

**A.M., 2005-001****Arrêté du ministre de la Santé et des Services sociaux édictant le Règlement modifiant le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en date du 20 janvier 2005**

Loi sur l'assurance médicaments  
(L.R.Q., c. A-29.01)

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,

VU l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments  
(L.R.Q., c. A-29.01);

VU l'arrêté numéro 1999-014 du 15 septembre 1999 du ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux et ministre de la Santé et des Services sociaux édictant le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments;

CONSIDÉRANT qu'il est nécessaire de modifier la Liste des médicaments annexée à ce règlement;

CONSIDÉRANT que le Conseil du médicament a été consulté sur ce projet de règlement;

ÉDICTE le «Règlement modifiant le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments», dont le texte apparaît en annexe.

Québec, le 20 janvier 2005

*Le ministre de la Santé et des Services sociaux,*  
PHILIPPE COUILLARD

**Règlement modifiant le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments\***

Loi sur l'assurance médicaments  
(L.R.Q., c. A-29.01, a. 60)

**1.** Le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments est modifié, dans la Liste des médicaments annexée à ce règlement, à l'article 3 intitulé «MÉDICAMENT MAGISTRAL»:

1<sup>o</sup> par le remplacement du quatrième tiret du premier alinéa du paragraphe 3.2 par le suivant:

«– 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 %.»;

2<sup>o</sup> par le remplacement du sixième tiret du premier alinéa du paragraphe 3.2 par le suivant:

«– Une solution ou une suspension orale d'acide folique, de méthadone, de phytonadione ou de vancomycine.».

**2.** La Liste des médicaments annexée à ce règlement est modifiée, à l'annexe III intitulée «Produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum»:

\* Les dernières modifications au Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments, édicté par l'arrêté n<sup>o</sup> 1999-014 du 15 septembre 1999 (1999, *G.O.* 2, 4509) du ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux et ministre de la Santé et des Services sociaux, ont été apportées par les règlements édictés par les arrêtés numéros 2003-010 du 10 septembre 2003 (2003, *G.O.* 2, 4309A), 2003-012 du 28 octobre 2003 (2003, *G.O.* 2, 4907), 2003-013 du 2 décembre 2003 (2003, *G.O.* 2, 5222), 2004-002 du 19 janvier 2004 (2004, *G.O.* 2, 931), 2004-006 du 15 avril 2004 (2004, *G.O.* 2, 2026), 2004-008 du 17 juin 2004 (2004, *G.O.* 2, 2977), 2004-013 du 21 septembre 2004 (2004, *G.O.* 2, 4324) 2004-015 du 15 novembre 2004 (2004, *G.O.* 2, 4843) et 2004-019 du 13 décembre 2004 (2004, *G.O.* 2, 5476) de ce ministre. Pour les modifications antérieures, voir le «Tableau des modifications et Index sommaire», Éditeur officiel du Québec, 2004, à jour le 1<sup>er</sup> septembre 2004.

1<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Nimotop Caps. 30 mg», de ce qui suit :

«Schering	Pegetron Redipen		
	Trousse 200 mg - 80 mcg/0,5 mL	1	
Schering	Pegetron Redipen		
	Trousse 200 mg - 100 mcg/0,5 mL	1	
Schering	Pegetron Redipen		
	Trousse 200 mg - 120 mcg/0,5 mL	1	
Schering	Pegetron Redipen		
	Trousse 200 mg - 150 mcg/0,5 mL	1	» ;

2<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Remicade Pd Perf. I.V. 100 mg», de ce qui suit :

«Northern T	Remodulin Sol. Inj. 1 mg/mL	20 ml
Northern T	Remodulin Sol. Inj. 2,5 mg/mL	20 ml
Northern T	Remodulin Sol. Inj. 5 mg/mL	20 ml
Northern T	Remodulin Sol. Inj. 10 mg/mL	20 ml

3<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Viracept Co. 250 mg», de ce qui suit :

«Pfizer Viracept Co. 625 mg 120».

**3.** Cette liste est modifiée, à l'annexe IV intitulée «Liste des médicaments d'exception et des indications reconnues pour leur paiement» :

1<sup>o</sup> par la suppression de ce qui suit :

«BRIMONIDINE (tartrate de) Sol. oph 0,15 % :

◆ lorsqu'une allergie au chlorure de benzalkonium est documentée ;

CLINDAMYCINE (phosphate de) sol. top. :

◆ pour le traitement de l'acné vulgaire pour les personnes chez qui l'érythromycine topique est inefficace ou mal tolérée ; » ;

2<sup>o</sup> par le remplacement des indications qui accompagnent le médicament «ÉPOËTINE ALPHA» par les suivantes :

«◆ 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 lorsqu'elle n'est pas causée par une carence en fer, en acide folique ou en vitamine B<sub>12</sub> chez les personnes avec un taux d'hémoglobine inférieur ou égal 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<sup>9</sup>/L ou une augmentation de la mesure de l'hémoglobine d'au moins 10 g/L » ;

3<sup>o</sup> par l'insertion, après la troisième indication qui accompagne le médicament «FILGRASTIM» de l'indication suivante :

«◆ 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<sup>9</sup>/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 ; » ;

4<sup>o</sup> par le remplacement de la deuxième indication qui accompagne le médicament «FLUDARABINE (phosphate de)» par la suivante :

«◆ 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) ; » ;

5<sup>o</sup> par l'insertion, après le médicament «FORMULES NUTRITIVES – LAIT ÉCRÉMÉ/HUILE DE COCO» et l'indication qui l'accompagne, du médicament suivant et de l'indication qui l'accompagne :

«FORMULES NUTRITIVES - PRÉPARATIONS 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 ; » ;

6<sup>o</sup> par l'insertion, après le médicament «OXYBUTYNINE (chlorure d') Co.L.A.» et l'indication qui l'accompagne, du médicament suivant et de l'indication qui l'accompagne :

«OXYBUTYNINE Timbre cut. :

◆ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale lorsque l'oxybutynine à libération immédiate est mal tolérée ; » ;

7<sup>o</sup> par le remplacement de l'indication qui accompagne le médicament «PIMÉCROLIMUS» par la suivante :

«◆ pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;»;

8<sup>o</sup> par l'insertion, après le médicament «POLYVINYLIQUE (alcool)/POVIDONE», du médicament suivant et de l'indication qui l'accompagne :

«PROGESTÉRONE Caps. :

◆ pour les personnes ne pouvant recevoir l'acétate de médroxyprogestérone en raison d'une intolérance importante;»;

9<sup>o</sup> par le remplacement des indications qui accompagnent le médicament «RIBAVIRINE/INTERFERON ALFA-2B PÉGUYLÉ» par les suivantes :

◆ 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 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 autre que 2 ou 3

et

pour le traitement de l'hépatite C chronique chez les personnes infectées par le VIH de tous génotypes;

La durée totale de l'autorisation est un maximum de 48 semaines. 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 du VHC-ARN 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 2 log comparativement à la virémie prétraitement.

Par la suite, une autorisation sera accordée pour terminer le traitement seulement si le résultat du VHC-ARN 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 2 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;

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;»;

10<sup>o</sup> par l'insertion, après le médicament «RIBAVIRINE/INTERFERON ALFA-2B PÉGUYLÉ» et les indications qui l'accompagnent, du médicament suivant et des indications qui l'accompagnent :

«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 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 autre que 2 ou 3

et

pour le traitement de l'hépatite C chronique chez les personnes infectées par le VIH de tous génotypes ;

La durée totale de l'autorisation est un maximum de 48 semaines. 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 du VHC-ARN 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 2 log comparativement à la virémie prétraitement.

Par la suite, une autorisation sera accordée pour terminer le traitement seulement si le résultat du VHC-ARN 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 2 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 ;

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 ; » ;

11<sup>o</sup> par le remplacement des indications qui accompagnent le médicament «TACROLIMUS pom. top.» par les suivantes :

«◆ 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 ; » ;

12<sup>o</sup> par l'insertion, après le médicament «TRANDOLAPRIL/VÉRAPAMIL (chlorhydrate de)» et des indications qui l'accompagnent, du médicament suivant et des indications qui l'accompagnent :

«TREPROSTINIL SODIQUE :

◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III ou IV de l'OMS, qu'elle soit primitive ou secondaire à la sclérodémie, 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 ; ».

4. Cette liste est modifiée :

1<sup>o</sup> par l'insertion, selon l'ordre de classification des médicaments, des médicaments suivants et des renseignements qui les accompagnent :

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

**8:12:02****AMINOSIDES****TOBRAMYCINE (SULFATE DE)** 

Sol. Inj.

				10 mg/mL	
02230639	<i>Tobramycin Injection</i>	PPC	2 ml	2,95	1,4750

Sol. Inj.

				40 mg/mL	<b>PPB</b>
02230640	<i>Tobramycin Injection</i>	PPC	30 ml	➔ 61,84	2,0613

**8:12:04****ANTIFONGIQUES****FLUCONAZOLE** 

Caps.

				150 mg	
02255510	<i>Riva-Fluconazole</i>	Riva	1	9,19	9,1900

**8:12:06****CÉPHALOSPORINES****CEFTAZIDIME (PENTAHYDRATE DE)** 

Pd Inj.

				1 g	<b>PPB</b>
00886971	<i>Ceftazidime pour injection</i>	PPC	1	➔ 18,85	18,8500

Pd Inj.

				2 g	<b>PPB</b>
00886955	<i>Ceftazidime pour injection</i>	PPC	1	➔ 37,10	37,1000

Pd Inj.

				6 g	<b>PPB</b>
00886963	<i>Ceftazidime pour injection</i>	PPC	1	➔ 111,29	111,2900

**8:18:08****ANTIRÉTROVIRAUX****NELFINAVIR (MÉSYLATE DE)** 

Co.

				625 mg	
02248761	<i>Viracept</i>	Pfizer	120	546,00	4,5500

**8:20****ANTIPALUDÉENS****HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D')** 

Co.

				200 mg	<b>PPB</b>
02252600	<i>Gen-Hydroxychloroquine</i>	Genpharm	100	33,01	➔ 0,3301

**QUININE (SULFATE DE)**

Caps.

				200 mg	<b>PPB</b>
02254514	<i>Apo-Quinine</i>	Apotex	100	23,90	➔ 0,2390

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				300 mg <b>PPB</b>	
02254522	<i>Apo-Quinine</i>	Apotex	100	37,50	➔ 0,3750

**20:12:04****ANTICOAGULANTS****DALTÉPARINE SODIQUE**

Sol.Inj. S.C.(ser)

				7 500 UI/0,3 ml	
99100159	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	14,25	14,2500

**24:06:06****FIBRATES****GEMFIBROZIL**

Caps.

				300 mg <b>PPB</b>	
02254859	<i>Phl-Gemfibrozil</i>	Pharmel	500	148,20	➔ 0,2964

Co.

				600 mg <b>PPB</b>	
02254867	<i>Phl-Gemfibrozil</i>	Pharmel	500	376,00	➔ 0,7520

**24:06:08****INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE****LOVASTATINE**

Co.

				20 mg <b>PPB</b>	
02248572	<i>Co Lovastatin</i>	Cobalt	500	545,35	➔ 1,0907

Co.

				40 mg <b>PPB</b>	
02248573	<i>Co Lovastatin</i>	Cobalt	100	201,17	➔ 2,0117

**PRAVASTATINE SODIQUE**

Co.

				10 mg	
02249766	<i>Phl-Pravastatin</i>	Pharmel	100	95,30	0,9530

Co.

				20 mg	
02249774	<i>Phl-Pravastatin</i>	Pharmel	500	562,15	1,1243

Co.

				40 mg	
02249782	<i>Phl-Pravastatin</i>	Pharmel	100	135,43	1,3543

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

**SIMVASTATINE** 

Co.			5 mg		
02253690	<i>Phl-Simvastatin</i>	Pharmel	100	56,70	0,5670
02252619	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	100	56,70	0,5670

Co.			10 mg		
02253704	<i>Phl-Simvastatin</i>	Pharmel	500	560,70	1,1214
02252635	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	100	112,14	1,1214

Co.			20 mg		
02253712	<i>Phl-Simvastatin</i>	Pharmel	100	138,60	1,3860
02252643	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	100	138,60	1,3860

Co.			40 mg		
02253720	<i>Phl-Simvastatin</i>	Pharmel	100	138,60	1,3860
02252651	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	100	138,60	1,3860

Co.			80 mg		
02253739	<i>Phl-Simvastatin</i>	Pharmel	100	138,60	1,3860
02252678	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	100	138,60	1,3860

**24:12:08****NITRATES ET NITRITES****TRINITRATE DE GLYCÉRYLE**

Timbre cut.			0,2 mg/h <b>PPB</b>		
02230732	<i>Trinipatch</i>	Triton	30	17,00	➔ 0,5667

Timbre cut.			0,4 mg/h <b>PPB</b>		
02230733	<i>Trinipatch</i>	Triton	30	19,20	➔ 0,6400

Timbre cut.			0,6 mg/h <b>PPB</b>		
02230734	<i>Trinipatch</i>	Triton	30	19,20	➔ 0,6400

**24:20****BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES****TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.			1 mg <b>PPB</b>		
02246544	<i>Phl-Terazosin</i>	Pharmel	100	34,90	➔ 0,3490

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

Co.				2 mg	<b>PPB</b>
02246545	<i>Phl-Terazosin</i>	Pharmel	100	44,36	➔ 0,4436

Co.				5 mg	<b>PPB</b>
02246546	<i>Phl-Terazosin</i>	Pharmel	100	60,25	➔ 0,6025

**24:24**  
**BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES**  
**ATÉNOLOL** 

Co.				50 mg	<b>PPB</b>
02255545	<i>Co Atenolol</i>	Cobalt	500	175,75	➔ 0,3515

Co.				100 mg	<b>PPB</b>
02255553	<i>Co Atenolol</i>	Cobalt	500	288,85	➔ 0,5777

**MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)** 

Co.				25 mg	<b>PPB</b>
02253496	<i>Phl-Metoprolol-L</i>	Pharmel	100	6,43	➔ 0,0643

Co.				50 mg	<b>PPB</b>
02253518	<i>Phl-Metoprolol-L</i>	Pharmel	1000	122,50	➔ 0,1225

Co.				100 mg	<b>PPB</b>
02253526	<i>Phl-Metoprolol-L</i>	Pharmel	1000	222,30	➔ 0,2223

**24:28**  
**BLOQUANTS DU CANAL CALCIQUE**  
**DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)** 

Co. L.A.				120 mg	
02256738	<i>Tiazac XC</i>	Biovail	90	69,13	0,7681

Co. L.A.				180 mg	
02256746	<i>Tiazac XC</i>	Biovail	90	91,76	1,0196

Co. L.A.				240 mg	
02256754	<i>Tiazac XC</i>	Biovail	90	121,71	1,3523

Co. L.A.				300 mg	
02256762	<i>Tiazac XC</i>	Biovail	90	121,71	1,3523

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				360 mg	
02256770	<i>Tiazac XC</i>	Biovail	90	121,71	1,3523

**24:32:08**  
**ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II**  
**ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D')/HYDROCHLOROTHIAZIDE [R]**

Co.				600 mg - 12.5 mg	
02253631	<i>Teveten Plus</i>	Solvay	100	102,00	1,0200

**28:08:04**  
**ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS**  
**MÉLOXICAM [R]**

Co.				7,5 mg	
02255987	<i>Gen-Meloxicam</i>	Genpharm	100	49,13	0,4913
02250012	<i>Co Meloxicam</i>	Cobalt	100	49,14	0,4914

Co.				15 mg	
02250020	<i>Co Meloxicam</i>	Cobalt	100	56,70	0,5670
02255995	<i>Gen-Meloxicam</i>	Genpharm	100	56,70	0,5670

**28:08:92**  
**DIVERS**  
**ACÉTAMINOPHÈNE/ CODÉINE (PHOSPHATE DE) [R]**

Co.				300 mg à 325 mg -30 mg <b>PPB</b>	
02254271	<i>Phl-Acet-Codéine 30</i>	Pharmel	500	65,00	➔ 0,1300

Co.				300 mg à 325 mg -60 mg <b>PPB</b>	
02254263	<i>Phl-Acet-Codéine 60</i>	Pharmel	100	13,84	➔ 0,1384

**28:12:92**  
**DIVERS ANTICONSULSIVANTS**  
**GABAPENTINE [R]**

Co.				600 mg	
02255898	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	500	652,25	1,3045

Co.				800 mg	
02255901	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	500	869,65	1,7393

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

**28:16:04****ANTIDÉPRESSEURS****CITALOPRAM (BROMHYDRATE DE) [P]**

Co.

				20 mg	
02252112	<i>Ratio-Citalopram</i>	Ratiopharm	500	437,50	0,8750

Co.

				40 mg	
02252120	<i>Ratio-Citalopram</i>	Ratiopharm	100	87,50	0,8750

**FLUVOXAMINE (MALÉATE DE) [P]**

Co.

				50 mg	
02255529	<i>Co Fluvoxamine</i>	Cobalt	250	123,80	0,4952

Co.

				100 mg	
02255537	<i>Co Fluvoxamine</i>	Cobalt	250	222,55	0,8902

**MIRTAZAPINE [P]**

Co.ou Co. diss. Orale

				15 mg	
02248542	<i>Remeron RD</i>	Organon	30	11,70	0,3900

Co.ou Co. diss. Orale

				30 mg	
02248543	<i>Remeron RD</i>	Organon	30	23,40	0,7800
02252279	<i>Phl-Mirtazapine</i>	Pharmel	100	78,12	0,7812

Co.ou Co. diss. Orale

				45 mg	
02248544	<i>Remeron RD</i>	Organon	30	35,10	1,1700

**28:16:08****TRANQUILLISANTS****LOXAPINE (CHLORHYDRATE DE) [P]**

Sol. Orale

				25 mg/mL	<b>PPB</b>
02255456	<i>Phl-Loxapine</i>	Pharmel	100 ml	➔ 52,32	0,5232

**LOXAPINE (SUCCINATE DE) [P]**

Co.

				2,5 mg	<b>PPB</b>
02255448	<i>Phl-Loxapine</i>	Pharmel	100	7,50	➔ 0,0750

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

**28:24:08****BENZODIAZÉPINES****FLURAZÉPAM (CHLORHYDRATE DE) [P]**

Caps. ou Co.

15 mg **PPB**

02248126	<i>Bio-Flurazepam</i>	Biomed	120	8,10	➔ 0,0675
----------	-----------------------	--------	-----	------	----------

Caps. ou Co.

30 mg **PPB**

02248127	<i>Bio-Flurazepam</i>	Biomed	120	9,30	➔ 0,0775
----------	-----------------------	--------	-----	------	----------

**NITRAZÉPAM [P]**

Co.

5 mg **PPB**

02255561	<i>Nitrazepam</i>	Pro Doc	100	8,57	➔ 0,0857
----------	-------------------	---------	-----	------	----------

Co.

10 mg **PPB**

02255588	<i>Nitrazepam</i>	Pro Doc	100	12,82	➔ 0,1282
----------	-------------------	---------	-----	-------	----------

**40:08****ALCALINISANTS****BICARBONATE DE SODIUM**

Sol. Inj. I.V.

1 mmol/mL **PPB**

99100177	<i>Bicarbonate de Sodium 8.4%</i>	Abbott	50 ml	➔ 3,27	0,0654
----------	---------------------------------------	--------	-------	--------	--------

**40:28:10****DIURÉTIQUES ÉPARGNEURS DE POTASSIUM****AMILORIDE (CHLORHYDRATE D') [P]**

Co.

5 mg **PPB**

02249510	<i>Apo-Amiloride</i>	Apotex	100	20,02	➔ 0,2002
----------	----------------------	--------	-----	-------	----------

**52:04:06****ANTIVIRAUX****TRIFLURIDINE [P]**

Sol. Oph.

1 % **PPB**

02248529	<i>Sab-Trifluridine</i>	Sabex	7,5 ml	➔ 24,50	3,2667
----------	-------------------------	-------	--------	---------	--------

**52:04:12****AUTRES ANTI-INFECTIEUX****OFLOXACINE [P]**

Sol. Oph.

0,3 %

02252570	<i>pms-Ofloxacin</i>	Phmscience	5 ml	4,96	0,9920
----------	----------------------	------------	------	------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

**56:40****DIVERS GASTRO-INTESTINAUX****RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE) [P]**

Sol. Orale

150 mg/10 mL **PPB**

02242940	<i>Novo-Ranidine</i>	Novopharm	300 ml	39,15	➔ 0,1305
----------	----------------------	-----------	--------	-------	----------

**68:32****PROGESTATIFS****MÉDROXYPROGESTÉRONNE (ACÉTATE DE) [P]**

Co.

2,5 mg **PPB**

02253550	<i>Medroxy-2.5</i>	Pro Doc	500	39,70	➔ 0,0794
----------	--------------------	---------	-----	-------	----------

Co.

5 mg **PPB**

02253577	<i>Medroxy-5</i>	Pro Doc	500	78,45	➔ 0,1569
----------	------------------	---------	-----	-------	----------

**84:04:08****FONGICIDES****TERCONAZOLE [P]**

Cr. Vag. (App.)

0,4 %

02247651	<i>Taro-Terconazole</i>	Taro	45 g	12,27	0,2727
----------	-------------------------	------	------	-------	--------

**92:00:02****AUTRES DIVERS****ALENDRONATE MONOSODIQUE [P]**

Co.

5 mg

02248727	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	100	103,70	1,0370
----------	------------------------	--------	-----	--------	--------

Co.

10 mg

02248728	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	100	110,57	1,1057
----------	------------------------	--------	-----	--------	--------

**CLODRONATE DISODIQUE [P]**

Caps.

400 mg

02245828	<i>Clasteon</i>	Oryx	120	145,00	1,2083
----------	-----------------	------	-----	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE) [P]</b>					
Co.				50 mg	<b>PPB</b>
02245898	<i>Apo-Cyprotérone</i>	Apotex	100	140,85	➔ 1,4085
<b>MOFÉTILMYCOPHÉNOLATE [P]</b>					
Susp. Orale				200 mg/mL	
02242145	<i>Cellcept</i>	Roche	175 ml	288,68	1,6496
<b>PAMIDRONATE DISODIQUE [P]</b>					
Pd/Sol. Perf. I.V.				30 mg	
02246597	<i>Pamidronate Disodium Injection</i>	PPC	1	88,35	88,3500
Pd/Sol. Perf. I.V.				60 mg	
02246598	<i>Pamidronate Disodium Injection</i>	PPC	1	176,70	176,7000
Pd/Sol. Perf. I.V.				90 mg	
02246599	<i>Pamidronate Disodium Injection</i>	PPC	1	265,05	265,0500
<b>TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE) [P]</b>					
Co.				10 mg	<b>PPB</b>
02246547	<i>Phl-Terazosin</i>	Pharmel	100	88,20	➔ 0,8820

2<sup>o</sup> par l'insertion, selon l'ordre alphabétique des médicaments d'exception, des médicaments suivants et des renseignements qui les accompagnent :

#### MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

##### CARVEDILOL [P]

Co.				3,125 mg	
02252309	<i>Ratio-Carvédilol</i>	Ratiopharm	100	80,01	0,8001
Co.				6,25 mg	
02252317	<i>Ratio-Carvédilol</i>	Ratiopharm	100	80,01	0,8001
Co.				12,5 mg	
02252325	<i>Ratio-Carvédilol</i>	Ratiopharm	100	80,01	0,8001
Co.				25 mg	
02252333	<i>Ratio-Carvédilol</i>	Ratiopharm	100	80,01	0,8001

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**FORMULES NUTRITIVES - POLYMÉRIQUES RESTREINTES EN RÉSIDUS**

Pouding

				suppl.	
99100181	Boost	Novartis-N	142 g	1,53	0,0108

**FORMULES NUTRITIVES - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS****(NOURRISSONS)**

Pd Orale Péd.

				363 g suppl.	
99100123	Similac Advance Neosure	Ross	1	13,88	13,8800
99100122	Enfamil Enfacare A+	M.J.	1	14,16	14,1600

**GLICLAZIDE** 

Co.

				80 mg	
02254719	Rhoxal-Gliclazide	Rhoxal	100	27,90	0,2790

**OXYBUTYNINE** 

Timbre cut.

				36 mg	
02254735	Oxytrol	Paladin	8	49,00	6,1250

**PROGESTÉRONNE MICRONISÉE** 

Caps.

				100 mg	
02166704	Prometrium	Schering	100	81,96	0,8196

**RIBAVIRINE/INTERFÉRON ALFA-2B PÉGUYLÉ** 

Trousse

				200 mg-80 mcg/0,5 mL	
02254581	Pegatron Redipen	Schering	1	752,20	752,2000

Trousse

				200 mg -100 mcg/0,5 mL	
02254603	Pegatron Redipen	Schering	1	752,20	752,2000

Trousse

				200 mg-120 mcg/0,5 mL	
02254638	Pegatron Redipen	Schering	1	831,18	831,1800

Trousse

				200 mg-150 mcg/0,5 mL	
02254646	Pegatron Redipen	Schering	1	831,18	831,1800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

**RIBAVIRINE/PEGINTERFÉRON ALFA-2A** 

Trousse			200mg- 180 mcg/0,5ml		
02253429	<i>Pegasys RBV (28)</i>	Hoffmann	1	395,84	395,8400
99100171	<i>Pegasys RBV (35)</i>	Roche	1	395,84	395,8400
99100173	<i>Pegasys RBV (42)</i>	Roche	1	395,84	395,8400

Trousse			200 mg- 180 mcg/1ml		
02253410	<i>Pegasys RBV (28)</i>	Hoffmann	1	395,84	395,8400
99100172	<i>Pegasys RBV (35)</i>	Roche	1	395,84	395,8400
99100174	<i>Pegasys RBV (42)</i>	Roche	1	395,84	395,8400

**SOMATOTROPHINE** 

Cartouche			10 mg		
02249002	<i>Nutropin AQ Pen</i>	Roche	1	381,80	381,8000

**TREPROSTINIL SODIQUE** 

Sol. Inj.			1 mg/mL		
02246552	<i>Remodulin</i>	Northern T	20 ml	900,00	45,0000

Sol. Inj.			2,5 mg/mL		
02246553	<i>Remodulin</i>	Northern T	20 ml	2250,00	112,5000

Sol. Inj.			5 mg/mL		
02246554	<i>Remodulin</i>	Northern T	20 ml	4500,00	225,0000

Sol. Inj.			10 mg/mL		
02246555	<i>Remodulin</i>	Northern T	20 ml	9000,00	450,0000

3<sup>o</sup> par l'insertion, selon l'ordre alphabétique des produits pour médicament magistral, des produits suivants et des renseignements qui les accompagnent :

**PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL****ÉRYTHROMYCINE** 

Pd					
99100163			2 g		

**VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Pd					
99100176			1 g		

5. Cette liste est modifiée par le remplacement des renseignements qui accompagnent les médicaments suivants par les renseignements qui suivent :

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>8:12:02</b>					
<b>AMINOSIDES</b>					
<b>TOBRAMYCINE (SULFATE DE) [P]</b>					
Sol. Inj. 40 mg/mL <b>PPB</b>					
02241210	<i>Tobramycine (sulfate de)</i>	Sabex	30 ml	61,84	➔ 2,0613
99005069	<i>Tobramycine (sans préservatif)</i>	Sabex	2 ml	4,34	2,1700
<b>8:12:06</b>					
<b>CÉPHALOSPORINES</b>					
<b>CEFTAZIDIME (PENTAHYDRATE DE) [P]</b>					
Pd Inj. 1 g <b>PPB</b>					
02212218	<i>Fortaz</i>	GSK	1	20,19	20,1900
Pd Inj. 2 g <b>PPB</b>					
02212226	<i>Fortaz</i>	GSK	1	39,73	39,7300
Pd Inj. 6 g <b>PPB</b>					
02212234	<i>Fortaz</i>	GSK	1	119,19	119,1900
<b>8:18</b>					
<b>ANTIVIRAUX</b>					
<b>ACYCLOVIR SODIQUE [P]</b>					
Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL					
02236926	<i>Acyclovir Sodique</i>	PPC	20 ml	170,34	8,5170
<b>8:22</b>					
<b>QUINOLONES</b>					
<b>CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) [P]</b>					
Co. 500 mg <b>PPB</b>					
02229522	<i>Apo-Ciprofloxx</i>	Apotex	500	877,00	➔ 1,7540
02251760	<i>Ciprofloxxacin-500</i>	Pro Doc	500	877,00	➔ 1,7540
02245648	<i>Gen-Ciprofloxxacin</i>	Genpharm	500	877,00	➔ 1,7540
02248438	<i>pms-Ciprofloxxacin</i>	Phmscience	500	877,00	➔ 1,7540
02251248	<i>Riva-Ciprofloxxacin</i>	Riva	500	877,00	➔ 1,7540

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			750 mg <b>PPB</b>		
02229523	<i>Apo-Ciprofloxx</i>	Apotex	100	330,82	➔ 3,3082
02161753	<i>Novo-Ciprofloxxacin</i>	Novopharm	100	330,82	➔ 3,3082
02251337	<i>Phl-Ciprofloxxacin</i>	Pharmel	100	330,82	➔ 3,3082
02248439	<i>pms-Ciprofloxxacin</i>	Phmscience	100	330,82	➔ 3,3082
02246827	<i>Ratio-Ciprofloxxacin</i>	Ratiopharm	100	330,82	➔ 3,3082

**12:12****SYMPATHOMIMÉTIQUES****SALBUTAMOL** 

Aéro. oral

			100 mcg/dose <b>PPB</b>		
02232570	<i>Airomir</i>	3M Pharma	200 dose(s)	➔ 7,74	0,0387
02245669	<i>Apo-Salvent Exempt de CFC</i>	Apotex	200 dose(s)	➔ 7,73	0,0387
02244914	<i>Ratio-Salbutamol HFA</i>	Ratiopharm	200 dose(s)	➔ 7,73	0,0387

**SALBUTAMOL (SULFATE DE)** 

Sol. pour Inh.

			1 mg/mL (2,5 mL) <b>PPB</b>		
02236932	<i>Phl-Salbutamol Polynebs</i>	Pharmel	20	12,17	➔ 0,6085

Sol. pour Inh.

			2 mg/mL (2,5 mL) <b>PPB</b>		
02236933	<i>Phl-Salbutamol Polynebs</i>	Pharmel	20	23,11	➔ 1,1555

**24:04:04****ANTIARYTHMIQUES****DISOPYRAMIDE** 

Caps.

			100 mg		
02224801	<i>Rythmodan</i>	Aventis	84	17,59	0,2094

**24:20****BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES****TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

			1 mg <b>PPB</b>		
02234502	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	500	174,50	➔ 0,3490
02230805	<i>Novo-Terazosin</i>	Novopharm	100	34,90	➔ 0,3490
02233047	<i>Nu-Terazosin</i>	Nu-Pharm	100	34,90	➔ 0,3490
02243518	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	34,90	➔ 0,3490
02218941	<i>Ratio-Terazosin</i>	Ratiopharm	100	34,90	➔ 0,3490
02237476	<i>Terazosin-1</i>	Pro Doc	500	174,50	➔ 0,3490
00818658	<i>Hytrin</i>	Abbott	100	55,40	0,5540

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg <b>PPB</b>	
02234503	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	500	221,80	⇒ 0,4436
02230806	<i>Novo-Terazosin</i>	Novopharm	100	44,36	⇒ 0,4436
02233048	<i>Nu-Terazosin</i>	Nu-Pharm	100	44,36	⇒ 0,4436
02243519	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	44,36	⇒ 0,4436
02218968	<i>Ratio-Terazosin</i>	Ratiopharm	100	44,36	⇒ 0,4436
02237477	<i>Terazosin-2</i>	Pro Doc	500	221,80	⇒ 0,4436
00818682	<i>Hytrin</i>	Abbott	100	70,42	0,7042

Co.				5 mg <b>PPB</b>	
02234504	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	500	301,25	⇒ 0,6025
02230807	<i>Novo-Terazosin</i>	Novopharm	100	60,25	⇒ 0,6025
02233049	<i>Nu-Terazosin</i>	Nu-Pharm	100	60,25	⇒ 0,6025
02243520	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	60,25	⇒ 0,6025
02218976	<i>Ratio-Terazosin</i>	Ratiopharm	100	60,25	⇒ 0,6025
02237478	<i>Terazosin-5</i>	Pro Doc	500	301,25	⇒ 0,6025
00818666	<i>Hytrin</i>	Abbott	100	95,64	0,9564

**24:24****BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES****BISOPROLOL (FUMARATE DE) [7]**

Co.				5 mg	
02247439	<i>Rhoxal-Bisoprolol</i>	Rhoxal	100	22,05	0,2205

Co.				10 mg	
02247440	<i>Rhoxal-Bisoprolol</i>	Rhoxal	100	36,54	0,3654

**24:32:04****INH. ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)****FOSINOPRIL SODIQUE [7]**

Co.				10 mg	
02242733	<i>Lin-Fosinopril</i>	Linson	100	49,77	0,4977
02247802	<i>Novo-Fosinopril</i>	Novopharm	100	49,77	0,4977

Co.				20 mg	
02242734	<i>Lin-Fosinopril</i>	Linson	100	59,85	0,5985
02247803	<i>Novo-Fosinopril</i>	Novopharm	100	59,85	0,5985

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

**28:12:92****DIVERS ANTICONVULSIVANTS****VALPROATE SODIQUE** 

Sir.

250 mg/5 mL **PPB**

02238210	<i>Valproic Acid</i>	Pharmel	450 ml	25,96	➔ 0,0577
----------	----------------------	---------	--------	-------	----------

**28:16:04****ANTIDÉPRESSEURS****MIRTAZAPINE** 

Co.ou Co. diss. Orale

15 mg

02250594	<i>Rhoxal-Mirtazapine</i>	Rhoxal	50	19,50	0,3900
----------	---------------------------	--------	----	-------	--------

Co.ou Co. diss. Orale

30 mg

02248762	<i>pms - Mirtazapine</i>	Phmscience	100	78,12	0,7812
02250608	<i>Rhoxal-Mirtazapine</i>	Rhoxal	100	78,12	0,7812
02243910	<i>Remeron</i>	Organon	30	37,20	1,2400

**PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

20 mg

02240908	<i>Apo-Paroxétine</i>	Apotex	500	500,85	1,0017
02248013	<i>Gen-Paroxétine</i>	Genpharm	500	500,85	1,0017
02248557	<i>Novo-Paroxétine</i>	Novopharm	500	500,85	1,0017
02248914	<i>Paroxétine-20</i>	Pro Doc	500	500,85	1,0017
02248451	<i>Phl-Paroxétine</i>	Pharmel	500	500,85	1,0017
02247751	<i>pms-Paroxétine</i>	Phmscience	500	500,85	1,0017
02247811	<i>Ratio-Paroxétine</i>	Ratiopharm	500	500,85	1,0017
02248560	<i>Riva-Paroxétine</i>	Riva	500	500,85	1,0017

Co.

30 mg

02240909	<i>Apo-Paroxétine</i>	Apotex	100	106,47	1,0647
02248014	<i>Gen-Paroxétine</i>	Genpharm	100	106,47	1,0647
02248558	<i>Novo-Paroxétine</i>	Novopharm	100	106,47	1,0647
02248915	<i>Paroxétine-30</i>	Pro Doc	100	106,47	1,0647
02248452	<i>Phl-Paroxétine</i>	Pharmel	100	106,47	1,0647
02247752	<i>pms-Paroxétine</i>	Phmscience	100	106,47	1,0647
02247812	<i>Ratio-Paroxétine</i>	Ratiopharm	30	31,94	1,0647
02248561	<i>Riva-Paroxétine</i>	Riva	100	106,47	1,0647

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

**28:16:08****TRANQUILLISANTS****LOXAPINE (CHLORHYDRATE DE) [P]**

Sol. Orale

25 mg/mL **PPB**

02239101	<i>pms-Loxapine</i>	Phmscience	100 ml	52,32	➔ 0,5232
----------	---------------------	------------	--------	-------	----------

**LOXAPINE (SUCCINATE DE) [P]**

Co.

2,5 mg **PPB**

02242868	<i>pms-Loxapine</i>	Phmscience	100	7,50	➔ 0,0750
----------	---------------------	------------	-----	------	----------

**28:24:08****BENZODIAZÉPINES****LORAZÉPAM [P]**

Co.

0,5 mg **PPB**

02041413	<i>Ativan</i>	Wyeth	500	17,95	➔ 0,0359
----------	---------------	-------	-----	-------	----------

**40:08****ALCALINISANTS****BICARBONATE DE SODIUM**

Sol. Inj. I.V.

0,9 mmol/mL **PPB**

00701548	<i>Bicarbonate de Sodium 7.5%</i>	AZC	50 ml	3,93	➔ 0,0786
00038083	<i>Bicarbonate de Sodium</i>	Abbott	50 ml	13,75	0,2750

**40:28:10****DIURÉTIQUES ÉPARGNEURS DE POTASSIUM****AMILORIDE (CHLORHYDRATE D') [P]**

Co.

5 mg **PPB**

00487805	<i>Midamor</i>	Merck	100	28,60	0,2860
----------	----------------	-------	-----	-------	--------

**52:04:06****ANTIVIRAUX****TRIFLURIDINE [P]**

Sol. Oph.

1 % **PPB**

00687456	<i>Viroptic</i>	Theramed	7,5 ml	➔ 24,50	3,2667
----------	-----------------	----------	--------	---------	--------

**56:40****DIVERS GASTRO-INTESTINAUX****MISOPROSTOL [P]**

Co.

200 mcg **PPB**

02244125	<i>pms-Misoprostol</i>	Phmscience	500	142,65	➔ 0,2853
----------	------------------------	------------	-----	--------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

**OMÉPRAZOLE** 

Caps. ou Co.

20 mg **PPB**

02245058	<i>Apo-Oméprazole</i>	Apotex	500	625,00	➔ 1,2500
02190915	<i>Losec</i>	AZC	28	61,60	2,2000

**RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Sol. Orale

150 mg/10 mL **PPB**

02212374	<i>Zantac</i>	GSK	300 ml	55,92	0,1864
----------	---------------	-----	--------	-------	--------

**68:04****CORTICOSTÉROÏDES****PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE)** 

Sol. Orale

5 mg/5 mL **PPB**

02245532	<i>pms-Prednisolone</i>	Phmscience	120	8,05	➔ 0,0671
----------	-------------------------	------------	-----	------	----------

**TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)** 

Susp. Inj.

10 mg/mL **PPB**

02229540	<i>Triamcinolone</i>	Sabex	5 ml	➔ 10,28	2,0560
----------	----------------------	-------	------	---------	--------

Susp. Inj. I.M.

40 mg/mL **PPB**

02229550	<i>Triamcinolone</i>	Sabex	5 ml	➔ 16,71	3,3420
01977563	<i>Triamcinolone</i>	Cytex	1 ml	➔ 4,77	4,7700

**68:20:92****DIVERS ANTIDIABÉTIQUES****METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

850 mg **PPB**

02242931	<i>Ratio-Metformin</i>	Ratiopharm	500	104,50	➔ 0,2090
----------	------------------------	------------	-----	--------	----------

**92:00:02****AUTRES DIVERS****PAMIDRONATE DISODIQUE** 

Pd/Sol. Perf. I.V.

30 mg

02245998	<i>pms-Pamidronate</i>	Phmscience	2	176,70	88,3500
----------	------------------------	------------	---	--------	---------

Pd/Sol. Perf. I.V.

90 mg

02245999	<i>pms-Pamidronate</i>	Phmscience	1	265,05	265,0500
----------	------------------------	------------	---	--------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE) </b>					
Co.				10 mg	<b>PPB</b>
02234505	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	88,20	⇒ 0,8820
02230808	<i>Novo-Terazosin</i>	Novopharm	100	88,20	⇒ 0,8820
02233050	<i>Nu-Terazosin</i>	Nu-Pharm	100	88,20	⇒ 0,8820
02243521	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	88,20	⇒ 0,8820
02218984	<i>Ratio-Terazosin</i>	Ratiopharm	100	88,20	⇒ 0,8820
02237479	<i>Terazosin-10</i>	Pro Doc	100	88,20	⇒ 0,8820
00818674	<i>Hytrin</i>	Abbott	100	140,00	1,4000

**MÉDICAMENTS D'EXCEPTION****FORMULES NUTRITIVES - POLYMÉRIQUES RESTREINTES EN RÉSIDUS**

Pouding				113 g	<b>suppl.</b>
99004194	<i>Nutrisure</i>	Ross	1	1,21	1,2100

**PANSEMENT MOUSSE HYDROPHYLE**

Pans.				15 cm X 15 cm	
99100134	<i>Mépilix Lite</i>	Mölnlycke	1	6,37	6,3700

**6.** Cette liste est modifiée par l'insertion, selon l'ordre de classification des médicaments, des médicaments suivants et des renseignements qui les accompagnent et par leur suppression de la section des médicaments d'exception:

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>52:36</b>					
<b>AUTRES O.R.L.O.</b>					
<b>BRIMONIDINE (TARTRATE DE) </b>					
Sol. Oph.				0,15 %	
02248151	<i>Alphagan P</i>	Allergan	10 ml	23,10	2,3100
<b>84:04:04</b>					
<b>ANTIBIOTIQUES</b>					
<b>CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) </b>					
Sol. Top.				1 %	
00582301	<i>Dalacin T</i>	Pfizer	60 ml	16,96	0,2827

**7.** Le présent règlement entre en vigueur le 9 février 2005.