cobalt	30	14,21	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02415550	*Jamp-Clopidogrel*	Jamp	30	14,21	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02422255	*Mar-Clopidogrel*	Marcan	30	14,21	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02408910	*Mint-Clopidogrel*	Mint	30	14,21	➡	0,4735
			100	47,35	➡	0,4735
02351536	*Mylan-Clopidogrel*	Mylan	100	47,35	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02238682	*Plavix*	SanofiAven	28	74,23		2,6511
			500	1325,60		2,6512
02348004	*Pms-Clopidogrel*	Phmscience	30	14,21	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02379813	*Ran-Clopidogrel*	Ranbaxy	100	47,35	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02388529	*Riva-Clopidogrel*	Riva	30	14,21	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02359316	*Sandoz Clopidogrel*	Sandoz	100	47,35	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735
02293161	*Teva Clopidogrel*	Teva Can	30	14,21	➡	0,4735
			500	236,75	➡	0,4735

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CODÉINE (PHOSPHATE DE) Ⓝ

Sir. 25 mg/5 mL

00050024	*Codéine*	Atlas	500 ml 2000 ml	19,43 62,71	0,0389 0,0314

COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ

Co. 625 mg

02373955	*Lodalis*	Valeant	180	198,00	1,1000

COLLAGÉNASE Ⓟ

Pom. Top. 250 U/g

02063670	*Santyl*	S. & N.	30 g	87,50	2,9167

CRIZOTINIB Ⓟ

Caps. 200 mg

02384256	*Xalkori*	Pfizer	60	8800,00	146,6667

Caps. 250 mg

02384264	*Xalkori*	Pfizer	60	8800,00	146,6667

CYANOCOBALAMINE

Co. L.A. 1200 mcg **PPB**

	80025207	*Beduzil*	Orimed	500	52,50	0,1050
+	80061573	*Euro-B12 LA*	Euro-Pharm	500	52,50	0,1050
	80021427	*Jamp-Vitamine B12 L.A.*	Jamp	500	52,50	0,1050
	80042834	*M-B12-1200 mcg L.A.*	Mantra Ph.	500	52,50	0,1050

Sol. Orale 200 mcg/mL **PPB**

80039903	*Beduzil*	Orimed	350 ml	12,50	0,0357
80026092	*Jamp-Vitamine B12*	Jamp	350 ml	12,50	0,0357

DABIGATRAN ETEXILATE Ⓟ

Caps. 110 mg

02312441	*Pradaxa*	Bo. Ing.	60	96,00	1,6000

Caps. 150 mg

02358808	*Pradaxa*	Bo. Ing.	60	96,00	1,6000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
DABRAFÉNIB (MÉSYLATE DE) P					
Caps.				50 mg	
02409607	*Tafinlar*	GSK	120	5066,67	42,2223
Caps.				75 mg	
02409615	*Tafinlar*	GSK	120	7600,00	63,3333
DAPAGLIFLOZINE P					
Co.				5 mg	
+ 02435462	*Forxiga*	AZC	30	73,50	2,4500
Co.				10 mg	
+ 02435470	*Forxiga*	AZC	30	73,50	2,4500
DARBÉPOÉTINE ALFA P					
Seringue				10 mcg/0,4 mL	
02392313	*Aranesp*	Amgen	4	107,20	26,8000
Seringue				20 mcg/0,5 mL	
02392321	*Aranesp*	Amgen	4	214,40	53,6000
Seringue				30 mcg/0,3 mL	
02392348	*Aranesp*	Amgen	4	321,60	80,4000
Seringue				40 mcg/0,4 mL	
02391740	*Aranesp*	Amgen	4	428,80	107,2000
Seringue				50 mcg/0,5 mL	
02391759	*Aranesp*	Amgen	4	536,00	134,0000
Seringue				60 mcg/0,3 mL	
02392356	*Aranesp*	Amgen	4	643,20	160,8000
Seringue				80 mcg/0,4 mL	
02391767	*Aranesp*	Amgen	4	857,60	214,4000
Seringue				100 mcg/0,5 mL	
02391775	*Aranesp*	Amgen	4	1072,00	268,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Seringue				130 mcg/0,65 mL	
02391783	*Aranesp*	Amgen	4	1393,60	348,4000
Seringue				150 mcg/0,3 mL	
02391791	*Aranesp*	Amgen	4	1608,00	402,0000
Seringue				200 mcg/0,4 mL	
02391805	*Aranesp*	Amgen	1	536,00	
Seringue				300 mcg/0,6 mL	
02391821	*Aranesp*	Amgen	1	828,00	
Seringue				500 mcg/1,0 mL	
02392364	*Aranesp*	Amgen	1	1380,00	
DARUNAVIR P					
Co.				600 mg	
02324024	*Prezista*	Janss. Inc	60	877,62	14,6270
DASATINIB P					
Co.				20 mg	
02293129	*Sprycel*	B.M.S.	60	2195,08	36,5847
Co.				50 mg	
02293137	*Sprycel*	B.M.S.	60	4390,13	73,1688
Co.				70 mg	
02293145	*Sprycel*	B.M.S.	60	4841,45	80,6908
Co.				100 mg	
02320193	*Sprycel*	B.M.S.	30	4390,13	146,3377
DENOSUMAB P					
Sol. Inj.				120 mg/1,7 mL	
02368153	*Xgeva*	Amgen	1	538,45	
Sol. Inj. S.C. (ser)				60 mg/mL	
02343541	*Prolia*	Amgen	1	330,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DEXAMÉTHASONE [F]

Implant Intravitréen — 0,7 mg

02363445	*Ozurdex*	Allergan	1	1295,00	

DICLOFÉNAC SODIQUE [F]

Sol. Oph. — 0,1 %

01940414	*Voltaren Ophta*	Alcon	5 ml 10 ml	12,60 25,21	

DIMÉTHYLE (FUMARATE DE) [F]

Caps. L.A. — 120 mg

02404508	*Tecfidera*	Biogen	14 56	178,36 713,42	12,7400 12,7396

Caps. L.A. — 240 mg

02420201	*Tecfidera*	Biogen	56	1426,85	25,4795

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. — 50 mg **PPB**

02257556	*Jamp-Diphenhydramine*	Jamp	100 500	7,04 35,20	➡ ➡	0,0704 0,0704
00757691	*pms-Diphenhydramine*	Phmscience	100 500	7,04 35,20	➡ ➡	0,0704 0,0704

Co. ou Caps. — 25 mg **PPB**

02257548	*Jamp-Diphenhydramine*	Jamp	250 500	13,35 26,70	➡ ➡	0,0534 0,0534
02239029	*Nadryl 25*	Riva	100	5,34	➡	0,0534
00757683	*pms-Diphenhydramine*	Phmscience	100	5,34	➡	0,0534

Elix. — 12,5 mg/5 mL **PPB**

02298503	*Jamp-Diphenhydramine*	Jamp	120 ml 500 ml	2,81 11,70	➡ ➡	0,0234 0,0234
00792705	*pms-Diphenhydramine*	Phmscience	100 ml 500 ml	2,34 11,70	➡ ➡	0,0234 0,0234

DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE) [F]

Caps. — 200 mg L.A. - 25 mg

02242119	*Aggrenox*	Bo. Ing.	60	49,38	0,8230

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DOCUSATE DE CALCIUM

Caps. 240 mg **PPB**

*	00806226	*Calax*	Odan	100	8,16	**R**
				500	40,80	**R**
	00830275	*Docusate Calcium*	Trianon	100	8,16	0,0816
				300	24,48	0,0816
	02283255	*Jamp-Docusate Calcium*	Jamp	250	20,40	0,0816
	00842044	*Novo-Docusate Calcium*	Novopharm	100	8,16	0,0816
				500	40,80	0,0816
	00664553	*pms-Docusate-Calcium*	Phmscience	300	24,48	0,0816

DOCUSATE DE SODIUM

Caps. 100 mg **PPB**

	00830267	*Docusate de Sodium*	Trianon	100	3,28	0,0328
				1000	25,00	0,0250
	00716731	*Docusate Sodique*	Taro	100	3,28	0,0328
				1000	25,00	0,0250
	02326086	*Docusate sodium*	Pro Doc	1000	25,00	0,0250
	02426838	*Docusate sodium*	Sanis	1000	25,00	0,0250
	02247385	*Euro-Docusate*	Euro-Pharm	1000	25,00	0,0250
	02303825	*Euro-Docusate C*	Euro-Pharm	1000	25,00	0,0250
	02245946	*Jamp-Docusate Sodium*	Jamp	1000	25,00	0,0250
*	02020084	*Novo-Docusate*	Novopharm	100	3,28	**R**
				1000	25,00	**R**
	02298163	*phl-Docusate Sodium*	Pharmel	100	3,28	0,0328
				1000	25,00	0,0250
	00703494	*pms-Docusate Sodium*	Phmscience	100	3,28	0,0328
				1000	25,00	0,0250
	00870196	*ratio-Docusate Sodium*	Ratiopharm	1000	25,00	0,0250
	00514888	*Selax*	Odan	100	3,28	0,0328
				1000	25,00	0,0250

Caps. 200 mg **PPB**

	02335077	*Jamp-Docusate Sodium*	Jamp	100	8,39	0,0839
	02029529	*Soflax*	Phmscience	500	41,95	0,0839

Caps. 250 mg

*,	02335085	*Jamp-Docusate Sodium*	Jamp	100	9,50	0,0950

Sir. 20 mg/5 mL **PPB**

	02238283	*Docusate de Sodium*	Atlas	225 ml	4,95	0,0220
				500 ml	5,95	0,0119
	02024624	*Docusate de Sodium*	Trianon	250 ml	5,50	0,0220
	02283239	*Jamp-Docusate Sodium*	Jamp	250 ml	5,50	0,0220
	00703508	*pms-Docusate Sodium*	Phmscience	500 ml	5,95	0,0119
	00870226	*ratio-Docusate Sodium*	Ratiopharm	500 ml	5,95	0,0119
	00695033	*Selax*	Odan	250 ml	5,50	0,0220
				500 ml	5,95	0,0119

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Sir.					50 mg/mL **PPB**		
	02283220	*Jamp-Docusate Sodium*	Jamp	500 ml	429,19	➧	0,8584
	00848417	*pms-Docusate*	Phmscience	500 ml	429,19	➧	0,8584
Sir. ou Sol. Orale					10 mg/mL		
	02332485	*Jamp-Docusate Sodium*	Jamp	500 ml	86,60		0,1732
	00880140	*pms-Docusate Sodium*	Phmscience	500 ml	86,60	➧	0,1732
	02006723	*Soflax*	Phmscience	25 ml	4,33	➧	0,1732
DOLASÉTRON (MÉSYLATE DE) P							
Co.					100 mg		
	02231379	*Anzemet*	SanofiAven	15	419,42		27,9613
DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE) P							
Co. ou Co. Diss. Orale					5 mg **PPB**		
*	02397595	*ACT Donepezil*	ActavisPhm	100	87,52	➧	0,8752
	02397617	*ACT Donepezil ODT*	ActavisPhm	28	24,51	➧	0,8753
	02362260	*Apo-Donepezil*	Apotex	30	26,26	➧	0,8753
				500	437,60	➧	0,8752
	02232043	*Aricept*	Pfizer	28	132,23		4,7225
				30	141,67		4,7223
	02269457	*Aricept RDT*	Pfizer	28	133,50		4,7679
	02400561	*Auro-Donepezil*	Aurobindo	30	26,26	➧	0,8753
				100	87,52	➧	0,8752
	02412853	*Bio-Donepezil*	Biomed	30	26,26	➧	0,8753
				100	87,52	➧	0,8752
	02402645	*Donepezil*	Accord	100	87,52	➧	0,8752
	02416417	*Donepezil*	Pro Doc	100	87,52	➧	0,8752
	02420597	*Donepezil*	Sivem	100	87,52	➧	0,8752
	02404419	*Jamp-Donepezil*	Jamp	30	26,26	➧	0,8753
				100	87,52	➧	0,8752
	02416948	*Jamp-Donepezil Tablets*	Jamp	30	26,26	➧	0,8753
				100	87,52	➧	0,8752
	02402092	*Mar-Donepezil*	Marcan	30	26,26	➧	0,8753
				100	87,52	➧	0,8752
	02359472	*Mylan-Donepezil*	Mylan	100	87,52	➧	0,8752
	02322331	*pms-Donepezil*	Phmscience	100	87,52	➧	0,8752
	02381508	*Ran-Donepezil*	Ranbaxy	100	87,53	➧	0,8753
				500	437,60	➧	0,8752
	02412918	*Riva-Donepezil*	Riva	100	87,52	➧	0,8752
	02328666	*Sandoz Donepezil*	Sandoz	100	87,52	➧	0,8752
	02367688	*Sandoz Donepezil ODT*	Sandoz	30	26,26	➧	0,8753
	02428482	*Septa-Donepezil*	Septa	30	26,26	➧	0,8753
				100	87,52	➧	0,8752
	02340607	*Teva-Donepezil*	Teva Can	30	26,26	➧	0,8753
				500	437,60	➧	0,8752
+	02426943	*VAN-Donepezil*	Vanc Phm	100	87,52	➧	0,8752

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. Diss. Orale				10 mg **PPB**	
* 02397609	*ACT Donepezil*	ActavisPhm	100	87,52	0,8752
02397625	*ACT Donepezil ODT*	ActavisPhm	28	24,51	0,8753
02362279	*Apo-Donepezil*	Apotex	30	26,26	0,8753
			500	437,60	0,8752
02232044	*Aricept*	Pfizer	28	132,23	4,7225
			30	141,67	4,7223
02269465	*Aricept RDT*	Pfizer	28	133,50	4,7679
02400588	*Auro-Donepezil*	Aurobindo	30	26,26	0,8753
			100	87,52	0,8752
02412861	*Bio-Donepezil*	Biomed	30	26,26	0,8753
			100	87,52	0,8752
02402653	*Donepezil*	Accord	100	87,52	0,8752
02416425	*Donepezil*	Pro Doc	100	87,52	0,8752
02420600	*Donepezil*	Sivem	100	87,52	0,8752
02404427	*Jamp-Donepezil*	Jamp	30	26,26	0,8753
			500	437,60	0,8752
02416956	*Jamp-Donepezil Tablets*	Jamp	30	26,26	0,8753
			100	87,52	0,8752
02402106	*Mar-Donepezil*	Marcan	30	26,26	0,8753
			100	87,52	0,8752
02359480	*Mylan-Donepezil*	Mylan	100	87,52	0,8752
02322358	*pms-Donepezil*	Phmscience	100	87,52	0,8752
02381516	*Ran-Donepezil*	Ranbaxy	100	87,53	0,8753
			500	437,60	0,8752
02412934	*Riva-Donepezil*	Riva	100	87,52	0,8752
02328682	*Sandoz Donepezil*	Sandoz	100	87,52	0,8752
02367696	*Sandoz Donepezil ODT*	Sandoz	30	26,26	0,8753
02428490	*Septa-Donepezil*	Septa	30	26,26	0,8753
			100	87,52	0,8752
02340615	*Teva-Donepezil*	Teva Can	30	26,26	0,8753
			500	437,60	0,8752
+ 02426951	*VAN-Donepezil*	Vanc Phm	100	87,52	0,8752

DORNASE ALFA P

Sol. pour Inh.				1 mg/mL (2,5 mL)	
02046733	*Pulmozyme*	Roche	30	1130,66	37,6887

DULOXÉTINE P

Caps. L.A.				30 mg	
02301482	*Cymbalta*	Lilly	28	51,17	1,8275

Caps. L.A.				60 mg	
02301490	*Cymbalta*	Lilly	28	102,33	3,6546

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ELTROMBOPAG P

Co. 25 mg

02361825	*Revolade*	GSK	14	735,00	52,5000
			28	1470,00	52,5000

Co. 50 mg

02361833	*Revolade*	GSK	14	1470,00	105,0000
			28	2940,00	105,0000

ENFUVIRTIDE P

Pd. Inj. S.C. 108 mg

02247725	*Fuzeon*	Roche	60	2385,60	39,7600

ENTÉCAVIR P

Co. 0,5 mg **PPB**

02396955	*Apo-Entecavir*	Apotex	30	330,00	➡ 11,0000
02282224	*Baraclude*	B.M.S.	30	660,00	22,0000
02430576	*pms-Entecavir*	Phmscience	30	330,00	➡ 11,0000

ENZALUTAMIDE P

Caps. 40 mg

02407329	*Xtandi*	Astellas	120	3401,40	28,3450

ÉPLÉRÉNONE P

Co. 25 mg

02323052	*Inspra*	Pfizer	30	76,69	2,5563

Co. 50 mg

02323060	*Inspra*	Pfizer	30	76,69	2,5563

ÉPOÉTINE ALFA P

Seringue 1 000 UI/0,5 mL

02231583	*Eprex*	Janss. Inc	6	85,50	14,2500

Seringue 2 000 UI/0,5 mL

02231584	*Eprex*	Janss. Inc	6	171,00	28,5000

Seringue 3 000 UI/0,3 mL

02231585	*Eprex*	Janss. Inc	6	256,50	42,7500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Seringue				4 000 UI/0,4 mL	
02231586	*Eprex*	Janss. Inc	6	342,00	57,0000
Seringue				5 000 UI/0,5 mL	
02243400	*Eprex*	Janss. Inc	6	427,50	71,2500
Seringue				6 000 UI/0,6 mL	
02243401	*Eprex*	Janss. Inc	6	513,00	85,5000
Seringue				8 000 UI/0,8 mL	
02243403	*Eprex*	Janss. Inc	6	684,00	114,0000
Seringue				10 000 UI/1,0 mL	
02231587	*Eprex*	Janss. Inc	6	803,70	133,9500
Seringue				20 000 UI/0,5 mL	
02243239	*Eprex*	Janss. Inc	1	278,52	
Seringue				30 000 UI/0,75 mL	
02288680	*Eprex*	Janss. Inc	1	417,77	
Seringue				40 000 UI/mL (1 mL)	
02240722	*Eprex*	Janss. Inc	1	417,77	

ÉPOPROSTÉNOL SODIQUE P

Pd. Inj.				0,5 mg **PPB**	
02397447	*Caripul*	Actelion	1	➧ 17,18	
02230845	*Flolan*	GSK	1	18,13	
Pd. Inj.				1,5 mg **PPB**	
02397455	*Caripul*	Actelion	1	➧ 34,45	
02230848	*Flolan*	GSK	1	36,26	

ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D') P

Co.				100 mg **PPB**	
02269015	*Tarceva*	Roche	30	1600,00	53,3333
02377705	*Teva-Erlotinib*	Teva Can	30	1360,00 ➧	45,3333

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE
Co.				150 mg **PPB**		
02269023	*Tarceva*	Roche	30	2400,00		80,0000
02377713	*Teva-Erlotinib*	Teva Can	30	2040,00	➡	68,0000

ESTRADIOL-17B F

Gel Top.				0,06 %		
02238704	*Estrogel*	Merck	80 g	24,35	⬆	0,2692
Timbre cut.			0,025 mg/24 h (4) et (8) **PPB**			
02247499	*Climara-25*	Bayer	4	19,67		4,9175
02245676	*Estradot*	Novartis	8	20,04		2,5050
02243722	*Oesclim 25*	Paladin	8	19,28	➡	2,4100
Timbre cut.				0,0375 mg/24 h		
02243999	*Estradot*	Novartis	8	20,04		2,5050
Timbre cut.			0,05 mg/24 h (4) et (8) **PPB**			
02231509	*Climara -50*	Bayer	4	21,01		5,2525
02244000	*Estradot*	Novartis	8	21,44		2,6800
02243724	*Oesclim 50*	Paladin	8	19,85		2,4813
02246967	*Sandoz Estradiol Derm 50*	Sandoz	8	16,80	⬆	1,7812
Timbre cut.			0,075 mg/24 h (4) et (8) **PPB**			
02247500	*Climara-75*	Bayer	4	22,40		5,6000
02244001	*Estradot*	Novartis	8	23,00		2,8750
02246968	*Sandoz Estradiol Derm 75*	Sandoz	8	17,90	⬆	1,9125
Timbre cut.			0,1 mg/24 h (4) et (8) **PPB**			
02231510	*Climara -100*	Bayer	4	23,69		5,9225
02244002	*Estradot*	Novartis	8	23,88		2,9850
02246969	*Sandoz Estradiol Derm 100*	Sandoz	8	18,70	⬆	2,0112

ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) F

Timbre cut.				0,05 mg -0,14 mg/24 h		
02241835	*Estalis 140/50*	Novartis	8	23,95		2,9938
Timbre cut.				0,05 mg -0,25 mg/24 h		
02241837	*Estalis 250/50*	Novartis	8	23,95		2,9938

ESTRADIOL-17B/LÉVONORGESTREL F

Timbre cut.				0,045 mg - 0,015 mg/24 h		
02250616	*Climara Pro*	Bayer	4	22,98		5,7450

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
ÉTANERCEPT F					
Pd. Inj. S.C.				25 mg	
02242903	*Enbrel*	Amgen	4	728,55	182,1375
Sol. Inj. S.C. (ser)				50 mg/mL	
02274728	*Enbrel*	Amgen	4	1437,13	359,2825
99100373	*Enbrel SureClick*	Amgen	4	1437,13	359,2825
ÉTRAVIRINE F					
Co.				100 mg	
02306778	*Intelence*	Janss. Inc	120	671,40	5,5950
Co.				200 mg	
02375931	*Intelence*	Janss. Inc	60	654,00	10,9000
ÉVÉROLIMUS F					
Co.				10 mg	
02339528	*Afinitor*	Novartis	30	5580,00	186,0000
EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES F					
Co. S-Ling.				100 IR	
02381885	*Oralair*	Stallergen	3	3,78	1,2600
Co. S-Ling.				300 IR	
02381893	*Oralair*	Stallergen	90	342,00	3,8000
Co. S-Ling.				2800 UAB	
02418304	*Grastek*	Merck	30	114,00	3,8000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉZÉTIMIBE P

Co. 10 mg **PPB**

02425610	*ACH-Ezetimibe*	Accord	30	13,65	0,4549
			100	45,49	0,4549
02414716	*ACT Ezetimibe*	ActavisPhm	30	13,65	0,4549
			100	45,49	0,4549
02427826	*Apo-Ezetimibe*	Apotex	30	13,65	0,4549
			100	45,49	0,4549
02425211	*Bio-Ezetimibe*	Biomed	30	13,65	0,4549
			100	45,49	0,4549
02422549	*Ezetimibe*	Pro Doc	30	13,65	0,4549
			100	45,49	0,4549
02431300	*Ezetimibe*	Sanis	100	45,49	0,4549
02429659	*Ezetimibe*	Sivem	100	45,49	0,4549
02247521	*Ezetrol*	Merck	30	52,20	1,7400
			100	174,01	1,7401
02423235	*Jamp-Ezetimide*	Jamp	30	13,65	0,4549
			100	45,49	0,4549
02422662	*Mar-Ezetimibe*	Marcan	100	45,49	0,4549
			500	227,45	0,4549
02423243	*Mint-Ezetimibe*	Mint	100	45,49	0,4549
02378035	*Mylan-Ezetimibe*	Mylan	100	45,49	0,4549
02416409	*pms-Ezetimibe*	Phmscience	30	13,65	0,4549
			100	45,49	0,4549
02419548	*Ran-Ezetimibe*	Ranbaxy	100	45,49	0,4549
			500	227,45	0,4549
02424436	*Riva-Ezetimibe*	Riva	30	13,65	0,4549
			500	227,45	0,4549
02416778	*Sandoz Ezetimibe*	Sandoz	30	13,65	0,4549
			100	45,49	0,4549
02354101	*Teva-Ezetimibe*	Teva Can	30	13,65	0,4549
			500	227,45	0,4549

FEBUXOSTAT P

Co. 80 mg

02357380	*Uloric*	Takeda	30	47,70	1,5900

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE) P

Co. L.A. 4 mg

02380021	*Toviaz*	Pfizer	30	45,00	1,5000

Co. L.A. 8 mg

02380048	*Toviaz*	Pfizer	30	45,00	1,5000

FIDAXOMICINE P

Co. 200 mg

02387174	*Dificid*	Optimer	20	1584,00	79,2000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
FILGRASTIM F					
Sol. Inj.				300 mcg/mL (1,0 mL)	
01968017	*Neupogen*	Amgen	10	1731,89	173,1890
Sol. Inj.				300 mcg/mL (1,6mL)	
99001454	*Neupogen*	Amgen	10	2771,02	277,1020
FINGOLIMOD (CHLORHYDRATE DE) F					
Caps.				0,5 mg	
02365480	*Gilenya*	Novartis	28	2384,62	85,1650
FLUCONAZOLE F					
Susp. Orale				50 mg/5 mL	
02024152	*Diflucan*	Pfizer	35 ml	33,65	0,9614
FLUDARABINE (PHOSPHATE DE) F					
Co.				10 mg	
02246226	*Fludara*	SanofiAven	15	574,98	38,3320
			20	766,63	38,3315
			100	3833,15	38,3315
FOLLITROPHINE ALPHA F					
Pd. Inj.				75 UI	
02248154	*Gonal-f*	Serono	1	70,88	
Pd. Inj.				450 UI	
02248156	*Gonal-f*	Serono	1	425,25	
Pd. Inj.				1050 UI	
02248157	*Gonal-f*	Serono	1	992,25	
Sty				300 UI	
02270404	*Gonal-f*	Serono	1	283,50	
Sty				450 UI	
02270390	*Gonal-f*	Serono	1	425,25	
Sty				900 UI	
02270382	*Gonal-f*	Serono	1	850,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FOLLITROPINE BÊTA F

Cartouche				300 UI	
02243948	*Puregon*	Merck	1	291,00	
Cartouche				600 UI	
99100718	*Puregon*	Merck	1	582,00	
Cartouche				900 UI	
99100637	*Puregon*	Merck	1	873,00	
Sol. Inj.				50 UI/0,5 mL	
02242439	*Puregon*	Merck	5	242,50	48,5000
Sol. Inj.				100 UI/0,5 mL	
02242441	*Puregon*	Merck	5	485,00	97,0000

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE F

Pd. pour Inh.				6 mcg -100 mcg/dose	
02245385	*Symbicort 100 Turbuhaler*	AZC	120 dose(s)	62,50	
Pd. pour Inh.				6 mcg -200 mcg/dose	
02245386	*Symbicort 200 Turbuhaler*	AZC	120 dose(s)	81,25	

FORMULE NUTRITIVE - ÉMULSION LIPIDIQUE (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Liq.				89 mL suppl.	
99100401	*Microlipid*	Nestlé-Nut	48	141,12	2,9400

FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ

Pd. Orale				227 g suppl.	
99101093	*SolCarb*	Solace	12	63,00	5,2500

FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE

Liq.				suppl.	
99100217	*Triglycérides à chaîne moyenne*	Nestlé-Nut	946 ml	34,49	

FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Liq.				237 mL suppl.	
99100206	*Alimentum*	Abbott	1	1,41	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Liq.				945 mL suppl.	
00898562	*Nutramigen*	M.J.	1	5,31	
99100531	*Nutramigen A+*	M.J.	1	5,31	
Pd. Orale Péd.				400 g suppl.	
00881104	*Nutramigen*	M.J.	1	14,56	
Pd. Orale Péd.				454 g suppl.	
99100532	*Nutramigen A+*	M.J.	1	16,53	
00881112	*Pregestimil*	M.J.	1	17,72	
99100533	*Pregestimil A+*	M.J.	1	17,72	
FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO					
Pd. Orale				454 g suppl.	
00881201	*Portagen*	M.J.	1	20,22	
FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE					
Pd. Orale				48,7 g/sachet suppl.	
99000229	*Vivonex Pédiatrique*	Nestlé-Nut	6	39,42	6,5700
Pd. Orale				79,5 g/ sac. suppl.	
00921017	*Vivonex Plus*	Nestlé-Nut	6	39,39	6,5650
Pd. Orale				80 g/sac. suppl.	
00861464	*Tolerex*	Nestlé-Nut	6	23,40	3,9000
Pd. Orale				80,4 g/sac. suppl.	
00895229	*Vivonex T.E.N.*	Nestlé-Nut	10	65,60	6,5600
FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)					
Liq.				237 mL suppl.	
99100463	*Neocate Splash*	Nutricia	27	178,76	6,6207
Pd. Orale Péd.				400 g suppl.	
99100892	*Neocate avec DHA et ARA*	Nutricia	4	174,00	43,5000
99004402	*Néocate Junior*	Nutricia	4	191,23	47,8075
99100790	*Néocate junior avec fibres prébiotiques*	Nutricia	4	184,00	46,0000
99100715	*PurAmino A+*	M.J.	1	51,66	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS

Liq.				1 L suppl.	
99003635	*Compleat modifié*	Nestlé-Nut	1	7,45	
99100393	*Jevity 1,5 Cal*	Abbott	1	10,07	
99003597	*Jevity 1.2 cal*	Abbott	1	8,06	
99100703	*Nepro*	Abbott	1	8,01	

Liq.				1,5 L suppl.	
99004127	*Isosource 1.5 Cal*	Nestlé-Nut	1	10,53	
99000202	*Isosource HN Avec Fibres*	Nestlé-Nut	1	10,29	
99004496	*Isosource VHN*	Nestlé-Nut	1	12,20	
99100645	*Jevity 1 cal*	Abbott	1	10,63	
99100402	*Jevity 1,5 Cal*	Abbott	1	15,10	
99003600	*Jevity 1.2 cal*	Abbott	1	12,09	
99100042	*Resource pour diabétiques*	Nestlé-Nut	1	9,79	

Liq.				235 mL à 250 mL suppl.	
99000504	*Compleat modifié*	Nestlé-Nut	1	1,90	
99004658	*Compleat Pédiatrique*	Nestlé-Nut	1	2,42	
00920347	*Glucerna 1.0 Cal*	Abbott	1	1,57	
99004135	*Isosource 1.5 Cal*	Nestlé-Nut	1	1,75	
00801194	*Isosource HN Avec Fibres*	Nestlé-Nut	1	1,72	
99000180	*Isosource VHN*	Nestlé-Nut	1	1,98	
99000482	*Jevity 1 cal*	Abbott	1	1,65	
99100417	*Jevity 1,5 Cal*	Abbott	1	2,38	
99003392	*Jevity 1.2 cal*	Abbott	1	1,89	
99100702	*Nepro*	Abbott	1	1,90	
99003414	*Nutren Junior Fibres avec Prebio*	Nestlé-Nut	1	1,54	
99001381	*Pediasure avec fibres*	Abbott	1	1,56	
99005050	*Pediasure Plus avec fibres*	Abbott	1	2,35	
99100216	*Resource Essentiels Jeunesse 1,5*	Nestlé-Nut	1	2,17	
99002019	*Resource pour diabétiques*	Nestlé-Nut	1	1,63	

Pd. Orale				85 g/sac. suppl.	
99003236	*Scandishake Aromatisée*	Aptalis	4	11,81	2,9525

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS

Liq.				1 L suppl.	
99100244	*Novasource Renal*	Nestlé-Nut	1	8,38	
99100395	*Nutren 2.0*	Nestlé-Nut	1	10,35	
99100462	*TwoCal HN*	Abbott	1	9,84	

Liq.				1,5 L suppl.	
99000164	*Isosource HN*	Nestlé-Nut	1	7,50	
99002000	*Nutren 1.5*	Nestlé-Nut	1	11,58	
99003570	*Osmolite 1.0 cal*	Abbott	1	8,01	
99004216	*Osmolite 1.2 cal*	Abbott	1	8,08	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Liq.			235 mL à 250 mL	suppl.	
00898708	*Boost 1.5*	Nestlé-Nut	1	1,45	
99000512	*Isosource HN*	Nestlé-Nut	1	1,12	
99003546	*Novasource Renal*	Nestlé-Nut	1	1,92	
00907766	*Nutren 1.5*	Nestlé-Nut	1	1,77	
99003406	*Nutren Junior*	Nestlé-Nut	1	1,54	
00895350	*Osmolite 1.0 cal*	Abbott	1	1,25	
99004224	*Osmolite 1.2 cal*	Abbott	1	1,25	
99000474	*Pediasure*	Abbott	1	1,56	
99001543	*Promote*	Abbott	1	1,36	
99003554	*Resource 2.0*	Nestlé-Nut	1	1,92	
99002647	*Suplena*	Abbott	1	2,00	
99004690	*TwoCal HN*	Abbott	1	2,32	

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS - USAGE SPÉCIFIQUE

Pd. Orale			400 g	suppl.	
99100792	*Modulen IBD*	Nestlé-Nut	1	27,10	

FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)

Pd. Orale Péd.			363 g	suppl.	
99100122	*Enfamil Enfacare A+*	M.J.	1	14,45	
99100123	*Similac Neosure*	Abbott	1	14,41	

FORMULE NUTRITIVE - PROTÉINE

Pd. Orale			227 g	suppl.	
99003783	*Beneprotein*	Nestlé-Nut	6	91,86	15,3100

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE

Liq.			1 L	suppl.	
99002922	*Peptamen 1.5*	Nestlé-Nut	1	38,36	
99100826	*Peptamen AF*	Nestlé-Nut	1	38,08	
99101178	*Vital Peptide 1.5 Cal*	Abbott	1	11,32	

Liq.			1,5 L	suppl.	
99100094	*Peptamen avec Prebio 1*	Nestlé-Nut	1	39,90	

Liq.			220 mL à 250 mL	suppl.	
99101181	*PediaSure Peptide 1 Cal*	Abbott	1	2,49	
00908444	*Peptamen*	Nestlé-Nut	1	6,65	
99003031	*Peptamen 1.5*	Nestlé-Nut	1	9,59	
99100309	*Peptamen AF*	Nestlé-Nut	1	9,77	
99004631	*Peptamen avec Prebio 1*	Nestlé-Nut	1	6,65	
99000296	*Peptamen Junior*	Nestlé-Nut	1	6,65	
99100789	*Peptamen Junior 1.5*	Nestlé-Nut	1	9,98	
99101182	*Vital Peptide 1 Cal*	Abbott	1	2,49	
99101183	*Vital Peptide 1.5 Cal*	Abbott	1	2,49	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Orale				79 g/sac. suppl.	
00889962	*Vital H.N.*	Abbott	24	183,60	7,6500

GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE) P

Caps. L.A.				8 mg **PPB**	
02425157	*Auro-Galantamine ER*	Aurobindo	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02416573	*Galantamine ER*	Pro Doc	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02420821	*Mar-Galantamine ER*	Marcan	30	37,40	1,2467
02339439	*Mylan-Galantamine ER*	Mylan	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02398370	*pms-Galantamine ER*	Phmscience	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02266717	*Reminyl ER*	Janss. Inc	30	137,70	4,5900
Caps. L.A.				16 mg **PPB**	
02425165	*Auro-Galantamine ER*	Aurobindo	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02416581	*Galantamine ER*	Pro Doc	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02420848	*Mar-Galantamine ER*	Marcan	30	37,40	1,2467
02339447	*Mylan-Galantamine ER*	Mylan	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02398389	*pms-Galantamine ER*	Phmscience	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02266725	*Reminyl ER*	Janss. Inc	30	137,70	4,5900
Caps. L.A.				24 mg **PPB**	
02425173	*Auro-Galantamine ER*	Aurobindo	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02416603	*Galantamine ER*	Pro Doc	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02420856	*Mar-Galantamine ER*	Marcan	30	37,40	1,2467
02339455	*Mylan-Galantamine ER*	Mylan	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02398397	*pms-Galantamine ER*	Phmscience	30	37,40	1,2467
			100	124,65	1,2465
02266733	*Reminyl ER*	Janss. Inc	30	137,70	4,5900

GANIRELIX P

Sol. Inj. S.C. (ser)				250 mcg/0,5 mL	
02245641	*Orgalutran*	Merck	1	94,71	

GÉFITINIB P

Co.				250 mg	
02248676	*Iressa*	AZC	30	2199,00	73,3000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) P

Sol. Inj. S.C. (ser) — 20 mg/mL

02245619	*Copaxone*	Teva Innov	30	1296,00	43,2000

GLICLAZIDE P

Co. — 80 mg **PPB**

02245247	*Apo-Gliclazide*	Apotex	60	5,59	➧	0,0931
			100	9,31	➧	0,0931
00765996	*Diamicron*	Servier	60	22,35		0,3725
02287072	*Gliclazide*	Sanis	100	9,31	➧	0,0931
02248453	*Gliclazide-80*	Pro Doc	60	5,59	➧	0,0931
			100	9,31	➧	0,0931
02229519	*Mylan-Gliclazide*	Mylan	60	5,59	➧	0,0931
			100	9,31	➧	0,0931
02238103	*Novo-Gliclazide*	Novopharm	100	9,31	➧	0,0931
			500	46,55	➧	0,0931

Co. L.A. — 30 mg **PPB**

+ 02429764	*ACT Gliclazide MR*	ActavisPhm	100	9,31	➧	0,0931
02297795	*Apo-Gliclazide MR*	Apotex	100	9,31	➧	0,0931
02242987	*Diamicron MR*	Servier	60	8,43		0,1405
02423286	*Mint-Gliclazide MR*	Mint	100	9,31	➧	0,0931

Co. L.A. — 60 mg **PPB**

+ 02407124	*Apo-Gliclazide MR*	Apotex	100	21,50	➧	0,2150
* 02356422	*Diamicron MR*	Servier	60	15,17		0,2528

GLIMÉPIRIDE P

Co. — 1 mg **PPB**

02245272	*Amaryl*	SanofiAven	30	23,21		0,7737
02295377	*Apo-Glimepiride*	Apotex	100	38,57	➧	0,3857
02273756	*Novo-Glimepiride*	Novopharm	30	11,57	➧	0,3857
02273101	*ratio-Glimepiride*	Ratiopharm	30	11,57	➧	0,3857
02269589	*Sandoz Glimepiride*	Sandoz	30	11,57	➧	0,3857

Co. — 2 mg **PPB**

02245273	*Amaryl*	SanofiAven	30	23,21		0,7737
02295385	*Apo-Glimepiride*	Apotex	100	38,57	➧	0,3857
02273764	*Novo-Glimepiride*	Novopharm	30	11,57	➧	0,3857
02273128	*ratio-Glimepiride*	Ratiopharm	30	11,57	➧	0,3857
02269597	*Sandoz Glimepiride*	Sandoz	30	11,57	➧	0,3857

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				4 mg **PPB**	
02245274	*Amaryl*	SanofiAven	30	23,21	0,7737
02295393	*Apo-Glimepiride*	Apotex	100	38,57	0,3857
02273772	*Novo-Glimepiride*	Novopharm	30	11,57	0,3857
02273136	*ratio-Glimepiride*	Ratiopharm	30	11,57	0,3857
02269619	*Sandoz Glimepiride*	Sandoz	30	11,57	0,3857

GLYCÉRINE [5]

Supp.					
99100357			12		

GOLIMUMAB F

Sol. Inj. S.C. (App.)				50 mg/0,5 mL	
02324784	*Simponi*	Janss. Inc	1	1447,00	
Sol. Inj. S.C. (ser)				50 mg/0,5 mL	
02324776	*Simponi*	Janss. Inc	1	1447,00	
Sol. Perf. I.V.				12,5 mg/mL (4 mL)	
02417472	*Simponi I.V.*	Janss. Inc	1	826,86	

GONADORÉLINE F

Pd. Inj.				0,8 mg	
02046210	*Lutrepulse*	Ferring	1	115,00	
Trousse				3,2 mg - 3,2 mg - 3,2 mg	
02046202	*Système Lutrepulse*	Ferring	1	924,00	

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE F

Pd. Inj.				10 000 U **PPB**	
02247459	*Gonadotrophine Chorionique*	PPC	1	72,00	
02182904	*Pregnyl*	Merck	1	72,00	

GONADOTROPHINES F

Pd. Inj.				75 UI	
02283093	*Menopur*	Ferring	5	275,00	55,0000
02247790	*Repronex*	Ferring	5	275,00	55,0000

5 Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
GRANISÉTRON (CHLORHYDRATE DE) P					
Co.				1 mg	
02308894	*Granisetron*	AA Pharma	10	135,00	13,5000
GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE) P					
Co. L.A.				1 mg	
02409100	*Intuniv XR*	Shire	100	300,00	3,0000
Co. L.A.				2 mg	
02409119	*Intuniv XR*	Shire	100	365,00	3,6500
Co. L.A.				3 mg	
02409127	*Intuniv XR*	Shire	100	430,00	4,3000
Co. L.A.				4 mg	
02409135	*Intuniv XR*	Shire	100	495,00	4,9500
HUILE MINÉRALE					
Liq.				100 %	
00704172	*Huile Minérale*	Atlas	250 ml 500 ml	2,15 3,11	0,0086 0,0062
Liq. (Rect.)					
00107875	*Fleet Huileux*	McNeil Co	130 ml	4,24	
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE					
Sol. Oph.				0,5 %	
00000809	*Isopto Tears*	Alcon	15 ml	4,16	
Sol. Oph.				1 %	
00000817	*Isopto Tears*	Alcon	15 ml	4,70	
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70					
Sol. Oph.				0,3 % -0,1 %	
00390291	*Tears Naturale*	Alcon	15 ml 30 ml	5,28 8,91 ↑	 0,2793
00743445	*Tears Naturale II*	Alcon	15 ml 30 ml	5,10 9,26 ↑	 0,2737

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

IBRUTINIB F

Caps. — 140 mg

02434407	*Imbruvica*	Janss. Inc	90	8158,50	90,6500

ICATIBANT (ACÉTATE D') F

Sol. Inj. S.C. (ser) — 10 mg/mL (3 mL)

02425696	*Firazyr*	Shire HGT	1	2700,00	

IMATINIB (MÉSYLATE D') F

Co. — 100 mg **PPB**

* 02397285	*ACT Imatinib*	ActavisPhm	30	204,56	➡	6,8187
02355337	*Apo-Imatinib*	Apotex	30	204,56	➡	6,8187
02253275	*Gleevec*	Novartis	120	3182,21		26,5184
+ 02431114	*pms-Imatinib*	Phmscience	120	818,23	➡	6,8186
02399806	*Teva-Imatinib*	Teva Can	120	818,23	➡	6,8186

Co. — 400 mg **PPB**

* 02397293	*ACT Imatinib*	ActavisPhm	30	818,23	➡	27,2743
02355345	*Apo-Imatinib*	Apotex	30	818,23	➡	27,2743
02253283	*Gleevec*	Novartis	30	3182,21		106,0737
+ 02431122	*pms-Imatinib*	Phmscience	30	818,23	➡	27,2743
02399814	*Teva-Imatinib*	Teva Can	30	818,23	➡	27,2743

IMATINIB (MÉSYLATE D') - TUMEUR STROMALE GASTRO-INTESTINALE F

Co. — 100 mg

99100983	*Gleevec*	Novartis	120	3182,21	26,5184

Co. — 400 mg

99100982	*Gleevec*	Novartis	30	3182,21	106,0737

IMIQUIMOD F

Cr. Top. — 5 % **PPB**

02239505	*Aldara P*	Valeant	1	➡	287,52	
02407825	*Apo-Imiquimod*	Apotex	24		264,72	➡ 11,0300

INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) F

Pd. pour inh. (App.) — 110 mcg - 50 mcg/caps.

02418282	*Ultibro Breezhaler*	Novartis	30	80,40	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

INFLIXIMAB [F]

Pd. Perf. I.V. — 100 mg

02244016	*Remicade*	Janss. Inc	1	940,00	

INFLIXIMAB-POLYARTHRITE RHUMATOÏDE, SPONDYLITE ANKYLOSANTE, ARTHRITE PSORIASIQUE ET PSORIASIS EN PLAQUES [F]

Pd. Perf. I.V. — 100 mg **PPB**

02419475	*Inflectra*	Hospira	1	➡ 650,00	
99101167	*Remicade*	Janss. Inc	1	940,00	

INSULINE ASPART/ INSULINE ASPART PROTAMINE

Susp. Inj. S.C. — 30 % - 70 % (3 mL)

02265435	*NovoMix30*	N.Nordisk	5	52,20	

INSULINE DÉTÉMIR

Sol. Inj. S.C. — 100 U/mL (3 mL)

02412829	*Levemir FlexTouch*	N.Nordisk	5	98,69	
02271842	*Levemir Penfill*	N.Nordisk	5	98,69	

INSULINE GLARGINE

Sol. Inj. S.C. — 100 U/mL

02245689	*Lantus*	SanofiAven	10 ml	58,07	

Sol. Inj. S.C. — 100 U/mL (3 mL)

02251930	*Lantus*	SanofiAven	5	88,12	
02294338	*Lantus SoloStar*	SanofiAven	5	88,12	

INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE

Susp. Inj. S.C. — 25 % - 75 % (3mL)

02240294	*Humalog Mix 25*	Lilly	5	51,44	
02403420	*Humalog Mix 25 KwikPen*	Lilly	5	51,44	

INTERFÉRON BÊTA-1A [F]

Sol. Inj. I.M. — 30 mcg (6 MUI)

99100763	*Avonex Pen*	Biogen	4	1409,85	352,4625
02269201	*Avonex PS*	Biogen	4	1409,85	352,4625

Sol. Inj. S.C. — 22 mcg/0.5 mL (1,5 mL)

02318253	*Rebif*	Serono	4	1434,74	358,6850

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			44 mcg/0.5 mL (1,5 mL)		
02318261	*Rebif*	Serono	4	1746,62	436,6550
Sol. Inj. S.C. (ser)			22 mcg (6 MUI)		
02237319	*Rebif*	Serono	3	358,69	119,5633
Sol. Inj. S.C. (ser)			44 mcg (12 MUI)		
02237320	*Rebif*	Serono	3	436,66	145,5533

INTERFÉRON BÊTA-1B Ⓟ

Pd. Inj.			0,3 mg **PPB**		
02169649	*Betaseron*	Bayer	15	1490,39 ➡	99,3593
			45	4471,17 ➡	99,3593
02337819	*Extavia*	Novartis	15	1490,39 ➡	99,3593
Trousse				0,3 mg	
99100555	*Betaseron - Trousse de mise en route*	Bayer	1	1192,31	

KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE) Ⓟ

Sol. Oph.			0,45 % (0,4 mL)		
02369362	*Acuvail*	Allergan	30	7,25	0,2417
			60	14,50	0,2417
Sol. Oph.				0,5 % **PPB**	
* 01968300	*Acular*	Allergan	5 ml	16,80 ⬆	3,3140
			10 ml	33,60 ⬆	3,3140
+ 02245821	*Ketorolac*	AA Pharma	5 ml	➡ 12,98	
			10 ml	➡ 25,96	

LACOSAMIDE Ⓟ

Co.				50 mg	
02357615	*Vimpat*	U.C.B.	60	139,20	2,3200
Co.				100 mg	
02357623	*Vimpat*	U.C.B.	60	199,20	3,3200
Co.				150 mg	
02357631	*Vimpat*	U.C.B.	60	259,20	4,3200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				200 mg	
02357658	*Vimpat*	U.C.B.	60	319,20	5,3200

LACTULOSE

Sir. ou Sol. Orale			667 mg/mL **PPB**		
02242814	*Apo-Lactulose*	Apotex	500 ml	7,25	0,0145
			1000 ml	14,50	0,0145
02295881	*Jamp-Lactulose*	Jamp	500 ml	7,25	0,0145
			1000 ml	14,50	0,0145
02412268	*Lactulose*	Sanis	500 ml	7,25	0,0145
02247383	*Pharma-Lactulose*	Phmscience	500 ml	7,25	0,0145
			1000 ml	14,50	0,0145
00703486	*pms-Lactulose*	Phmscience	500 ml	7,25	0,0145
			1000 ml	14,50	0,0145
00854409	*ratio-Lactulose*	Ratiopharm	500 ml	7,25	0,0145
			1000 ml	14,50	0,0145
02331551	*Teva Lactulose*	Teva Can	500 ml	7,25	0,0145
			1000 ml	14,50	0,0145

LANTHANE HYDRATÉ F

Co. Croq.				250 mg	
02287145	*Fosrenol*	Shire	90	96,38	1,0709
Co. Croq.				500 mg	
02287153	*Fosrenol*	Shire	90	192,74	2,1416
Co. Croq.				750 mg	
02287161	*Fosrenol*	Shire	90	290,06	3,2229
Co. Croq.				1000 mg	
02287188	*Fosrenol*	Shire	90	384,56	4,2729

LAPATINIB F

Co.				250 mg	
02326442	*Tykerb*	GSK	70	1645,00	23,5000

LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) F

Sol. Oph.			0,005 % - 0,5 % **PPB**		
02414155	*Apo-Latanoprost-Timop*	Apotex	2,5 ml	11,07	
02373068	*GD-Latanoprost/Timolol*	GenMed	2,5 ml	11,07	
02394685	*Sandoz Latanoprost/Timolol*	Sandoz	2,5 ml	11,07	
02246619	*Xalacom*	Pfizer	2,5 ml	30,99	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LÉDIPASVIR/SOFOSBUVIR F

Co. 90 mg -400 mg

02432226	*Harvoni*	Gilead	28	22333,33	797,6189

LÉFLUNOMIDE F

Co. 10 mg **PPB**

02256495	*Apo-Leflunomide*	Apotex	30	79,30	2,6433
02241888	*Arava*	SanofiAven	30	299,70	9,9900
02415828	*Leflunomide*	Pro Doc	30	79,30	2,6433
02351668	*Leflunomide*	Sanis	30	79,30	2,6433
02319225	*Mylan-Leflunomide*	Mylan	30	79,30	2,6433
02261251	*Novo-Leflunomide*	Novopharm	30	79,30	2,6433
			100	264,33	2,6433
02309327	*phl-Leflunomide*	Pharmel	30	79,30	2,6433
02288265	*pms-Leflunomide*	Phmscience	30	79,30	2,6433
02283964	*Sandoz Leflunomide*	Sandoz	30	79,30	2,6433

Co. 20 mg **PPB**

02256509	*Apo-Leflunomide*	Apotex	30	79,30	2,6433
02241889	*Arava*	SanofiAven	30	304,24	10,1413
02415836	*Leflunomide*	Pro Doc	30	79,30	2,6433
02351676	*Leflunomide*	Sanis	30	79,30	2,6433
02319233	*Mylan-Leflunomide*	Mylan	30	79,30	2,6433
02261278	*Novo-Leflunomide*	Novopharm	30	79,30	2,6433
			100	264,33	2,6433
02309335	*phl-Leflunomide*	Pharmel	30	79,30	2,6433
02288273	*pms-Leflunomide*	Phmscience	30	79,30	2,6433
02283972	*Sandoz Leflunomide*	Sandoz	30	79,30	2,6433

LÉNALIDOMIDE F

Caps. 5 mg

02304899	*Revlimid*	Celgene	28	9520,00	340,0000

Caps. 10 mg

02304902	*Revlimid*	Celgene	28	10108,00	361,0000

Caps. 15 mg

02317699	*Revlimid*	Celgene	21	8022,00	382,0000

Caps. 25 mg

02317710	*Revlimid*	Celgene	21	8904,00	424,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LINAGLIPTINE [F]

Co. 5 mg

02370921	*Trajenta*	Bo. Ing.	30	67,50	2,2500
			90	202,50	2,2500

LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) [F]

Co. 2,5 mg - 500 mg

02403250	*Jentadueto*	Bo. Ing.	60	71,02	1,1837

Co. 2,5 mg - 850 mg

02403269	*Jentadueto*	Bo. Ing.	60	71,02	1,1837

Co. 2,5 mg - 1 000 mg

02403277	*Jentadueto*	Bo. Ing.	60	71,02	1,1837

LINEZOLIDE [F]

Co. 600 mg **PPB**

02426552	*Apo-Linezolid*	Apotex	30	1111,50	➧ 37,0500
02422689	*Sandoz Linezolid*	Sandoz	20	741,00	➧ 37,0500
02243684	*Zyvoxam*	Pfizer	20	1468,78	73,4390

Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL

02243685	*Zyvoxam*	Pfizer	300 ml	99,91	

LIRAGLUTIDE [F]

Sol. Inj. S.C. 6 mg/mL (3 mL)

02351064	*Victoza*	N.Nordisk	2	136,98	
			3	205,47	

LISDEXAMFETAMINE (DIMESYLATE DE) [⊕]

Caps. 20 mg

02347156	*Vyvanse*	Shire	100	224,00	2,2400

Caps. 30 mg

02322951	*Vyvanse*	Shire	100	251,00	2,5100

Caps. 40 mg

02347164	*Vyvanse*	Shire	100	278,00	2,7800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				50 mg	
02322978	*Vyvanse*	Shire	100	305,00	3,0500
Caps.				60 mg	
02347172	*Vyvanse*	Shire	100	331,00	3,3100

LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE) [F]

Co.				20 mg	
02422050	*Latuda*	Sunovion	30	107,10	3,5700
Co.				40 mg	
02387751	*Latuda*	Sunovion	30	107,10	3,5700
Co.				60 mg	
02413361	*Latuda*	Sunovion	30	107,10	3,5700
Co.				80 mg	
02387778	*Latuda*	Sunovion	30	107,10	3,5700
Co.				120 mg	
02387786	*Latuda*	Sunovion	30	107,10	3,5700

MACITENTAN [F]

Co.				10 mg	
02415690	*Opsumit*	Actelion	30	3495,00	116,5000

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)

Susp. Orale				400 mg/5 mL	
00468401	*Lait de Magnésie*	Atlas	500 ml	2,49	0,0050

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D') [5]

Co.				100 mg -184 mg	
99002868			50		
Co.				200 mg -200 mg	
99100716			36		

5 Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					300 mg -600 mg	
	99002450			40		
Susp. Orale					200 mg - 200 mg/5 mL	
	99002574			500 ml		
Susp. Orale					300 mg -600 mg/5 mL	
	99002442			350 ml		

MARAVIROC [F]

Co.					150 mg	
	02299844	*Celsentri*	ViiV	60	990,00	16,5000
Co.					300 mg	
	02299852	*Celsentri*	ViiV	60	990,00	16,5000

MÉGESTROL (ACÉTATE DE) [F]

Co.					40 mg	
	02195917	*Megestrol*	AA Pharma	100	100,73	1,0073

MÉMANTINE (CHLORHYDRATE DE) [F]

Co.					10 mg **PPB**	
*	02324067	*ACT Memantine*	ActavisPhm	30	37,85	1,2617
				100	126,17	1,2617
	02366487	*Apo-Memantine*	Apotex	30	37,85	1,2617
				100	126,17	1,2617
	02260638	*Ebixa*	Lundbeck	30	70,10	2,3367
	02409895	*Med-Memantine*	GMP	100	126,17	1,2617
+	02430371	*Mylan-Memantine*	Mylan	100	126,17	1,2617
	02321130	*pms-Memantine*	Phmscience	30	37,85	1,2617
				100	126,17	1,2617
	02421364	*Ran-Memantine*	Ranbaxy	30	37,85	1,2617
				100	126,17	1,2617
	02320908	*ratio-Memantine*	Ratiopharm	100	126,17	1,2617
	02348950	*Riva-Memantine*	Riva	30	37,85	1,2617
				100	126,17	1,2617
	02344807	*Sandoz Memantine*	Sandoz	30	37,85	1,2617
				100	126,17	1,2617
	02375532	*Sandoz Memantine FCT*	Sandoz	100	126,17	1,2617

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) ◈

Caps. L.A.					10 mg	
	02277166	*Biphentin*	Purdue	100	67,45	0,6745

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.				15 mg	
02277131	*Biphentin*	Purdue	100	96,57	0,9657
Caps. L.A.				20 mg	
02277158	*Biphentin*	Purdue	100	124,68	1,2468
Caps. L.A.				30 mg	
02277174	*Biphentin*	Purdue	100	171,18	1,7118
Caps. L.A.				40 mg	
02277182	*Biphentin*	Purdue	100	218,15	2,1815
Caps. L.A.				50 mg	
02277190	*Biphentin*	Purdue	50	132,20	2,6440
Caps. L.A.				60 mg	
02277204	*Biphentin*	Purdue	50	156,20	3,1240
Caps. L.A.				80 mg	
02277212	*Biphentin*	Purdue	50	202,86	4,0572
Co. L.A. (12 h)				18 mg	
02247732	*Concerta*	Janss. Inc	100	203,64	2,0364
02315068	*Novo-Methylphenidate ER-C*	Teva Can	100	101,97	1,0197
02413728	*pms-Methylphenidate ER*	Phmscience	100	101,97	1,0197
Co. L.A. (12 h)				27 mg	
02250241	*Concerta*	Janss. Inc	100	235,01	2,3501
02315076	*Novo-Methylphenidate ER-C*	Teva Can	100	117,68	1,1768
02413736	*pms-Methylphenidate ER*	Phmscience	100	117,68	1,1768
Co. L.A. (12 h)				36 mg	
02247733	*Concerta*	Janss. Inc	100	266,38	2,6638
02315084	*Novo-Methylphenidate ER-C*	Teva Can	100	133,39	1,3339
02413744	*pms-Methylphenidate ER*	Phmscience	100	133,39	1,3339
Co. L.A. (12 h)				54 mg	
02247734	*Concerta*	Janss. Inc	100	329,12	3,2912
02315092	*Novo-Methylphenidate ER-C*	Teva Can	100	164,80	1,6480
02413752	*pms-Methylphenidate ER*	Phmscience	100	164,80	1,6480

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MÉTRONIDAZOLE P

Gel Vag. 0,75 %

02125226	*Nidagel*	Valeant	70 g	18,62	

MICAFUNGINE SODIQUE P

Pd. Perf. I.V. 50 mg

02294222	*Mycamine*	Astellas	1	98,00	

Pd. Perf. I.V. 100 mg

02311054	*Mycamine*	Astellas	1	196,00	

MIRABEGRON P

Co. L.A. 25 mg

* 02402874	*Myrbetriq*	Astellas	30	43,80	1,4600
			90	131,40	1,4600

Co. L.A. 50 mg

* 02402882	*Myrbetriq*	Astellas	30	43,80	1,4600
			90	131,40	1,4600

MODAFINIL P

Co. 100 mg **PPB**

02239665	*Alertec*	Shire	30	39,52	1,3173
02285398	*Apo-Modafinil*	Apotex	100	92,93	0,9293
02430487	*Auro-Modafinil*	Aurobindo	30	27,88	0,9293
			100	92,93	0,9293
02432560	*Mar-Modafinil*	Marcan	100	92,93	0,9293
02420260	*Teva-Modafinil*	Teva Can	30	27,88	0,9293

MOMÉTASONE (FUROATE DE)/ FORMOTEROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE) P

Aéro. oral 50 mcg - 5 mcg

* 02361744	*Zenhale*	Merck	120 dose(s)	60,00	R

Aéro. oral 100 mcg - 5 mcg

02361752	*Zenhale*	Merck	120 dose(s)	78,00	

Aéro. oral 200 mcg - 5 mcg

02361760	*Zenhale*	Merck	120 dose(s)	96,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) F					
Sol. Perf. I.V.				400 mg/250 mL	
02246414	*Avelox I.V.*	Bayer	12	420,24	35,0200
MULTIVITAMINES [5]					
Caps. ou Co.			Vit A 5000 UI - Vit D 400 UI et autres		
99002493			100		
Co. Croq.			Vit A 5000 UI - Vit D 400 UI et autres		
99002507			100		
NAPROXÈNE/ÉSOMÉPRAZOLE F					
Co.				375 mg - 20 mg	
02361701	*Vimovo*	AZC	60	55,20	0,9200
Co.				500 mg - 20 mg	
02361728	*Vimovo*	AZC	60	55,20	0,9200
NATALIZUMAB F					
Sol. Inj. I.V.				300mg/15ml	
02286386	*Tysabri*	Biogen	1	2451,32	
NILOTINIB F					
Caps.				150 mg	
02368250	*Tasigna*	Novartis	112	3054,72	27,2743
Caps.				200 mg	
02315874	*Tasigna*	Novartis	112	3947,17	35,2426
NITRAZÉPAM ⊠					
Co.				5 mg	
00511528	*Mogadon*	AA Pharma	100	15,34	0,1534
Co.				10 mg	
00511536	*Mogadon*	AA Pharma	100	22,96	0,2296

5 Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
OMBITASVIR/PARITAPRÉVIR/RITONAVIR ET DASABUVIR SODIQUE (MONOHYDRATE DE) P					
Trousse		12,5 mg - 75 mg - 50 mg et 250 mg			
* 02436027	*Holkira Pak*	Abbvie	1	18620,00	
ONABOTULINUMTOXINA P					
Pd. Inj. I.M.				50 UI	
99100741	*Botox*	Allergan	1	178,50	
Pd. Inj. I.M.				100 UI	
01981501	*Botox*	Allergan	1	357,00	
Pd. Inj. I.M.				200 UI	
99100646	*Botox*	Allergan	1	714,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ONDANSÉTRON F

Co. Diss. Orale ou Co. 4 mg **PPB**

02288184	*Apo-Ondansetron*	Apotex	10	32,72	➡	3,2720
			30	98,16	➡	3,2720
02296349	*Co Ondansetron*	Cobalt	10	32,72	➡	3,2720
02313685	*Jamp-Ondansetron*	Jamp	10	32,72	➡	3,2720
			100	327,20	➡	3,2720
02371731	*Mar-Ondansetron*	Marcan	10	32,72	➡	3,2720
			30	98,16	➡	3,2720
02305259	*Mint-Ondansetron*	Mint	10	32,72	➡	3,2720
			30	98,16	➡	3,2720
02297868	*Mylan-Ondansetron*	Mylan	10	32,72	➡	3,2720
			100	327,20	➡	3,2720
02417839	*NAT-Ondansetron*	Natco	10	32,72	➡	3,2720
			100	327,20	➡	3,2720
02264056	*Novo-Ondansetron*	Novopharm	10	32,72	➡	3,2720
02421402	*Ondansetron*	Sanis	30	98,16	➡	3,2720
02306212	*Ondansetron Odan*	Odan	10	32,72	➡	3,2720
			100	327,20	➡	3,2720
02389983	*Ondissolve ODF*	Takeda	10	32,72	➡	3,2720
02278618	*phl-Ondansetron*	Pharmel	10	32,72	➡	3,2720
			100	327,20	➡	3,2720
02258188	*pms-Ondansetron*	Phmscience	10	32,72	➡	3,2720
			100	327,20	➡	3,2720
02312247	*Ran-Ondansetron*	Ranbaxy	10	32,72	➡	3,2720
			100	327,20	➡	3,2720
02278529	*ratio-Ondansetron*	Ratiopharm	10	32,72	➡	3,2720
			100	327,20	➡	3,2720
02370298	*Riva-Ondansetron*	Riva	10	32,72	➡	3,2720
02274310	*Sandoz Ondansetron*	Sandoz	10	32,72	➡	3,2720
			100	327,20	➡	3,2720
02376091	*Septa-Ondansetron*	Septa	10	32,72	➡	3,2720
			100	327,20	➡	3,2720
02213567	*Zofran*	GSK	10	126,60		12,6600
			100	1265,96		12,6596
02239372	*Zofran ODT*	GSK	10	123,71		12,3710

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.				8 mg **PPB**	
02288192	*Apo-Ondansetron*	Apotex	10	49,93	4,9930
			30	149,79	4,9930
02296357	*Co Ondansetron*	Cobalt	10	49,93	4,9930
02313693	*Jamp-Ondansetron*	Jamp	10	49,93	4,9930
			30	149,79	4,9930
02371758	*Mar-Ondansetron*	Marcan	10	49,93	4,9930
			30	149,79	4,9930
02305267	*Mint-Ondansetron*	Mint	10	49,93	4,9930
			30	149,79	4,9930
02297876	*Mylan-Ondansetron*	Mylan	10	49,93	4,9930
			100	499,30	4,9930
02417847	*NAT-Ondansetron*	Natco	10	49,93	4,9930
			100	499,30	4,9930
02325160	*Ondansetron*	Pro Doc	10	49,93	4,9930
02421410	*Ondansetron*	Sanis	30	149,79	4,9930
02306220	*Ondansetron Odan*	Odan	10	49,93	4,9930
			100	499,30	4,9930
02389991	*Ondissolve ODF*	Takeda	10	49,93	4,9930
02278626	*phl-Ondansetron*	Pharmel	10	49,93	4,9930
			100	499,30	4,9930
02258196	*pms-Ondansetron*	Phmscience	10	49,93	4,9930
			100	499,30	4,9930
02312255	*Ran-Ondansetron*	Ranbaxy	10	49,93	4,9930
			100	499,30	4,9930
02278537	*ratio-Ondansetron*	Ratiopharm	10	49,93	4,9930
			100	499,30	4,9930
02370301	*Riva-Ondansetron*	Riva	10	49,93	4,9930
02274329	*Sandoz Ondansetron*	Sandoz	10	49,93	4,9930
			100	499,30	4,9930
02376105	*Septa-Ondansetron*	Septa	10	49,93	4,9930
			100	499,30	4,9930
02264064	*Teva-Ondansetron*	Teva Can	10	49,93	4,9930
			100	499,30	4,9930
02213575	*Zofran*	GSK	10	193,22	19,3220
			100	1932,26	19,3226
02239373	*Zofran ODT*	GSK	10	188,77	18,8770
Sol. Orale				4 mg/5 mL **PPB**	
02291967	*Ondansetron*	AA Pharma	50 ml	73,07	1,4614
02229639	*Zofran*	GSK	50 ml	96,61	1,9322

OSELTAMIVIR (PHOSPHATE D') F

Caps.				30 mg	
02304848	*Tamiflu*	Roche	10	19,50	1,9500
Caps.				45 mg	
02304856	*Tamiflu*	Roche	10	30,00	3,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				75 mg	
02241472	*Tamiflu*	Roche	10	39,00	3,9000
Susp. Orale				6 mg/mL	
02381842	*Tamiflu*	Roche	65 ml	19,50	0,3000

OXCARBAZÉPINE ℙ

Co.				150 mg	**PPB**	
02284294	*Apo-Oxcarbazepine*	Apotex	100	62,09	➧	0,6209
+ 02440717	*Jamp-Oxcarbazepine*	Jamp	100	62,09	➧	0,6209
02242067	*Trileptal*	Novartis	50	38,72		0,7744
Co.				300 mg	**PPB**	
* 02284308	*Apo-Oxcarbazepine*	Apotex	100	72,42	➧	0,7242
+ 02440725	*Jamp-Oxcarbazepine*	Jamp	100	72,42	➧	0,7242
02242068	*Trileptal*	Novartis	50	42,60		0,8520
Co.				600 mg	**PPB**	
* 02284316	*Apo-Oxcarbazepine*	Apotex	100	144,84	➧	1,4484
+ 02440733	*Jamp-Oxcarbazepine*	Jamp	100	144,84	➧	1,4484
02242069	*Trileptal*	Novartis	50	85,20		1,7040
Susp. Orale				60 mg/mL		
02244673	*Trileptal*	Novartis	250 ml	77,45		0,3098

OXYBUTYNINE ℙ

Timbre cut.				36 mg	
02254735	*Oxytrol*	Actavis	8	51,82	6,4775

OXYBUTYNINE (CHLORURE D') ℙ

Co. L.A.				5 mg	
02243960	*Ditropan XL*	Janss. Inc	100	183,30	1,8330
Co. L.A.				10 mg	
02243961	*Ditropan XL*	Janss. Inc	100	183,30	1,8330

OXYCODONE Ⓝ

Co. L.A.				5 mg	**PPB**	
02394170	*ACT Oxycodone CR*	ActavisPhm	100	34,02	➧	0,3402
02366746	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	34,02	➧	0,3402

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				10 mg **PPB**	
02394189	*ACT Oxycodone CR*	ActavisPhm	100	47,41	0,4741
02366754	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	47,41	0,4741
02372525	*OxyNEO*	Purdue	60	52,68	0,8780
02309882	*pms-Oxycodone CR*	Phmscience	100	47,41	0,4741
Co. L.A.				15 mg **PPB**	
02394766	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	57,24	0,5724
02372533	*OxyNEO*	Purdue	60	63,60	1,0600
Co. L.A.				20 mg **PPB**	
02394197	*ACT Oxycodone CR*	ActavisPhm	100	71,12	0,7112
02366762	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	71,12	0,7112
02372797	*OxyNEO*	Purdue	60	79,02	1,3170
02309890	*pms-Oxycodone CR*	Phmscience	100	71,12	0,7112
Co. L.A.				30 mg **PPB**	
02394774	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	93,96	0,9396
02372541	*OxyNEO*	Purdue	60	104,40	1,7400
Co. L.A.				40 mg **PPB**	
02394200	*ACT Oxycodone CR*	ActavisPhm	100	123,26	1,2326
02306530	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	123,26	1,2326
02372568	*OxyNEO*	Purdue	60	136,95	2,2825
02309904	*pms-Oxycodone CR*	Phmscience	100	123,26	1,2326
Co. L.A.				60 mg **PPB**	
02394782	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	170,10	1,7010
02372576	*OxyNEO*	Purdue	60	189,00	3,1500
Co. L.A.				80 mg **PPB**	
02394219	*ACT Oxycodone CR*	ActavisPhm	100	227,66	2,2766
02366789	*Apo-Oxycodone CR*	Apotex	100	227,66	2,2766
02372584	*OxyNEO*	Purdue	60	252,96	4,2160
02309912	*pms-Oxycodone CR*	Phmscience	100	227,66	2,2766

PALIPÉRIDONE (PALMITATE DE) P

Susp. Inj. I.M.				50 mg/0,5 mL	
02354217	*Invega Sustenna*	Janss. Inc	1	304,10	
Susp. Inj. I.M.				75 mg/0,75 mL	
02354225	*Invega Sustenna*	Janss. Inc	1	456,18	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Inj. I.M.				100 mg/1,0 mL	
02354233	*Invega Sustenna*	Janss. Inc	1	456,18	
Susp. Inj. I.M.				150 mg/1,5 mL	
02354241	*Invega Sustenna*	Janss. Inc	1	608,22	

PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM

Mèche				1 m	
00920525	*Mesalt (1 m)*	Mölnlycke	10	44,70	4,4700
Pans.			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
00899496	*Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	30	27,29	0,9097
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99004712	*Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm²)*	Covidien	96	202,04	2,1046
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
00899429	*Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	30	21,25	0,7083
00899518	*Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)*	Mölnlycke	30	22,99	0,7663

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES

Mèche				30 cm à 90 cm	
99003260	*Algisite M 30 cm*	S. & N.	5	24,81	4,9620
00921157	*Algosteril (30 cm)*	Erfa	10	49,97	4,9970
99100955	*Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm)*	Convatec	5	33,93	6,7860
99001705	*Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm)*	Convatec	5	41,60	8,3200
99100155	*Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2")*	Coloplast	6	41,22	6,8700
00898899	*Kaltostat 40 cm*	Convatec	5	35,49	7,0980
99100659	*Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm)*	Medline	20	80,35	4,0175
99003015	*Melgisorb 30 cm*	Mölnlycke	50	215,18	4,3036
99100003	*Nu-Derm Alginate 30 cm*	Systagenix	25	133,11	5,3244
99100100	*Pansement à l'alginate de calcium 30 cm*	Covidien	1	4,17	
99100101	*Pansement à l'alginate de calcium 60 cm*	Covidien	1	5,97	
99100102	*Pansement à l'alginate de calcium 90 cm*	Covidien	1	10,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
00920223	*Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Erfa	16	68,00	4,2500
00921092	*Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Erfa	16	105,50	6,5938
99101009	*Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	38,00	3,8000
99100975	*Aquacel foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	38,00	3,8000
99001772	*Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	61,44	6,1440
99100153	*Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	34,20	3,4200
00898643	*Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Convatec	10	85,60	8,5600
99100656	*Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)*	Medline	100	134,75	1,3475
99003007	*Melgisorb (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	50	182,33	3,6466
99003023	*Melgisorb (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Mölnlycke	50	342,47	6,8494
99100004	*Nu-Derm Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Systagenix	50	205,44	4,1088
99100005	*Nu-Derm Alginate (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Systagenix	25	188,92	7,5568
99100821	*Restore Pansement d'alginate calcium (10 cm x 10 cm-100 cm²)*	Hollister	10	37,00	3,7000
99100822	*Restore Pansement d'alginate calcium (10 cm x 20 cm-200 cm²)*	Hollister	5	37,00	7,4000
99003481	*Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm²*	3M Canada	10	38,97	3,8970
99100285	*Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm²*	3M Canada	1	7,53	
99100467	*Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)*	Convatec	10	51,79	5,1790

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		201 cm² à 500 cm² (surface active)			
99003279	*Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	S. & N.	10	100,28	10,0280
99101010	*Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	46,58	9,3160
99100932	*Aquacel foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	46,91	9,3820
99100931	*Aquacel foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	Convatec	5	62,55	12,5100
99100934	*Aquacel foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Convatec	5	83,40	16,6800
99001764	*Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	65,35	13,0700
99100891	*Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	10	87,75	8,7750
99100657	*Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)*	Medline	50	235,00	4,7000
99100468	*Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	52,49	10,4980
99100472	*Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Convatec	5	96,72	19,3440
Pans.		Moins de 100 cm² (surface active)			
00920266	*Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Erfa	10	17,04	1,7040
99101133	*Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	17,67	1,7670
99100937	*Aquacel foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	16,50	1,6500
99001780	*Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	24,97	2,4970
99100156	*Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Coloplast	30	52,50	1,7500
00898627	*Kaltotstat (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	19,02	1,9020
00898635	*Kaltotstat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²)*	Convatec	10	55,57	5,5570
99100658	*Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²)*	Medline	100	160,50	1,6050
99003066	*Melgisorb (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	50	89,23	1,7846
99100006	*Nu-Derm Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Systagenix	50	94,33	1,8866
99100823	*Restore Pansement d'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm-26cm²)*	Hollister	10	17,30	1,7300
99100466	*Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)*	Convatec	10	33,95	3,3950
Pans.		Plus de 500 cm² (surface active)			
99100888	*Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm²)*	Convatec	5	220,00	44,0000

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION						
Pans.				100 cm² à 200 cm² (surface active)		
	99100052	*Allevyn Compression (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	1	5,01	
	99100537	*Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	49,50	4,9500
	99100475	*Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	S. & N.	10	100,05	10,0050
	00907863	*Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	1	5,02	
	00920738	*Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	S. & N.	1	10,01	
	99100135	*Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	39,50	3,9500
	99100601	*Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Coloplast	5	39,50	7,9000
	99100298	*Biatain Soft-Hold (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	5	19,75	3,9500
	99100600	*Biatain Soft-Hold (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Coloplast	5	39,50	7,9000
	99002787	*Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²)*	Convatec	10	54,88	5,4880
	99100794	*Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	BSN Med	10	37,44	3,7440
	99100744	*Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	BSN Med	10	37,44	3,7440
	99100745	*Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	BSN Med	10	79,00	7,9000
+	99101206	*Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	BSN Med	10	37,44	3,7440
+	99101207	*Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	BSN Med	10	79,00	7,9000
	99101188	*Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm -161 cm²)*	Covidien	10	14,61	1,4610
	99004801	*Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm-100 cm²)*	Covidien	50	94,88	1,8976
	99003244	*Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	5	24,70	4,9400
	99003252	*Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²)*	Mölnlycke	5	46,70	9,3400
	99100664	*Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²)*	Medline	100	146,10	1,4610
	99100666	*Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)*	Medline	100	230,56	2,3056
	99100708	*Restore Advanced Pansement Hydrocellulaire 10cmx10cm-100cm²*	Hollister	10	35,32	3,5320
	99100193	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm²*	3M Canada	1	4,41	
	99100889	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm²*	3M Canada	5	39,50	7,9000
	99100000	*Tielle Max (11 cm x 11 cm - 121 cm²)*	Systagenix	10	62,44	6,2440

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)			
	99100536	*Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	95,60	9,5600
	99100535	*Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	S. & N.	10	170,00	17,0000
	99002949	*Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	S. & N.	1	9,69	
	00907855	*Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	S. & N.	1	17,22	
	99100571	*Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	44,50	8,9000
	99100603	*Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Coloplast	5	79,00	15,8000
	99100572	*Biatain Soft-Hold (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	44,50	8,9000
	99005034	*Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²)*	Convatec	1	11,16	
	99004836	*Curafoam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	Tyco	25	285,51	11,4204
	99100793	*Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	BSN Med	5	41,51	8,3020
	99100746	*Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	BSN Med	10	83,04	8,3040
	99100747	*Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	BSN Med	5	71,10	14,2200
+	99101208	*Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	BSN Med	10	83,04	8,3040
+	99101209	*Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	BSN Med	5	71,10	14,2200
	99101187	*Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm²)*	Covidien	10	33,60	3,3600
	99101189	*Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm²)*	Covidien	10	33,60	3,3600
	99101190	*Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm²)*	Covidien	10	33,60	3,3600
	99100602	*Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	5	47,00	9,4000
	99003538	*Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Mölnlycke	5	92,60	18,5200
	99100667	*Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)*	Medline	100	443,45	4,4345
	99100709	*Restore Advanced Pansement Hydrocellulaire15cm x 15cm-225cm²*	Hollister	10	74,48	7,4480
	99100196	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm²*	3M Canada	30	492,37	16,4123
	99100539	*Tielle Max (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Systagenix	10	94,97	9,4970
	99100356	*Tielle Max (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	Systagenix	5	58,21	11,6420

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)			
	99100241	*Allevyn Compression (5 cm x 6 cm - 30 cm²)*	S. & N.	1	1,95	
	99100570	*Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	1	1,75	
	00920711	*Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	1	1,78	
	99100599	*Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm²)*	Coloplast	10	13,83	1,3830
	99004534	*Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)*	Convatec	10	33,54	3,3540
	99100743	*Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²)*	BSN Med	10	17,07	1,7070
+	99101210	*Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm²)*	BSN Med	10	17,07	1,7070
	99101191	*Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)*	Covidien	10	5,10	0,5100
	99004852	*Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Covidien	25	36,25	1,4500
	99100665	*Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)*	Medline	200	102,05	0,5103
Pans.			Plus de 500 cm² (surface active)			
	99100604	*Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)*	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
	99100195	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm²*	3M Canada	1	25,78	
Pans. mince			100 cm² à 200 cm² (surface active)			
	99100034	*Allevyn Thin (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	1	4,11	
	99100749	*Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	BSN Med	10	34,20	3,4200
	99100133	*Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	1	3,54	
	99100704	*Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 10 x 12,5-125cm²*	Hollister	10	31,79	3,1790

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99100035	*Allevyn Thin (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	S. & N.	1	10,15	
99100750	*Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	BSN Med	10	57,31	5,7310
99100134	*Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	1	6,37	
99100707	*Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 15-225 cm²*	Hollister	10	67,03	6,7030
99100705	*Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 20-300 cm²*	Hollister	10	89,37	8,9370
Pans. mince			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100036	*Allevyn Thin (5 cm x 6 cm - 30 cm²)*	S. & N.	1	1,32	
99100748	*Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²)*	BSN Med	10	12,99	1,2990
99100132	*Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²)*	Mölnlycke	1	2,11	
99100706	*Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 6 cm x 6cm-36cm²*	Hollister	10	22,32	2,2320
Pans. mince			Plus de 500 cm² (surface active)		
99100605	*Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)*	Mölnlycke	2	77,38	38,6900

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES DE POLYESTER ET RAYONNE

Pans.			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
00920509	*Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	10	28,80	2,8800
00920495	*Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm²)*	Mölnlycke	10	36,70	3,6700
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
00920487	*Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	10	23,80	2,3800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES

Pans. 100 cm² à 200 cm² (surface active)

+	99101213	*Aquacel foam (10 cm x 25 cm - 120 cm²)*	Convatec	5	40,50	8,1000
+	99101214	*Aquacel foam (10 cm x 30 cm - 150 cm²)*	Convatec	5	50,62	10,1240
	99100944	*Aquacel foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)*	Convatec	10	112,08	11,2080
+	99101217	*Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm²)*	Covidien	10	16,80	1,6800
+	99101216	*Kendall pans.sup à lalginate calcium (10,2cmx10,2cm-104cm²)*	Covidien	10	16,80	1,6800
	99100469	*Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²)*	Convatec	10	70,51	7,0510
	99100470	*Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²)*	Convatec	5	69,15	13,8300

Pans. 201 cm² à 500 cm² (surface active)

	99100942	*Aquacel foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)*	Convatec	5	77,02	15,4040
	99100943	*Aquacel foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)*	Convatec	5	121,52	24,3040
+	99101218	*Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2xm x 20,3cm-207 cm²)*	Covidien	5	13,20	2,6400
+	99101219	*Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm²)*	Covidien	10	26,40	2,6400
	99100471	*Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²)*	Convatec	5	93,49	18,6980

Pans. . Moins de 100 cm² (surface active)

	99100976	*Aquacel foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)*	Convatec	10	41,70	4,1700
+	99101212	*Aquacel foam (10 cm x 20 cm - 90 cm²)*	Convatec	5	38,25	7,6500
	99100977	*Aquacel foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)*	Convatec	10	61,20	6,1200
	99101185	*Aquacel foam (8 cm x 8 cm - 30 cm²)*	Convatec	10	25,50	2,5500
+	99101221	*Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm-26cm²)*	Covidien	10	8,40	0,8400
	99100464	*Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²)*	Convatec	10	41,68	4,1680

Pans. Plus de 500 cm² (surface active)

+	99101220	*Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm²)*	Covidien	5	360,00	72,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.				Sacrum	
99100945	*Aquacel foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm²)*	Convatec	5	43,00	8,6000
99100465	*Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²)*	Convatec	5	90,62	18,1240

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

Pans. 100 cm² à 200 cm² (surface active)

99001667	*Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	58,65	5,8650
99004585	*Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²)*	S. & N.	10	110,18	11,0180
99100476	*Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	59,00	5,9000
99100031	*Allevyn Plus Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)*	S. & N.	1	6,39	
99100032	*Allevyn Plus Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²)*	S. & N.	1	12,41	
99100139	*Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²)*	Coloplast	5	52,92	10,5840
99100654	*Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²)*	Coloplast	5	32,75	6,5500
99100742	*Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²)*	Coloplast	5	48,95	9,7900
99005026	*Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²)*	Convatec	1	12,00	
99100752	*Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²)*	BSN Med	10	58,00	5,8000
99100753	*Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²)*	BSN Med	5	43,61	8,7220
99004321	*Mepilex Border (15 cm x 15 cm - 121 cm²)*	Mölnlycke	1	7,96	
99004348	*Mepilex Border (15 cm x 20 cm - 168 cm²)*	Mölnlycke	1	11,77	
99100661	*Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²)*	Medline	100	440,30	4,4030
99100796	*Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x15-100 cm²*	Hollister	10	62,00	6,2000
99100797	*Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x20-125 cm²*	Hollister	10	77,50	7,7500
99100199	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm²*	3M Canada	1	6,87	
99100854	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm²*	3M Canada	5	55,00	11,0000
99004623	*Tielle (15 cm x 15 cm - 121 cm²)*	Systagenix	10	88,48	8,8480
99001799	*Tielle (15 cm x 20 cm - 176 cm²)*	Systagenix	5	63,31	12,6620
99001675	*Tielle (18 cm x 18 cm - 196 cm²)*	Systagenix	5	56,13	11,2260
99100012	*Tielle Plus (15 cm x 15 cm - 121 cm²)*	Systagenix	10	88,48	8,8480
99004895	*Tielle Plus (15 cm x 20 cm - 176 cm²)*	Systagenix	5	64,35	12,8700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99001659	*Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm2)*	S. & N.	1	11,72	
99001896	*Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²)*	S. & N.	1	22,41	
99100477	*Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	118,00	11,8000
99100033	*Allevyn Plus Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)*	S. & N.	1	12,60	
99004526	*Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	51,54	10,3080
99100754	*Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²)*	BSN Med	5	66,86	13,3720

	CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.				Moins de 100 cm² (surface active)		
	99001713	*Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	10	24,14	2,4140
	99100474	*Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²)*	S. & N.	10	49,00	4,9000
	99100612	*Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²)*	Coloplast	10	27,10	2,7100
	99100137	*Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	Coloplast	10	44,80	4,4800
	99100613	*Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)*	Coloplast	10	12,10	1,2100
*	99100820	*Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²)*	Coloplast	10	32,00	3,2000
	99100653	*Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	Coloplast	10	52,00	5,2000
	99004968	*Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²)*	Convatec	1	3,20	
	99001853	*Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²)*	Convatec	10	45,83	4,5830
+	99101205	*Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm²)*	BSN Med	10	87,12	8,7120
	99100751	*Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	BSN Med	10	52,00	5,2000
	99004313	*Mepilex Border (10 cm x 10 cm - 42 cm²)*	Mölnlycke	1	4,55	
	99100445	*Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm²)*	Mölnlycke	5	44,17	8,8340
	99100355	*Mepilex Border (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)*	Mölnlycke	5	29,45	5,8900
	99100606	*Mepilex Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	5	11,90	2,3800
	99100660	*Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²)*	Medline	100	243,10	2,4310
	99100198	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm²*	3M Canada	1	4,41	
	99100853	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm²*	3M Canada	5	25,00	5,0000
	99100197	*Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm²*	3M Canada	1	2,68	
	99001683	*Tielle (11 cm x 11 cm - 49 cm²)*	Systagenix	10	54,78	5,4780
	99100538	*Tielle (7 cm x 9 cm - 15 cm²)*	Systagenix	10	16,78	1,6780
	99004887	*Tielle Plus (11 cm x 11 cm - 49 cm²)*	Systagenix	10	55,07	5,5070

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			Sacrum ou triangulaire		
99004259	*Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)*	S. & N.	1	9,39	
99002957	*Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)*	S. & N.	1	17,05	
99005018	*Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²)*	Convatec	1	8,62	
99100105	*Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²)*	Convatec	1	14,39	
99100447	*Mepilex Border Sacrum (18 cm x 18 cm - 120 cm²)*	Mölnlycke	5	47,90	9,5800
99100448	*Mepilex Border Sacrum (23 cm x 23 cm - 238 cm²)*	Mölnlycke	5	69,80	13,9600
99100001	*Tielle Plus (Sacrum 15 cm x 15 cm - 70 cm²)*	Systagenix	10	63,33	6,3330
Pans. mince			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99100887	*Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm²)*	S. & N.	10	59,95	5,9950
99100297	*Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)*	Mölnlycke	5	24,88	4,9760
Pans. mince			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100886	*Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm²)*	S. & N.	10	36,83	3,6830
99100885	*Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²)*	S. & N.	10	25,69	2,5690
99100884	*Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²)*	S. & N.	10	20,15	2,0150
99100952	*Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm²)*	Coloplast	10	24,80	2,4800
99100890	*Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	Coloplast	10	27,80	2,7800
+ 99101211	*Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)*	Coloplast	10	17,50	1,7500
99100296	*Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm²)*	Mölnlycke	5	14,94	2,9880
99100293	*Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm²)*	Mölnlycke	10	13,89	1,3890
99100294	*Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm²)*	Mölnlycke	5	10,68	2,1360
99100295	*Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)*	Mölnlycke	5	8,90	1,7800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT

Pans. 100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100559	*Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100456	*Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100953	*Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	63,90	6,3900
99100998	*Aquacel Ag foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	10	65,00	6,5000
99100324	*Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	5	33,25	6,6500
99100325	*Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Coloplast	5	66,50	13,3000
99100541	*Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	52,50	5,2500
99100545	*Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	10	59,74	5,9740
99100366	*Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Mölnlycke	5	34,33	6,8660
99100367	*Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²)*	Mölnlycke	5	64,67	12,9340
99100663	*Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Medline	100	453,00	4,5300
99100579	*Restore Pansement alginate de calcium Argent 10,2x12-122 cm²*	Hollister	10	89,33	8,9330
99100562	*Restore Pansement hydrocellulaire, Argent 10cm x10cm-100cm²*	Hollister	10	83,27	8,3270
99100288	*Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²)*	Systagenix	5	80,44	16,0880
99100289	*Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²)*	Systagenix	10	96,00	9,6000
99100852	*Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 10,2x12,7-129 cm²*	3M Canada	10	59,70	5,9700
99100349	*Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cm x 20cm-200cm²)*	3M Canada	1	7,94	
99100348	*Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cmx12,7cm-127cm²)*	3M Canada	1	5,24	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99100560	*Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	157,50	15,7500
99100561	*Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	S. & N.	10	280,40	28,0400
99100455	*Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	159,50	15,9500
99100457	*Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	S. & N.	10	283,96	28,3960
99100326	*Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²)*	Convatec	5	93,02	18,6040
99100954	*Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	73,13	14,6260
99101000	*Aquacel Ag foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	5	74,70	14,9400
99101001	*Aquacel Ag foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	Convatec	5	99,60	19,9200
99101005	*Aquacel Ag foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Convatec	5	132,80	26,5600
99100595	*Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	74,81	14,9620
99100329	*Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Coloplast	5	124,80	24,9600
99100543	*Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	10	102,29	10,2290
99100368	*Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Mölnlycke	5	77,06	15,4120
99100369	*Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Mölnlycke	5	124,83	24,9660
99100825	*Restore Pansement hydrocellulaire, Argent 15cm x 20cm-300cm²*	Hollister	10	194,40	19,4400
99100350	*Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (20cm x 20cm-400cm²)*	3M Canada	1	15,52	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100557	*Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100450	*Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100338	*Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²)*	Convatec	10	102,78	10,2780
99100974	*Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	28,34	2,8340
99101006	*Aquacel Ag foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Convatec	10	28,38	2,8380
99100594	*Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm²)*	Coloplast	5	11,64	2,3280
99100544	*Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	10	27,75	2,7750
99100824	*Restore Pansement d'alginate calcium, Argent 5cm x 5cm-25cm²*	Hollister	10	27,50	2,7500
99100287	*Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Systagenix	10	31,70	3,1700
99100851	*Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 5,1 x 5,1-26cm²*	3M Canada	10	27,50	2,7500
99100347	*Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (5cm x 5cm - 25 cm²)*	3M Canada	1	2,55	
Pans.			Plus de 500 cm² (surface active)		
99100235	*Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm2)*	S. & N.	1	66,28	
99100236	*Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)*	S. & N.	1	130,27	
99100593	*Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)*	S. & N.	6	781,62	130,2700
99100328	*Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²)*	Convatec	5	224,00	44,8000
99100973	*Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)*	Convatec	5	233,70	46,7400
99100596	*Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)*	Mölnlycke	2	106,20	53,1000
Pans.			Sacrum ou triangulaire		
99100451	*Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)*	S. & N.	10	151,40	15,1400
99100452	*Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)*	S. & N.	10	244,30	24,4300
99101094	*Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm²)*	Convatec	5	60,95	12,1900
99100247	*Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm²)*	Coloplast	5	100,00	20,0000
99100800	*Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²)*	Mölnlycke	1	22,87	
99100801	*Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²)*	Mölnlycke	1	13,09	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE

Pâte

99100098	*Iodosorb*	S. & N.	5 g 10 g 17 g	8,49 16,99 28,86	

Pom. Top.

99100099	*Iodosorb*	S. & N.	10 g 20 g 40 g	13,72 27,44 54,88	

PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT

Pans. 100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100453	*Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	118,19	11,8190
99100564	*Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)*	S. & N.	10	118,19	11,8190
99101002	*Aquacel Ag foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)*	Convatec	10	220,52	22,0520
99100597	*Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm²)*	Coloplast	5	92,95	18,5900
99100799	*Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²)*	Mölnlycke	1	15,67	
99100712	*Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²)*	Mölnlycke	1	13,87	
99100713	*Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²)*	Mölnlycke	1	19,86	

Pans. 201 cm² à 500 cm² (surface active)

99100454	*Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	276,70	27,6700
99100565	*Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)*	S. & N.	10	276,70	27,6700
99101007	*Aquacel Ag foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)*	Convatec	5	177,74	35,5480
99101008	*Aquacel Ag foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)*	Convatec	5	280,44	56,0880

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100449	*Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	10	53,00	5,3000
99100563	*Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)*	S. & N.	10	53,00	5,3000
99101003	*Aquacel Ag foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)*	Convatec	10	81,88	8,1880
99101091	*Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)*	Convatec	10	120,31	12,0310
99101092	*Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm²)*	Convatec	10	53,47	5,3470
99100245	*Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	Coloplast	5	35,20	7,0400
99100598	*Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)*	Coloplast	5	13,20	2,6400
99100926	*Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²)*	Coloplast	5	24,75	4,9500
99100927	*Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)*	Coloplast	5	50,55	10,1100
99100710	*Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²)*	Mölnlycke	1	6,94	
99100798	*Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²)*	Mölnlycke	1	13,88	
99100711	*Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)*	Mölnlycke	1	4,67	
99100662	*Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²)*	Medline	100	433,00	4,3300

PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ

Pans.			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99001802	*Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²)*	Systagenix	50	95,12	1,9024
99001810	*Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²)*	Systagenix	50	212,90	4,2580
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100103	*Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm²)*	Systagenix	1	2,70	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE

Pans. 100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100609	*Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	28,00	2,8000
99000040	*Cutinova hydro (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	S. & N.	5	19,90	3,9800
00899666	*DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	5	21,70	4,3400
			20	86,82	4,3410
99004984	*DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm²)*	Convatec	1	8,15	
99100010	*Nu-Derm Hydrocolloid Border (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Systagenix	160	576,40	3,6025
99100007	*Nu-Derm Hydrocolloid Standard (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Systagenix	50	202,51	4,0502
99004720	*Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm²)*	Covidien	5	18,00	3,6000
00801011	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 10 cm - 100cm²)*	3M Canada	1	3,55	

Pans. 201 cm² à 500 cm² (surface active)

99100610	*Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	31,50	6,3000
99100611	*Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Coloplast	5	56,00	11,2000
99000059	*Cutinova hydro (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	S. & N.	3	35,55	11,8500
00899674	*DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	1	9,50	
00801046	*DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm²)*	Convatec	1	12,65	
00899682	*DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Convatec	1	16,87	
99004992	*DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm²)*	Convatec	1	16,36	
99100011	*Nu-Derm Hydrocolloid Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Systagenix	20	172,67	8,6335
99100008	*Nu-Derm Hydrocolloid Standard (20 cm x 20 cm - 400 cm²)*	Systagenix	20	254,73	12,7365
99004747	*Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm²)*	Covidien	30	229,90	7,6633
99004755	*Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm²)*	Covidien	30	273,20	9,1067
00800996	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (15 cm x 15 cm - 225cm²)*	3M Canada	1	8,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100608	*Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²)*	Coloplast	30	20,16	0,6720
99000032	*Cutinova hydro (5 cm x 6 cm - 30 cm²)*	S. & N.	1	2,33	
99004976	*DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm²)*	Convatec	1	4,09	
99100022	*Nu-Derm Hydrocolloid Border (5 cm x 5 cm - 25 cm²)*	Systagenix	100	167,34	1,6734
Pans.			Plus de 500 cm² (surface active)		
00800988	*DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm2)*	Convatec	1	17,92	
Pans.			Sacrum ou triangulaire		
99100148	*Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm²)*	Coloplast	5	46,75	9,3500
00907758	*DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm²)*	Convatec	1	5,43	
00907782	*DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm²)*	Convatec	1	11,17	
99100108	*DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm²)*	Convatec	1	14,13	
99100107	*DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm²)*	Convatec	1	10,65	
99100106	*DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm²)*	Convatec	1	16,33	
99100110	*Nu-Derm Hydrocolloid Border (Sacrum 18 cm x 18 cm - 135 cm²)*	Systagenix	1	14,39	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99100143	*Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Coloplast	10	28,10	2,8100
99101135	*Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm²)*	Coloplast	10	36,20	3,6200
99100147	*Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm²)*	Coloplast	10	36,60	3,6600
99000261	*DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Convatec	1 10	3,00 30,00	 3,0000
00920029	*DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm²)*	Convatec	1	3,82	
00920088	*DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm²)*	Convatec	1	3,24	
99100655	*Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Medline	10	21,28	2,1280
99100009	*Nu-Derm Hydrocolloid Thin (10 cm x 10 cm - 100 cm²)*	Systagenix	100	296,30	2,9630
99100290	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 10cm-100cm²*	3M Canada	1	3,10	
Pans. mince			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99100144	*Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	27,30	5,4600
99101136	*Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm²)*	Coloplast	5	27,25	5,4500
00908134	*DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm²)*	Convatec	1	5,77	
Pans. mince			Moins de 100 cm² (surface active)		
99101134	*Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm²)*	Coloplast	10	26,20	2,6200
99100146	*Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm²)*	Coloplast	10	15,80	1,5800
00920231	*DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²)*	Convatec	1	1,96	
00920010	*DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)*	Convatec	1	2,60	
Pans. mince				Sacrum	
00920037	*DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm²)*	Convatec	1	8,43	
99100652	*Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²)*	Medline	5	36,79	7,3580

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE

Pans.			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
00907707	*DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²)*	Convatec	1	4,39	
00800961	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (17 cm x 20 cm - 187cm²)*	3M Canada	1	6,50	

Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
00907715	*DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²)*	Convatec	1	11,35	

Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
00907804	*DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)*	Convatec	1	2,31	
00801038	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 12 cm - 50 cm²)*	3M Canada	1	2,99	
00801003	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (13 cm x 15 cm - 94 cm²)*	3M Canada	1	4,00	

Pans.				Sacrum	
99100855	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde 16,1cm x 17,1cm-172cm²*	3M Canada	6	54,81	9,1350

Pans. mince			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99100292	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 17cm x 20cm-187cm²*	3M Canada	1	5,61	

Pans. mince			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100857	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 12cm-63cm²*	3M Canada	10	19,56	1,9560
99100291	*Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 13cm x15cm-94cm²*	3M Canada	1	3,38	

PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE

Pans.			100 cm² à 200 cm² (surface active)		
99100239	*Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²)*	Mölnlycke	1	7,40	
99100353	*Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm²*	3M Canada	1	5,23	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			201 cm² à 500 cm² (surface active)		
99100354	*Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm²*	3M Canada	1	15,84	
Pans.			Moins de 100 cm² (surface active)		
99100237	*Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²)*	Mölnlycke	1	3,48	
99100238	*Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²)*	Mölnlycke	1	4,52	
99100352	*Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm²*	3M Canada	1	3,39	
Pans.			Plus de 500 cm² (surface active)		
99100240	*Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²)*	Mölnlycke	1	21,36	
PARAFFINE/HUILE MINÉRALE					
Pom. Oph.			57,3 % - 42,5 %		
00210889	*Lacrilube*	Allergan	3,5 g 7 g	6,98 9,85	1,8629 1,3157
Pom. Oph.			94 % -3 %		
02082519	*Tears Naturale*	Alcon	3,5 g	5,05	1,2486
PAZOPANIB (CHLORHYDRATE DE) P					
Co.			200 mg		
02352303	*Votrient*	GSK	120	4129,20	34,4100
PEGAPTANIB SODIQUE P					
Seringue			0,3 mg		
* 02267225	*Macugen*	Pfizer	1	1013,91	R
PEGINTERFÉRON ALFA-2A P					
Sol. Inj. S.C.			180 mcg/0.5 mL		
02248077	*Pegasys*	Roche	1	395,84	
99101086	*Pegasys ProClick*	Roche	1	395,84	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PENTOXIFYLLINE 🅿

Co. L.A. 400 mg

02230090	*Pentoxifylline SR*	AA Pharma	100 500	58,46 292,30	0,5846 0,5846

PÉRAMPANEL 🅿

Co. 2 mg

02404516	*Fycompa*	Eisai	7	66,15	9,4500

Co. 4 mg

02404524	*Fycompa*	Eisai	28	264,60	9,4500

Co. 6 mg

02404532	*Fycompa*	Eisai	28	264,60	9,4500

Co. 8 mg

02404540	*Fycompa*	Eisai	28	264,60	9,4500

Co. 10 mg

02404559	*Fycompa*	Eisai	28	264,60	9,4500

Co. 12 mg

02404567	*Fycompa*	Eisai	28	264,60	9,4500

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM

Sol. Rect. 16 g -6 g/100 mL **PPB**

02096900	*Enemol*	Pendopharm	130 ml	➧ 2,66	
00009911	*Fleet*	McNeil Co	130 ml	3,07	

Sol. Rect. Péd. 160 mg -60 mg/mL

00108065	*Fleet Pédiatrique*	McNeil Co	65 ml	2,86	

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) 🅿

Co. 5 mg **PPB**

02402483	*Pilocarpine*	Sterimax	100	78,05	➧ 0,7805
02216345	*Salagen*	Pfizer	100	105,32	1,0532

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT		PRIX UNITAIRE

PIMÉCROLIMUS F

Cr. Top. 1 %

02247238	*Elidel*	Valeant	30 g	62,94		2,0980
			60 g	125,89		2,0982

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE) F

Co. 15 mg **PPB**

02242572	*Actos*	Takeda	90	191,26		2,1251
02302942	*Apo-Pioglitazone*	Apotex	100	50,00	➡	0,5000
02384906	*Auro-Pioglitazone*	Aurobindo	100	50,00	➡	0,5000
02302861	*Co Pioglitazone*	Cobalt	100	50,00	➡	0,5000
02397307	*Jamp-Pioglitazone*	Jamp	90	45,00	➡	0,5000
02326477	*Mint-Pioglitazone*	Mint	100	50,00	➡	0,5000
02298279	*Mylan-Pioglitazone*	Mylan	90	45,00	➡	0,5000
02274914	*Novo-Pioglitazone*	Novopharm	100	50,00	➡	0,5000
02307669	*phl-Pioglitazone*	Pharmel	100	50,00	➡	0,5000
02391600	*Pioglitazone*	Accord	90	45,00	➡	0,5000
02374013	*Pioglitazone HCl*	Sivem	100	50,00	➡	0,5000
02303124	*pms-Pioglitazone*	Phmscience	100	50,00	➡	0,5000
02312050	*Pro-Pioglitazone*	Pro Doc	100	50,00	➡	0,5000
02375850	*Ran-Pioglitazone*	Ranbaxy	100	50,00	➡	0,5000
02301423	*ratio-Pioglitazone*	Ratiopharm	100	50,00	➡	0,5000
			500	250,00	➡	0,5000
02297906	*Sandoz Pioglitazone*	Sandoz	100	50,00	➡	0,5000

Co. 30 mg **PPB**

02242573	*Actos*	Takeda	90	267,95		2,9772
02302950	*Apo-Pioglitazone*	Apotex	100	70,00	➡	0,7000
02384914	*Auro-Pioglitazone*	Aurobindo	100	70,00	➡	0,7000
02302888	*Co Pioglitazone*	Cobalt	100	70,00	➡	0,7000
02365529	*Jamp-Pioglitazone*	Jamp	90	63,00	➡	0,7000
02326485	*Mint-Pioglitazone*	Mint	100	70,00	➡	0,7000
02298287	*Mylan-Pioglitazone*	Mylan	90	63,00	➡	0,7000
02307677	*phl-Pioglitazone*	Pharmel	100	70,00	➡	0,7000
02339587	*Pioglitazone*	Accord	90	63,00	➡	0,7000
02374021	*Pioglitazone HCl*	Sivem	100	70,00	➡	0,7000
02303132	*pms-Pioglitazone*	Phmscience	100	70,00	➡	0,7000
02312069	*Pro-Pioglitazone*	Pro Doc	100	70,00	➡	0,7000
02375869	*Ran-Pioglitazone*	Ranbaxy	100	70,00	➡	0,7000
02301431	*ratio-Pioglitazone*	Ratiopharm	100	70,00	➡	0,7000
			500	406,95	➡	0,8139
02297914	*Sandoz Pioglitazone*	Sandoz	100	70,00	➡	0,7000
02274922	*Teva-Pioglitazone*	Novopharm	100	70,00	➡	0,7000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				45 mg **PPB**	
02242574	*Actos*	Takeda	90	402,90	4,4767
02302977	*Apo-Pioglitazone*	Apotex	100	105,00	1,0500
02384922	*Auro-Pioglitazone*	Aurobindo	100	105,00	1,0500
02302896	*Co Pioglitazone*	Cobalt	100	105,00	1,0500
02365537	*Jamp-Pioglitazone*	Jamp	90	94,50	1,0500
02326493	*Mint-Pioglitazone*	Mint	100	105,00	1,0500
02298295	*Mylan-Pioglitazone*	Mylan	90	94,50	1,0500
02274930	*Novo-Pioglitazone*	Novopharm	100	105,00	1,0500
			500	611,85	1,2237
02307723	*phl-Pioglitazone*	Pharmel	100	105,00	1,0500
02339595	*Pioglitazone*	Accord	90	94,50	1,0500
02374048	*Pioglitazone HCl*	Sivem	100	105,00	1,0500
02303140	*pms-Pioglitazone*	Phmscience	100	105,00	1,0500
02312077	*Pro-Pioglitazone*	Pro Doc	100	105,00	1,0500
02375877	*Ran-Pioglitazone*	Ranbaxy	100	105,00	1,0500
02301458	*ratio-Pioglitazone*	Ratiopharm	100	105,00	1,0500
			500	611,85	1,2237
02297922	*Sandoz Pioglitazone*	Sandoz	100	105,00	1,0500

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL

Pd. Orale				1 g/g **PPB**	
+ 02374137	*Emolax*	Jamp	510	12,70	
02317680	*Lax-A-Day*	Pendopharm	510 g	12,70	
02358034	*Peg 3350*	Medisca	255 g	6,35	
			510 g	14,74	
02328232	*PegaLAX (14 sachets de 17 grammes)*	MedFutures	238 g	5,93	0,0249
02346672	*Relaxa*	Red Leaf	510 g	12,70	
99101166	*Relaxa (30 sachets de 17 grammes)*	Red Leaf	510 g	12,70	0,0249

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)

Pd. Orale		0,851 g - 0,082 g - 0,024 g - 0,021 g - 0,011 g / g **PPB**			
02378329	*Jamplyte (280g)*	Jamp	1	16,45	
99100717	*PegLyte (280 g)*	Pendopharm	1	16,45	
00777838	*PegLyte (sachet de 70 g)*	Pendopharm	4	12,64	3,1600

POLYVINYLIQUE (ALCOOL)

Sol. Oph.				1,4 % (0,4 mL)	
02138670	*Refresh*	Allergan	30	9,95	0,3187

POSACONAZOLE F

Co. L.A.				100 mg	
02424622	*Posanol*	Merck	60	2803,38	46,7230

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale				40 mg/mL	
02293404	*Posanol*	Merck	1	981,18	

PRASUGREL P

Co.				10 mg	
02349124	*Effient*	Lilly	30	75,00	2,5000

PROGESTÉRONE P

Co. Vag. (eff.)				100 mg	
02334992	*Endometrin*	Ferring	21	84,00	4,0000
Gel vag. (App.)				8 %	
02241013	*Crinone*	Serono	18	144,00	

PROGESTÉRONE MICRONISÉE P

Caps.				100 mg	
* 02166704	*Prometrium*	Merck	30	31,77	1,0590

PSYLLIUM (MUCILAGE DE) [5]

Pd. Orale				336 g à 1040 g	
99002876			1		

RANIBIZUMAB P

Sol. Inj.				10 mg/mL (0,23ml)	
02296810	*Lucentis*	Novartis	1	1575,00	
Sol. Inj. (ser)				10 mg/mL (0,165 ml)	
02425629	*Lucentis*	Novartis	1	1575,00	

RASAGILINE (MÉSYLATE DE) P

Co.				0,5 mg	
02284642	*Azilect.*	Teva Innov	30	210,00	7,0000
Co.				1 mg	
02284650	*Azilect*	Teva Innov	30	210,00	7,0000

5 Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG
Bandelette

99100333	*CoaguChek XS PT Test*	Roche Diag	6 24 48	37,20 148,80 297,60	

RÉPAGLINIDE Ⓟ

Co. 0,5 mg **PPB**

02321475	*ACT Repaglinide*	ActavisPhm	100	9,96	➡	0,0996
02355663	*Apo-Repaglinide*	Apotex	100	9,96	➡	0,0996
02424258	*Auro-Repaglinide*	Aurobindo	100	9,96	➡	0,0996
			1000	99,60	➡	0,0996
02239924	*GlucoNorm*	N.Nordisk	100	27,62		0,2762
02354926	*pms-Repaglinide*	Phmscience	100	9,96	➡	0,0996
02415968	*Repaglinide*	Pro Doc	100	9,96	➡	0,0996
02357453	*Sandoz Repaglinide*	Sandoz	100	9,96	➡	0,0996

Co. 1 mg **PPB**

02321483	*ACT Repaglinide*	ActavisPhm	100	10,36	➡	0,1036
02355671	*Apo-Repaglinide*	Apotex	100	10,36	➡	0,1036
02424266	*Auro-Repaglinide*	Aurobindo	100	10,36	➡	0,1036
			1000	103,60	➡	0,1036
02239925	*GlucoNorm*	N.Nordisk	100	28,74		0,2874
02354934	*pms-Repaglinide*	Phmscience	100	10,36	➡	0,1036
02415976	*Repaglinide*	Pro Doc	100	10,36	➡	0,1036
02357461	*Sandoz Repaglinide*	Sandoz	100	10,36	➡	0,1036

Co. 2 mg **PPB**

02321491	*ACT Repaglinide*	ActavisPhm	100	10,75	➡	0,1075
02355698	*Apo-Repaglinide*	Apotex	100	10,75	➡	0,1075
02424274	*Auro-Repaglinide*	Aurobindo	100	10,75	➡	0,1075
			1000	107,50	➡	0,1075
02239926	*GlucoNorm*	N.Nordisk	100	29,83		0,2983
02354942	*pms-Repaglinide*	Phmscience	100	10,75	➡	0,1075
02415984	*Repaglinide*	Pro Doc	100	10,75	➡	0,1075
02357488	*Sandoz Repaglinide*	Sandoz	100	10,75	➡	0,1075

RIBAVIRINE Ⓟ

Co. 400 mg

02425890	*Ibavyr*	Pendopharm	100	1450,00	14,5000

Co. 600 mg

02425904	*Ibavyr*	Pendopharm	100	2175,00	21,7500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RIBAVIRINE/ INTERFÉRON ALFA-2B PÉGUYLÉ F

Trousse				200 mg-50 mcg/0,5 mL	
02246026	*Pegetron*	Merck	1	752,20	
Trousse				200 mg-80 mcg/0,5 mL	
02254581	*Pegetron Clearclick*	Merck	1	752,20	
Trousse				200 mg-100 mcg/0,5 mL	
02254603	*Pegetron Clearclick*	Merck	1	752,20	
Trousse				200 mg-120 mcg/0,5 mL	
02254638	*Pegetron Clearclick*	Merck	1	831,18	
Trousse				200 mg-150 mcg/0,5 mL	
02246030	*Pegetron*	Merck	1	831,18	
02254646	*Pegetron Clearclick*	Merck	1	831,18	

RIBAVIRINE/ PEGINTERFÉRON ALFA-2A F

Trousse				200mg -180 mcg/0,5ml	
02253429	*Pegasys RBV (28)*	Roche	1	395,84	
99100171	*Pegasys RBV (35)*	Roche	1	395,84	
99100173	*Pegasys RBV (42)*	Roche	1	395,84	
			4	1583,36	
99101087	*Pegasys RBV ProClick (28)*	Roche	1	395,84	
99101088	*Pegasys RBV ProClick (35)*	Roche	1	395,84	
99101089	*Pegasys RBV ProClick (42)*	Roche	1	395,84	
			4	1583,36	

RIFAXIMINE F

Co.				550 mg	
02410702	*Zaxine*	Salix	60	460,65	7,6775

RILUZOLE F

Co.				50 mg **PPB**	
02352583	*Apo-Riluzole*	Apotex	60	206,17 ➡	3,4362
02390299	*Mylan-Riluzole*	Mylan	60	206,17 ➡	3,4362
02242763	*Rilutek*	SanofiAven	60	585,84	9,7640

RIOCIGUAT F

Co.				0,5 mg	
02412764	*Adempas*	Bayer	42	1795,50	42,7500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				1 mg	
02412772	*Adempas*	Bayer	42	1795,50	42,7500
Co.				1,5 mg	
02412799	*Adempas*	Bayer	42	1795,50	42,7500
Co.				2 mg	
02412802	*Adempas*	Bayer	42	1795,50	42,7500
Co.				2,5 mg	
02412810	*Adempas*	Bayer	42	1795,50	42,7500
RISPÉRIDONE P					
Pd. Inj. I.M.				12,5 mg	
02298465	*Risperdal Consta*	Janss. Inc	1	75,41	
Pd. Inj. I.M.				25 mg	
02255707	*Risperdal Consta*	Janss. Inc	1	156,09	
Pd. Inj. I.M.				37,5 mg	
02255723	*Risperdal Consta*	Janss. Inc	1	234,16	
Pd. Inj. I.M.				50 mg	
02255758	*Risperdal Consta*	Janss. Inc	1	312,20	
RITUXIMAB P					
Sol. Perf. I.V.				10 mg/mL	
02241927	*Rituxan*	Roche	10 ml 50 ml	453,10 2265,50	
RIVAROXABAN P					
Co.				10 mg	
02316986	*Xarelto*	Bayer	50	142,00	2,8400
Co.				15 mg	
02378604	*Xarelto*	Bayer	90	255,60	2,8400
Co.				20 mg	
02378612	*Xarelto*	Bayer	90	255,60	2,8400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RIVASTIGMINE P

Caps. 1,5 mg **PPB**

02336715	*Apo-Rivastigmine*	Apotex	100	65,14	➡	0,6514
02242115	*Exelon*	Novartis	56	136,50		2,4375
02406985	*Mint-Rivastigmine*	Mint	56	36,48	➡	0,6514
02333280	*Mylan-Rivastigmine*	Mylan	100	65,14	➡	0,6514
02305984	*Novo-Rivastigmine*	Novopharm	56	36,48	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514
02306034	*pms-Rivastigmine*	Phmscience	60	39,09	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514
02311283	*ratio-Rivastigmine*	Ratiopharm	60	39,09	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514
02416999	*Rivastigmine*	Pro Doc	100	65,14	➡	0,6514
02324563	*Sandoz Rivastigmine*	Sandoz	56	36,48	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514

Caps. 3 mg **PPB**

02336723	*Apo-Rivastigmine*	Apotex	100	65,14	➡	0,6514
02242116	*Exelon*	Novartis	56	136,50		2,4375
02406993	*Mint-Rivastigmine*	Mint	56	36,48	➡	0,6514
02332817	*Mylan-Rivastigmine*	Mylan	100	65,14	➡	0,6514
02305992	*Novo-Rivastigmine*	Novopharm	56	36,48	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514
02306042	*pms-Rivastigmine*	Phmscience	60	39,09	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514
02311291	*ratio-Rivastigmine*	Ratiopharm	100	65,14	➡	0,6514
02417006	*Rivastigmine*	Pro Doc	100	65,14	➡	0,6514
02324571	*Sandoz Rivastigmine*	Sandoz	56	36,48	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514

Caps. 4,5 mg **PPB**

02336731	*Apo-Rivastigmine*	Apotex	100	65,14	➡	0,6514
02242117	*Exelon*	Novartis	56	136,50		2,4375
02407000	*Mint-Rivastigmine*	Mint	56	36,48	➡	0,6514
02332825	*Mylan-Rivastigmine*	Mylan	100	65,14	➡	0,6514
02306018	*Novo-Rivastigmine*	Novopharm	56	36,48	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514
02306050	*pms-Rivastigmine*	Phmscience	60	39,09	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514
02311305	*ratio-Rivastigmine*	Ratiopharm	60	39,09	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514
02417014	*Rivastigmine*	Pro Doc	100	65,14	➡	0,6514
02324598	*Sandoz Rivastigmine*	Sandoz	56	36,48	➡	0,6514
			100	65,14	➡	0,6514

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				6 mg **PPB**	
02336758	*Apo-Rivastigmine*	Apotex	100	65,14	0,6514
02242118	*Exelon*	Novartis	56	136,50	2,4375
02407019	*Mint-Rivastigmine*	Mint	56	36,48	0,6514
02332833	*Mylan-Rivastigmine*	Mylan	100	65,14	0,6514
02306026	*Novo-Rivastigmine*	Novopharm	56	36,48	0,6514
			100	65,14	0,6514
02311313	*ratio-Rivastigmine*	Ratiopharm	60	39,09	0,6514
			100	65,14	0,6514
02417022	*Rivastigmine*	Pro Doc	100	65,14	0,6514
02324601	*Sandoz Rivastigmine*	Sandoz	56	36,48	0,6514
			100	65,14	0,6514
Sol. Orale				2 mg/mL	
02245240	*Exelon*	Novartis	120 ml	153,02	1,2752
Timbre cut.				4,6 mg/24H	
02302845	*Exelon Patch 5*	Novartis	30	131,63	4,3877
Timbre cut.				9,5 mg/24H	
02302853	*Exelon Patch 10*	Novartis	30	131,63	4,3877
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)					
Co.				2 mg	
02241112	*Avandia*	GSK	60	76,76	1,2793
Co.				4 mg	
02241113	*Avandia*	GSK	100	200,73	2,0073
Co.				8 mg	
02241114	*Avandia*	GSK	60	172,24	2,8707
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)					
Co.				1 mg - 500 mg	
02247085	*Avandamet*	GSK	100	62,16	0,6216
Co.				2 mg - 500 mg	
02247086	*Avandamet*	GSK	100	112,40	1,1240
Co.				2 mg - 1000 mg	
02248440	*Avandamet*	GSK	100	122,76	1,2276

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				4 mg - 500 mg	
02247087	*Avandamet*	GSK	100	153,33	1,5333
Co.				4 mg - 1000 mg	
02248441	*Avandamet*	GSK	100	167,31	1,6731

RUFINAMIDE F

Co.				100 mg	
02369613	*Banzel*	Eisai	30	21,54	0,7180
Co.				200 mg	
02369621	*Banzel*	Eisai	30	43,09	1,4363
Co.				400 mg	
02369648	*Banzel*	Eisai	120	375,58	3,1298

RUXOLITINIB (PHOSPHATE DE) F

Co.				5 mg	
02388006	*Jakavi*	Novartis	56	4602,74	82,1918
Co.				10 mg	
+ 02434814	*Jakavi*	Novartis	56	4602,74	82,1918
Co.				15 mg	
02388014	*Jakavi*	Novartis	56	4602,74	82,1918
Co.				20 mg	
02388022	*Jakavi*	Novartis	56	4602,74	82,1918

SALBUTAMOL (SULFATE DE) F

Pd. pour Inh.				200 mcg/coque	
02243115	*Ventolin Diskus*	GSK	60 dose(s)	13,17	

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE) F

Aéro. oral				25 mcg -125 mcg/dose	
02245126	*Advair 125*	GSK	120 dose(s)	90,69	
Aéro. oral				25 mcg -250 mcg/dose	
02245127	*Advair 250*	GSK	120 dose(s)	128,74	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. pour Inh.			50 mcg-100 mcg/coque		
02240835	*Advair 100 Diskus*	GSK	60 dose(s)	75,79	
Pd. pour Inh.			50 mcg-250 mcg/coque		
02240836	*Advair 250 Diskus*	GSK	60 dose(s)	90,69	
Pd. pour Inh.			50 mcg-500 mcg/coque		
02240837	*Advair 500 Diskus*	GSK	60 dose(s)	128,74	
SAPROPTÉRINE (DICHLORHYDRATE DE) P					
Co.				100 mg	
02350580	*Kuvan*	Biomarin	120	3960,00	33,0000
SAXAGLIPTINE P					
Co.				2,5 mg	
02375842	*Onglyza*	AZC	30	69,00	2,3000
Co.				5 mg	
02333554	*Onglyza*	AZC	30 100	69,00 230,00	2,3000 2,3000
SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) P					
Co.				2,5 mg - 500 mg	
02389169	*Komboglyze*	AZC	60	76,20	1,2700
Co.				2,5 mg - 850 mg	
02389177	*Komboglyze*	AZC	60	76,20	1,2700
Co.				2,5 mg - 1 000 mg	
02389185	*Komboglyze*	AZC	60	76,20	1,2700
SÉCUKINUMAB P					
Sol. Inj. S.C.				150 mg/mL (1 mL)	
+ 02438070	*Cosentyx*	Novartis	2	1545,00	
+ 99101215	*Cosentyx (stylo)*	Novartis	2	1545,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SENNOSIDES A & B

Co. 8,6 mg **PPB**

80019511	*Bio-Sennosides*	Biomed	500	23,20	➧	0,0464
02247389	*Euro-Senna*	Euro-Pharm	1000	46,40	➧	0,0464
80009595	*Jamp-Senna*	Jamp	100	4,64	➧	0,0464
			500	23,20	➧	0,0464
80009182	*Jamp-Sennosides Enrobé*	Jamp	500	23,20	➧	0,0464
80043280	*M Senna*	Mantra Ph.	500	23,20	➧	0,0464
80054498	*M-Sennosides*	Mantra Ph.	500	23,20	➧	0,0464
80038814	*Opus Senna*	Opus	1000	46,40	➧	0,0464
80047592	*Opus Sennosides Enrobé*	Opus	1000	46,40	➧	0,0464
02298090	*phl-Sennosides*	Pharmel	100	4,64	➧	0,0464
			1000	46,40	➧	0,0464
00896411	*pms-Sennosides*	Phmscience	100	4,64	➧	0,0464
			1000	46,40	➧	0,0464
01949292	*Riva-Senna*	Riva	100	4,64	➧	0,0464
			1000	46,40	➧	0,0464
02068109	*Sennatab*	Phmscience	1000	46,40	➧	0,0464

Co. 12 mg **PPB**

80009183	*Jamp-Sennosides Enrobé*	Jamp	500	27,75	➧	0,0555
80055641	*M-Sennosides*	Mantra Ph.	500	27,75	➧	0,0555
02298104	*phl-Sennosides*	Pharmel	100	6,93	➧	0,0693
			1000	55,50	➧	0,0555
00896403	*pms-Sennosides*	Phmscience	100	6,93	➧	0,0693
			1000	55,50	➧	0,0555

Liq. 8,5 mg/5 mL **PPB**

80024394	*Jamp-Sennaquil*	Jamp	250 ml	7,96	➧	0,0318
00367729	*Senokot*	Purdue	250 ml	7,96	➧	0,0318

SÉVÉLAMER (CARBONATE DE) F

Co. 800 mg

02354586	*Renvela*	SanofiAven	180	269,83	1,4991

SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE) F

Co. 800 mg

02244310	*Renagel*	SanofiAven	180	277,36	1,5409

SILDÉNAFIL (CITRATE DE) F

Co. 20 mg **PPB**

02418118	*Apo-Sildenafil R*	Apotex	100	577,65	➧	5,7765
02412179	*pms-Sildenafil R*	Phmscience	90	519,89	➧	5,7765
			100	577,65	➧	5,7765
02319500	*ratio-Sildenafil R*	Ratiopharm	100	577,65	➧	5,7765
02279401	*Revatio*	Pfizer	90	962,75		10,6972

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
SIMÉPRÉVIR SODIQUE F					
Caps.				150 mg	
02416441	*Galexos*	Janss. Inc	28	12167,40	434,5500
SITAGLIPTINE F					
Co.				25 mg	
02388839	*Januvia*	Merck	30	78,53	2,6177
Co.				50 mg	
02388847	*Januvia*	Merck	30	78,53	2,6177
Co.				100 mg	
02303922	*Januvia*	Merck	30 100	78,53 261,78	2,6177 2,6178
SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) F					
Co.				50 mg -500 mg	
02333856	*Janumet*	Merck	60	82,20	1,3700
Co.				50 mg -850 mg	
02333864	*Janumet*	Merck	60	82,20	1,3700
Co.				50 mg -1000 mg	
02333872	*Janumet*	Merck	60	82,20	1,3700
SOFOSBUVIR F					
Co.				400 mg	
02418355	*Sovaldi*	Gilead	28	18333,33	654,7618
SOLIFÉNACINE (SUCCINATE DE) F					
Co.				5 mg	
02277263	*Vesicare*	Astellas	30 90	45,00 135,00	1,5000 1,5000
Co.				10 mg	
02277271	*Vesicare*	Astellas	30 90	45,00 135,00	1,5000 1,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SOMATOTROPHINE [P]

Cartouche				6 mg **PPB**	
02243077	*Humatrope*	Lilly	1	➡ 261,00	
02350122	*Saizen*	Serono	1	➡ 261,00	
Cartouche				10 mg	
02249002	*Nutropin AQ Pen*	Roche	1	389,44	
Cartouche				24 mg	
02243079	*Humatrope*	Lilly	1	1120,08	
Cartouche ou Sty				12 mg **PPB**	
02401711	*Genotropin GoQuick*	Pfizer	5	1674,00	➡ 334,8000
02243078	*Humatrope*	Lilly	1	➡ 334,80	
02350130	*Saizen*	Serono	1	➡ 334,80	
Cartouche ou Sty				20 mg **PPB**	
02399083	*Nutropin AQ NuSpin 20*	Roche	1	➡ 778,88	
02350149	*Saizen*	Serono	1	➡ 778,88	
Pd. Inj.				3,33 mg	
02215136	*Saizen*	Serono	1	135,45	
Pd. Inj.				8,8 mg	
02272083	*Saizen*	Serono	1	348,03	
Pd. Inj. ou Sty				5 mg **PPB**	
00745626	*Humatrope*	Lilly	1	➡ 194,72	
02399091	*Nutropin AQ NuSpin 5*	Roche	1	➡ 194,72	
02237971	*Saizen*	Serono	1	➡ 194,72	
Sol. Inj. S.C. (ser)				0,6 mg	
02401762	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	117,18	16,7400
Sol. Inj. S.C. (ser)				0,8 mg	
02401770	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	156,24	22,3200
Sol. Inj. S.C. (ser)				1 mg	
02401789	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	195,30	27,9000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,2 mg	
02401797	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	234,36	33,4800
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,4 mg	
02401800	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	273,42	39,0600
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,6 mg	
02401819	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	312,48	44,6400
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,8 mg	
02401827	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	351,54	50,2200
Sol. Inj. S.C. (ser)				2 mg	
02401835	*Genotropin MiniQuick*	Pfizer	7	390,60	55,8000
Sty				5,3 mg	
02401703	*Genotropin GoQuick*	Pfizer	5	739,35	147,8700
Sty				10 mg	
02376393	*Nutropin AQ NuSpin 10*	Roche	1	389,44	
SOMATROPINE P					
Cartouche ou Sty				5 mg **PPB**	
02334852	*Norditropin Nordiflex*	N.Nordisk	1	➧ 139,50	
02325063	*Omnitrope*	Sandoz	1	➧ 139,50	
			5	697,50	➧ 139,5000
Cartouche ou Sty				10 mg **PPB**	
02334860	*Norditropin Nordiflex*	N.Nordisk	1	➧ 279,00	
02325071	*Omnitrope*	Sandoz	1	➧ 279,00	
			5	1395,00	➧ 279,0000
Sty				15 mg	
02334879	*Norditropin Nordiflex*	N.Nordisk	1	418,50	
STIRIPENTOL P					
Caps.				250 mg	
* 02398958	*Diacomit*	Biocodex	60	353,90	5,8983

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				500 mg	
* 02398966	*Diacomit*	Biocodex	60	706,70	11,7783
Pd. Orale				250 mg/sachet	
* 02398974	*Diacomit*	Biocodex	60	353,90	5,8983
Pd. Orale				500 mg/sachet	
* 02398982	*Diacomit*	Biocodex	60	706,70	11,7783
SUNITINIB (MALATE DE)					
Caps.				12,5 mg	
02280795	*Sutent*	Pfizer	28	1768,27	63,1525
Caps.				25 mg	
02280809	*Sutent*	Pfizer	28	3536,52	126,3043
Caps.				50 mg	
02280817	*Sutent*	Pfizer	28	7073,05	252,6089
TACROLIMUS					
Pom. Top.				0,03 %	
02244149	*Protopic*	Astellas	30 g 60 g	64,50 129,00	2,1500 2,1500
Pom. Top.				0,1 %	
02244148	*Protopic*	Astellas	30 g 60 g	69,00 138,00	2,3000 2,3000
TADALAFIL					
Co.				20 mg	
02338327	*Adcirca*	Lilly	56	680,81	12,1573
TÉMOZOLOMIDE					
Caps.				5 mg **PPB**	
+ 02441160	*ACT Temozolomide*	ActavisPhm	5 20	33,15 132,60	➡ 6,6300 ➡ 6,6300
* 02241093	*Temodal*	Merck	5	37,49	7,4980

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				20 mg **PPB**	
02395274	*ACT Temozolomide*	ActavisPhm	5	89,98	➡ 17,9960
			20	359,90	➡ 17,9950
02241094	*Temodal*	Merck	5	149,96	29,9920
Caps.				100 mg **PPB**	
02395282	*ACT Temozolomide*	ActavisPhm	5	449,89	➡ 89,9780
			20	1799,54	➡ 89,9770
02241095	*Temodal*	Merck	5	749,81	149,9620
Caps.				140 mg **PPB**	
02395290	*ACT Temozolomide*	ActavisPhm	5	629,84	➡ 125,9680
			20	2519,38	➡ 125,9690
02312794	*Temodal*	Merck	5	1049,74	209,9480
Caps.				250 mg **PPB**	
02395312	*ACT Temozolomide*	ActavisPhm	5	1124,69	➡ 224,9380
			20	4498,75	➡ 224,9375
02241096	*Temodal*	Merck	5	1874,48	374,8960
TÉRIFLUNOMIDE P					
Co.				14 mg	
02416328	*Aubagio*	Genzyme	28	1426,82	50,9579
TÉRIPARATIDE P					
Sol. Inj. S.C.				250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL)	
02254689	*Forteo*	Lilly	1	809,73	
THALIDOMIDE P					
Caps.				50 mg	
02355191	*Thalomid*	Celgene	28	825,16	29,4700
Caps.				100 mg	
02355205	*Thalomid*	Celgene	28	1650,32	58,9400
Caps.				200 mg	
02355221	*Thalomid*	Celgene	28	3300,64	117,8800
TICAGRÉLOR P					
Co.				90 mg	
02368544	*Brilinta*	AZC	60	88,80	1,4800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TIGÉCYCLINE P

Pd. Perf. I.V. — 50 mg **PPB**

02409356	*Tigecycline*	Apotex	10	714,23	➡ 71,4230
02285401	*Tygacil*	Pfizer	10	802,50	80,2500

TIPRANAVIR P

Caps. — 250 mg

02273322	*Aptivus*	Bo. Ing.	120	990,00	8,2500

TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE) P

Co. — 4 mg **PPB**

02259893	*Apo-Tizanidine*	Apotex	100	36,86	➡ 0,3686
02272059	*Mylan-Tizanidine*	Mylan	150	55,29	➡ 0,3686
02239170	*Zanaflex*	Paladin	150	112,76	0,7517

TOBRAMYCINE (SULFATE DE) P

Pd. pour Inh. — 28 mg

02365154	*Tobi Podhaler*	Novartis	224	2880,36	

Sol. pour Inh. — 300 mg/5 mL

02239630	*Tobi*	Novartis	56	2880,36	51,4350

TOCILIZUMAB P

Sol. Perf. I.V. — 20 mg/mL (4 mL)

02350092	*Actemra*	Roche	1	179,20	

Sol. Perf. I.V. — 20 mg/mL (10 mL)

02350106	*Actemra*	Roche	1	448,00	

Sol. Perf. I.V. — 20 mg/mL (20 mL)

02350114	*Actemra*	Roche	1	896,00	

TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA) [5]

Caps. — 100 UI

99002396			100		

Caps. — 200 UI

99002418			100		

5 Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				400 UI	
99002426			100		
Co. Croq.				200 UI	
99100202			90		
Sol. Orale				50 UI/mL	
99002469			25 ml		
TOFACITINIB					
Co.				5 mg	
02423898	*Xeljanz*	Pfizer	60	1385,79	23,0965
TOLTÉRODINE (L-TARTRATE DE)					
Caps. L.A.				2 mg	
02244612	*Detrol LA*	Pfizer	30 90	56,76 170,28	1,8920 1,8920
Caps. L.A.				4 mg	
02244613	*Detrol LA*	Pfizer	30 90	56,76 170,28	1,8920 1,8920
Co.				1 mg	
02239064	*Detrol*	Pfizer	60	56,76	0,9460
Co.				2 mg	
02239065	*Detrol*	Pfizer	60 500	56,76 473,01	0,9460 0,9460
TOXINE BOTULINIQUE DE TYPE A SANS PROTÉINES COMPLEXANTES					
Pd. Inj. I.M.				50 UI	
02371081	*Xeomin*	Merz	1	165,00	
Pd. Inj. I.M.				100 UI	
02324032	*Xeomin*	Merz	1	330,00	
TRAMÉTINIB					
Co.				0,5 mg	
02409623	*Mekinist*	GSK	30	2175,00	72,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg	
02409658	*Mekinist*	GSK	30	8700,00	290,0000

TRANDOLAPRIL/ VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE) [F]

Co.				2 mg -240 mg	
02240946	*Tarka*	BGP Pharma	100	172,30	1,7230
Co.				4 mg -240 mg	
02238097	*Tarka*	BGP Pharma	100	191,21	1,9121

TRAVOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) [F]

Sol. Oph.				0,004 % - 0,5 %	
02278251	*DuoTrav PQ*	Alcon	5 ml	62,22	

TREPROSTINIL SODIQUE [F]

Sol. Inj.				1 mg/mL	
02246552	*Remodulin*	U.T.C.	20 ml	900,00	
Sol. Inj.				2,5 mg/mL	
02246553	*Remodulin*	U.T.C.	20 ml	2250,00	
Sol. Inj.				5 mg/mL	
02246554	*Remodulin*	U.T.C.	20 ml	4500,00	
Sol. Inj.				10 mg/mL	
02246555	*Remodulin*	U.T.C.	20 ml	9000,00	

TRÉTINOÏNE [F]

Cr. Top.				0,01 % **PPB**		
00897329	*Retin-A*	Janss. Inc	30 g	10,68		0,3560
00657204	*Stieva-A*	GSK	45 g	13,13	➧	0,2918
Cr. Top.				0,025 % **PPB**		
00897310	*Retin-A*	Valeant	30 g	10,68		0,3560
00578576	*Stieva-A*	GSK	45 g	13,13	➧	0,2918
Cr. Top.				0,05 % **PPB**		
00443794	*Retin-A*	Janss. Inc	30 g	10,36		0,3453
00518182	*Stieva-A*	GSK	45 g	13,13	➧	0,2918

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Cr. Top.				0,1 %	
00662348	*Stieva-A Forte*	GSK	45 g	13,13	0,2918
Gel Top.				0,01 %	
01926462	*Vitamin A Acid Gel Doux*	Valeant	25 g	7,41	0,2964
Gel Top.				0,025 % **PPB**	
00443816	*Retin-A*	Janss. Inc	30 g	10,36	0,3453
01926470	*Vitamin A Acid Gel*	Valeant	25 g	7,41 ➧	0,2964
Gel Top.				0,05 %	
01926489	*Vitamin A Acid Gel*	Valeant	25 g	7,41	0,2964
TROSPIUM (CHLORURE DE) F					
Co.				20 mg	
02275066	*Trosec*	Sunovion	60	45,57	0,7595
UROFOLLITROPINE F					
Pd. Inj.				75 UI	
02268140	*Bravelle*	Ferring	5	265,00	53,0000
USTEKINUMAB F					
Seringue				45 mg/0,5 mL	
02320673	*Stelara*	Janss. Inc	1	4311,72	
Seringue				90 mg/1 mL	
02320681	*Stelara*	Janss. Inc	1	4311,72	
VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE) F					
Co.				450 mg **PPB**	
* 02393824	*Apo-Valganciclovir*	Apotex	60	348,19 ➧	5,8032
+ 02435179	*Auro-Valganciclovir*	Aurobindo	60	348,19 ➧	5,8032
			100	580,31 ➧	5,8031
* 02413825	*Teva-Valganciclovir*	Teva Can	60	348,19 ➧	5,8032
02245777	*Valcyte*	Roche	60	1371,49	22,8582
Susp. Orale				50 mg/mL	
02306085	*Valcyte*	Roche	100 ml	253,98	2,5398

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

VÉMURAFÉNIB F

Co.				240 mg	
02380242	*Zelboraf*	Roche	56	2606,35	46,5420

VERTÉPORFINE F

Pd. Inj. I.V.				15 mg	
02242367	*Visudyne*	Novartis	1	1703,10	

VORICONAZOLE F

Co.				50 mg	**PPB**	
02409674	*Apo-Voriconazole*	Apotex	30	95,87	➡	3,1957
02399245	*Sandoz Voriconazole*	Sandoz	30	95,87	➡	3,1957
02396866	*Teva-Voriconazole*	Teva Can	30	95,87	➡	3,1957
02256460	*Vfend*	Pfizer	30	370,53		12,3510

Co.				200 mg	**PPB**	
02409682	*Apo-Voriconazole*	Apotex	30	383,33	➡	12,7777
02399253	*Sandoz Voriconazole*	Sandoz	30	383,33	➡	12,7777
02396874	*Teva-Voriconazole*	Teva Can	30	383,33	➡	12,7777
02256479	*Vfend*	Pfizer	30	1481,49		49,3830

Pd. Perf. I.V.				200 mg	
02256487	*Vfend*	Pfizer	1	145,55	145,5500

ZANAMIVIR F

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

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE) F

Sol. Perf. I.V.				4 mg/5 mL	**PPB**
02413701	*Acide zolédronique*	Oméga	5 ml	➡ 134,61	
02422425	*Acide zolédronique pour injection*	Dr Reddys	5 ml	➡ 134,61	
02421550	*Acide zolédronique pour injection*	Hospira	5 ml	➡ 134,61	
02415186	*Acide zolédronique pour injection*	Taro	5 ml	➡ 134,61	
02407639	*Acide zolédronique pour injection*	Teva Can	5 ml	➡ 134,61	
02401606	*Acide zolédronique-Z*	Sandoz	5 ml	➡ 134,61	
02403056	*pms-Zoledronic Acid*	Phmscience	5 ml	➡ 134,61	
02248296	*Zometa*	Novartis	5 ml	538,45	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Perf. I.V.			5 mg/ 100 mL	**PPB**	
02422433	*Acide zolédronique injectable*	Dr Reddys	1	➡ 335,40	
02408082	*Acide zolédronique injectable*	Teva Can	1	➡ 335,40	
02269198	*Aclasta*	Novartis	1	668,60	
02415100	*Injection d'acide zolédronique*	Taro	1	➡ 335,40	

FOURNITURES

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FOURNITURES [6]

AIGUILLE JETABLE AVEC DISPOSITIF DE SÉCURITÉ POUR AUTO-INJECTEUR D'INSULINE [9]

99100517			1		

AIGUILLE JETABLE POUR AUTO-INJECTEUR

99002108			1		

AIGUILLES JETABLES POUR SERINGUES DE MÉTHOTREXATE

99101194			1		

CHAMBRE D'ESPACEMENT

99002116			1		

CHAMBRE D'ESPACEMENT ET MASQUE

99002124			1		

MASQUE POUR CHAMBRE D'ESPACEMENT

99003643			1		

SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE POUR INSULINE

				0,25 cc	
99002132			1		
				0,3 cc	
99002140			1		
				0,5 cc	
99002159			1		

6 Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

9 Le remboursement de ce type de fourniture est permis pour les personnes porteuses d'une infection transmissible par le sang.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99002167			1	1,0 cc	

SERINGUE ET AIGUILLE(S) JETABLES

99002345			1	1,0 cc	
99002558			1	2,0 cc	
99002205			1	3 cc	
99002213			1	5 cc	
99002221			1	10 cc	

SERINGUE JETABLE (SANS AIGUILLE)

99002337			1	1,0 cc	
99002531			1	2,0 cc	
99002175			1	3 cc	
99002183			1	5 cc	
99002191			1	10 cc	
99100668			1	20 cc	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
				30 cc	
99100669			1		

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. de rinçage				0,9 %	**PPB**
99100499	*BD Saline SP NaCl 0.9 %*	B-D	3 ml	➡	0,90
			5 ml	➡	0,95
			10 ml		1,00
99100894	*Chlorure de Sodium*	MedXL	10 ml	➡	0,95

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL [6]

AMPHOTÉRICINE B F

Pd. Inj. 50 mg

99100416			20 ml		

CYCLOSPORINE F

Sol. Inj.

99100387			1		

ÉRYTHROMYCINE F

Pd. (usage externe)

99100163			2 g		

GOUDRON MINÉRAL

00897361			25 g		

GOUDRON VÉGÉTAL

00908169			100 ml		

HYDROCORTISONE

00900761			5 g		

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') F

00906689			10 g		

LIQUOR CARBONIS DETERGENS

00903256			500 ml		

6 Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) Ⓝ					
00907561	*Méthadone*		25 g 100 g		
MITOMYCINE Ⓟ					
Pd. Inj.					
99004518			1		
SALICYLIQUE (ACIDE)					
00901164			50 g		
SOUFRE (COLLOÏDAL)					
00901725			50 g		
SOUFRE (PRÉCIPITÉ)					
00901733			500 g		
SOUFRE (SUBLIMÉ)					
00896217			125 g		
VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE) Ⓟ					
Pd.					
99100176			1 g		

VÉHICULES, SOLVANTS OU ADJUVANTS

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

VÉHICULES, SOLVANTS OU ADJUVANTS [6]

ACIDE CITRIQUE
Pd.

99001500			50 g		

AIGUILLES JETABLES POUR SERINGUES

99005077			100		

BASES/ ÉMULSIONS

				50 g à 500 g	
99101014			1		

BICARBONATE DE SODIUM
Pd.

99100058			100 g		

BOUCHON SERINGUE STÉRILE

99100673			25		

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE

00897175			100 g		

CASSETTE OU SAC POUR DISPOSITIF D'ADMINISTRATION

99002248			1		

CHLOROFORME

99002752			100 ml		

DEXTROSE
Sol. Inj.

				5 %	
99002256			500 ml 1000 ml		

6 Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
DEXTROSE (MINI-SACS)					
Sol. Inj.				5 %	
00921289			25 ml 50 ml 100 ml 250 ml		
EAU DISTILLÉE					
00906719			4550 ml		
EAU POUR INJECTION (INHALOTHÉRAPIE)					
00905178			2 ml 10 ml 30 ml 50 ml		
00905186			5 ml		
EAU POUR INJECTION/ ALCOOL BENZYLIQUE 0.9%					
00906077			30 ml		
EAU POUR INJECTION/ ALCOOL BENZYLIQUE 1.5%					
00402257			30 ml 50 ml		
EAU POUR INJECTION/ PARABÈNES					
00905445			30 ml		
EAU STÉRILE INHALOTHÉRAPIE					
00920282			3 ml 5 ml		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
EAU STÉRILE POUR INJECTION					
99100407			250 ml 500 ml 1000 ml 2000 ml		
EAU STÉRILE POUR INJECTION (PETITS VOLUMES)					
99002264			5 ml 10 ml 20 ml 50 ml		
ÉDULCORANTS (SAVEURS VARIÉES)					
99002353			500 ml		
ÉTHANOL Liq.				95 %	
99002388			750 ml		
GÉLATINE (CAPSULE VIDE) Caps.					
99001519			1		
GLYCÉRINE [5]					
00903159			100 ml		
GLYCINE/ SODIUM (CHLORURE DE)				94 mg -73,3 mg	
02230857	*Flolan (diluant pour)*	GSK	50 ml	10,36	
GOMME XANTHINE					
99002760			100 g		

5 Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
HUILE D'AMANDE DOUCE					
00907448			100 ml		
HUILE MINÉRALE					
00906654			500 ml		
LACTOSE					
00900834			500 g		
LANOLINE (HYDRATÉE)					
00902659			450 g		
LARMES ARTIFICIELLES					
Sol. Oph.					
00921270			15 ml		
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)					
Sol. Inj.			1 % (2 mL à 5 mL)		
99101013			1		
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D') SIMÉTHICONE					
Susp. Orale			400 mg - 400 mg - 40 mg/5 mL		
99100243			350 ml		
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE)					
Susp. Orale			400 mg -400 mg/5 mL		
99003376			350 ml		
MÉTHYLCELLULOSE					
00902365			100 g		
Pd.				1 500 cps	
99001527			500 g		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
PARAFFINE MOLLE (BLANCHE)					
00902691			450 g		
PARAFFINE MOLLE (JAUNE)					
00902683			454 g		
PERFUSEUR ELASTOMÉRIQUE (INTERMITTENT)					
99002272			1		
PERFUSEUR ELASTOMÉRIQUE (LONGUE DURÉE)					
99002280			1		
PROPYLÈNEGLYCOL					
00903353			500 ml		
SAC VIDE POUR SOLUTE Sac					
99002299			1		
SERINGUE POUR DISPOSITIF D'ADMINISTRATION					
99002302			1		
SIROP SIMPLE					
00905038			500 ml		
SODIUM (BENZOATE DE) Pd.					
99001535			100 g		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
SODIUM (CHLORURE DE)					
Sol. Inj.				0,9 %	
99002310			500 ml 1000 ml		
SODIUM (CHLORURE DE) (MINI-SAC)					
Sol. Inj.				0,9 %	
00921300			25 ml 50 ml 100 ml 250 ml		
SODIUM (CHLORURE DE) (PETITS VOLUMES)					
Sol. Inj.				0,9 %	
99002329			5 ml 10 ml 20 ml 50 ml		
SODIUM (CHLORURE DE) INHALOTHÉRAPIE					
				0,9 %	
00801267			3 ml		
SODIUM (CITRATE DE, ANHYDRE)					
99002779			100 g		
SORBITOL					
99000555			100 g		
TRAGACANTHE					
Pd.					
99002361			100 g		
VÉHICULE HUILEUX					
99101192			500 ml		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
VÉHICULES POUR SUSPENSION ORALE					
Susp. Orale				250 ml à 473 ml	
+ 99101222			1		