

**A.M., 2006-021****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 18 septembre 2006**

Loi sur l'assurance médicaments  
(L.R.Q., c. A-29.01; 2002, c. 27; 2005, c. 40)

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; 2002, c. 27, a. 22, par. 3<sup>o</sup>; 2005, c. 40, a. 22, par. 1<sup>o</sup>);

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 18 septembre 2006

*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; 2002, c. 27, a. 22, par. 3<sup>o</sup>; 2005, c. 40, a. 22, par. 1<sup>o</sup>)

**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'annexe I intitulée «Liste des fabricants ayant soumis les prix de vente garantis différents pour les grossistes et les pharmaciens»:

1<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le fabricant «Cobalt», de ce qui suit:

«* Coloplast	Coloplast Corporation	5 %»;
--------------	-----------------------	-------

2<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le fabricant «Optima», de ce qui suit:

«* Organon	Organon Canada Ltée	9 %
* Pan Geo	Pangeo Pharma Inc.	5 %».

**2.** La Liste des médicaments annexée à ce règlement est modifiée, à l'annexe II intitulée «Liste des grossistes en médicaments reconnus par le ministre et marge bénéficiaire de chaque grossiste reconnu», par le remplacement du nom du grossiste «TRENT DRUG WHOLE-SALE» par le nom «AMERISOURCEBERGEN».

**3.** Cette liste est modifiée, à l'annexe III intitulée «Produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum»:

1<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Enbrel Pd Inj. S.C. 25 mg», de ce qui suit:

«Amgen	Enbrel Sol. Inj. S.C. (ser) 50 mg/mL	4»;
--------	--------------------------------------	-----

\* 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 2006-002 du 18 janvier 2006 (2006, *G.O.* 2, 1033), 2006-009 du 21 mars 2006 (2006, *G.O.* 2, 1454), 2006-011 du 18 mai 2006 (2006, *G.O.* 2, 2284), 2006-012 du 5 juin 2006 (2006, *G.O.* 2, 2431) et 2006-017 du 1<sup>er</sup> août 2006 (2006, *G.O.* 2, 3972) de ce ministre. Pour les modifications antérieures, voir le «Tableau des modifications et Index sommaire», Éditeur officiel du Québec, 2006, à jour le 1<sup>er</sup> avril 2006.

2° par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Gleevec Co. 400 mg», de ce qui suit :

«Gilead Hespera Co. 10 mg 30»;

3° par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Invirase Caps 200 mg», de ce qui suit :

«Roche Invirase Co. 500 mg 120»;

4° par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Trivizir Co. 300 mg -150 mg -300 mg», de ce qui suit :

«Gilead Truvada Co. 200 mg-300 mg 30».

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

1° par la suppression du médicament «TIOTROPIUM (bromure monohydraté de)» et de l'indication qui l'accompagne ;

2° par l'insertion, selon l'ordre alphabétique des médicaments d'exception, des médicaments suivants et des indications qui les accompagnent :

«ADÉFOVIR DIPIVOXIL

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

- ayant une résistance à la lamivudine définie par une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, avec une virémie supérieure à 100 000 copies/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 ;

DORZOLAMIDE (chlorhydrate de) / TIMOLOL (maléate de)

◆ lors d'intolérance importante à deux antiglaucomateux topiques, à moins d'une justification pertinente empêchant ces exigences ;

INSULINE ASPART / INSULINE ASPART PROTAMINE :

◆ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 20/80 ou 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie ;

TRAVOPROST / TIMOLOL (maléate de)

◆ pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomateux en monothérapie est insuffisant ;

TROSPIUM (chlorure de)

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

3° par le remplacement, dans le premier alinéa de l'indication qui accompagne le médicament «ATOMOXÉTINE (CHLORHYDRATE D')», des mots «la dexamphétamine», par les mots «une amphétamine» ;

4° par le remplacement de la première indication qui accompagne le médicament «★ DOLASÉTRON (mésylate de)» par la suivante :

« ◆ lors de la première journée d'un traitement :

- de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante, ou
- de radiothérapie hautement émétisante ; »

5° par le remplacement de la première indication qui accompagne le médicament «★ GRANISÉTRON (chlorhydrate de)» par la suivante :

« ◆ lors de la première journée d'un traitement :

- de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante, ou
- de radiothérapie hautement émétisante ; » ;

6° par le remplacement de la première indication qui accompagne le médicament «★ ONDANSÉTRON» par la suivante :

« ◆ lors de la première journée d'un traitement :

- de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante, ou
- de radiothérapie hautement émétisante ; » ;

7° par l'ajout, à la suite des indications qui accompagnent le médicament «PEGINTERFÉRON ALFA-2A», de l'indication suivante :

« ◆ pour le traitement de l'hépatite B chronique HBeAg-négatif. La demande est autorisée pour une durée maximale de 48 semaines ; » ;

8° en ce qui concerne le médicament «RIBAVIRINE/INTERFÉRON ALFA-2B PÉGUYLÉ» :

a) par le remplacement, dans la première indication qui l'accompagne, du dernier alinéa par l'alinéa suivant :

«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 (baisse  $\geq 1,8$  log de la virémie ou négativation) à 4 semaines qui rechutent après un traitement écourté de 24 semaines ;

ne sont pas admissibles à un deuxième traitement. » ;

b) par le remplacement, dans la deuxième indication qui l'accompagne, du dernier alinéa par l'alinéa suivant :

«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 (baisse  $\geq 1,8$  log de la virémie ou négativation) à 4 semaines qui rechutent après un traitement écourté de 24 semaines ;

ne sont pas admissibles à un deuxième traitement. » ;

9<sup>o</sup> en ce qui concerne le médicament « RIBAVIRINE/PEGINTERFÉRON ALFA-2A » :

a) par le remplacement, dans la première indication qui l'accompagne, du dernier alinéa par l'alinéa suivant :

«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 (baisse  $\geq 1,8$  log de la virémie ou négativation) à 4 semaines qui rechutent après un traitement écourté de 24 semaines ;

ne sont pas admissibles à un deuxième traitement. » ;

b) par le remplacement, dans la deuxième indication qui l'accompagne, du dernier alinéa par l'alinéa suivant :

«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 (baisse  $\geq 1,8$  log de la virémie ou négativation) à 4 semaines qui rechutent après un traitement écourté de 24 semaines ;

ne sont pas admissibles à un deuxième traitement. » ;

10<sup>o</sup> par le remplacement de l'indication qui accompagne le médicament « ★ VORICONAZOLE Co. » par les indications suivantes :

« ♦ 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 ; » ;

11<sup>o</sup> par le remplacement de l'indication qui accompagne le médicament « ★ VORICONAZOLE Pd. Perf. I.V. » par les indications suivantes :

« ♦ 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 ; » ;

## 5. 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
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	------------------

**8:12.12****MACROLIDES****AZITHROMYCINE** 

Co.

				250 mg	
02261634	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	100	310,80	3,1080
02275287	<i>Ratio-Azithromycin</i>	Ratiopharm	100	310,80	3,1080
02275309	<i>Riva-Azithromycin</i>	Riva	6	18,65	3,1083

Co.

				600 mg	
02261642	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	30	205,85	6,8617
02275317	<i>Riva-Azithromycin</i>	Riva	6	41,17	6,8617

Susp. Orale

				100 mg/5 mL	
02274388	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	15 ml	11,20	0,7467

Susp. Orale

				200 mg/5 mL	
02274396	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	22,5 ml	23,80	1,0578

**8:18.08****ANTIRÉTROVIRAUX****EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL(FUMARATE DE)** 

Co.

				200mg- 300mg	
02274906	<i>Truvada</i>	Gilead	30	751,50	25,0500

**SAQUINAVIR (MÉSYLATE DE)** 

Co.

				500 mg	
02279320	<i>Invirase</i>	Roche	120	504,00	4,2000

**ZIDOVUDINE** 

Caps.

				100 mg	PPB
01946323	<i>Apo-Zidovudine</i>	Apotex	100	122,21	➔ 1,2221

**8:22****QUINOLONES****CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

				250 mg	PPB
02266962	<i>Taro-Ciprofloxacine</i>	Taro	100	139,92	➔ 1,3992

Co.

				500 mg	PPB
02266970	<i>Taro-Ciprofloxacine</i>	Taro	100	157,86	➔ 1,5786

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

**20:04.04****PRÉPARATIONS DE FER****FER SACCHAROSE**

Sol. Inj. I.V.

20 mg (Fe)/mL (5 mL)

02243716	<i>Venofer</i>	Genpharm	10	375,00	37,5000
----------	----------------	----------	----	--------	---------

**24:06.06****FIBRATES****FÉNOFIBRATE (MICROENROBÉ) **

Co.

100 mg **PPB**

02246859	<i>Apo-Feno-Super</i>	Apotex	100	78,75	➔ 0,7875
----------	-----------------------	--------	-----	-------	----------

Co.

160 mg **PPB**

02246860	<i>Apo-Feno-Super</i>	Apotex	100	84,70	➔ 0,8470
----------	-----------------------	--------	-----	-------	----------

**24:12.08****NITRATES ET NITRITES****ISOSORBIDE-5-MONONITRATE**

Co. L.A.

60 mg

02272830	<i>Apo-ISMN</i>	Apotex	100	49,50	0,4950
----------	-----------------	--------	-----	-------	--------

**24:32.04****INH. ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)****BÉNAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

20 mg

02273918	<i>Apo-Benazepril</i>	Apotex	100	54,60	0,5460
----------	-----------------------	--------	-----	-------	--------

**FOSINOPRIL SODIQUE **

Co.

10 mg

02275252	<i>Ratio-Fosinopril</i>	Ratiopharm	100	49,77	0,4977
----------	-------------------------	------------	-----	-------	--------

Co.

20 mg

02275260	<i>Ratio-Fosinopril</i>	Ratiopharm	100	59,85	0,5985
----------	-------------------------	------------	-----	-------	--------

**28:12.08****BENZODIAZÉPINES****CLONAZÉPAM **

Co.

0,5 mg **PPB**

02270641	<i>Co Clonazepam</i>	Cobalt	500	58,30	➔ 0,1166
----------	----------------------	--------	-----	-------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				1 mg	<b>PPB</b>
02270668	Co Clonazepam	Cobalt	100	18,60	➔ 0,1860

Co.				2 mg	<b>PPB</b>
02270676	Co Clonazepam	Cobalt	500	100,50	➔ 0,2010

**28:16.04****ANTIDÉPRESSEURS****BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) [P]**

Co. L.A. (24 h)

				150 mg	
02275090	Wellbutrin XL	Biovail	90	46,71	0,5190

Co. L.A. (24 h)

				300 mg	
02275104	Wellbutrin XL	Biovail	90	93,42	1,0380

**CITALOPRAM (BROMHYDRATE DE) [P]**

Co.

				10 mg	
02273543	Phl-Citalopram	Pharmel	100	43,75	0,4375

**MIRTAZAPINE [P]**

Co.ou Co. Diss. Orale

				30 mg	
02274361	Co Mirtazapine	Cobalt	100	78,00	0,7800

**28:20****STIMULANTS S.N.C.****MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) [D]**

Co.

				5 mg	<b>PPB</b>
02273950	Apo-Methylphenidate	Apotex	100	9,47	➔ 0,0947

Co. L.A.

				20 mg	<b>PPB</b>
02266687	Apo-Methylphenidate SR	Apotex	100	33,64	➔ 0,3364

**36:26****DIABÈTE SUCRÉ****RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG**

Bâton.

99100332	iTest	Auto.Cont.	50	32,50	
----------	-------	------------	----	-------	--

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

**40:28****DIURÉTIQUES****HYDROCHLOROTHIAZIDE** 

Co.

				12,5 mg	
02274086	<i>pms-Hydrochlorothiazide</i>	Phmscience	500	15,80	0,0316

**56:40****DIVERS GASTRO-INTESTINAUX****DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE)** 

Co.

				10 mg	<b>PPB</b>
02278669	<i>Gen-Domperidone</i>	Genpharm	500	74,80	➔ 0,1496

**68:12****ANOVULANTS****ÉTHINYLESTRADIOL / ÉTONOGESTREL** 

Anneau vag.

				2,6 mg - 11,4 mg	
02253186	<i>Nuvaring</i>	Organon	3	42,03	14,0100

**92:00.02****AUTRES DIVERS****ALENDRONATE MONOSODIQUE** 

Co.

				5 mg	
02270110	<i>Gen-Alendronate</i>	Genpharm	100	103,70	1,0370

Co.

				10 mg	
02270129	<i>Gen-Alendronate</i>	Genpharm	100	110,57	1,1057

Co.

				70 mg	
02275279	<i>Ratio-Alendronate</i>	Ratiopharm	100	557,50	5,5750

**ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D')** 

Caps.

				0,5 mg	
02274949	<i>pms-Anagrelide</i>	Phmscience	100	334,91	3,3491

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>BICALUTAMIDE</b>					
Co.				50 mg	
02274337	<i>Co Bicalutamide</i>	Cobalt	100	405,72	4,0572
02270226	<i>Novo-Bicalutamide</i>	Novopharm	100	405,72	4,0572
02275589	<i>pms-Bicalutamide</i>	Phmscience	100	405,72	4,0572
02277700	<i>Ratio-Bicalutamide</i>	Ratiopharm	30	121,72	4,0573
02276089	<i>Sandoz Bicalutamide</i>	Sandoz	30	121,72	4,0573

2° par l'insertion, selon l'ordre alphabétique des médicaments d'exception, des médicaments suivants et des renseignements qui les accompagnent :

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>MÉDICAMENTS D'EXCEPTION</b>					
<b>ADÉFOVIR DIPIVOXIL</b>					
Co.				10 mg	
02247823	<i>Hepsera</i>	Gilead	30	660,00	22,0000
<b>DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE)</b>					
Sol. Oph.				2 % - 0,5 % (0,2 mL)	
02258692	<i>Cosopt sans préservateur</i>	Merck	60	55,19	0,9198
<b>ÉPOÉTINE ALFA</b>					
Seringue				20 000 U.I./0.5 mL	
02243239	<i>Eprex</i>	J.O.I.	1	267,90	267,9000
<b>ÉTANERCEPT</b>					
Sol.Inj. S.C.(ser)				50 mg/mL	
02274728	<i>Enbrel</i>	Amgen	4	1320,00	330,0000
<b>FORMULES NUTRITIVES - MONOMÉRIQUES</b>					
Liq.			235 mL à 250 mL		<b>suppl.</b>
99100309	<i>Peptamen AF</i>	Nestlé	1	9,52	
<b>FORMULES NUTRITIVES - POLYMÉRIQUES AVEC RÉSIDUS</b>					
Liq.			235 mL à 250 mL		<b>suppl.</b>
00911089	<i>Ensure Fibre</i>	Abbott	1	1,56	
<b>FORMULES NUTRITIVES - POLYMÉRIQUES RESTREINTES EN RÉSIDUS</b>					
Liq.			235 mL à 250 mL		<b>suppl.</b>
00894370	<i>Ensure Plus</i>	Abbott	1	1,56	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>GLIMÉPIRIDE</b> 					
Co.				1 mg	
02279061	<i>Gen-Glimepiride</i>	Genpharm	30	14,70	0,4900
Co.				2 mg	
02279088	<i>Gen-Glimepiride</i>	Genpharm	30	14,70	0,4900
Co.				4 mg	
02279126	<i>Gen-Glimepiride</i>	Genpharm	30	14,70	0,4900
<b>INSULINE ASPART/INSULINE ASPART PROTAMINE</b>					
Susp. Inj. S.C.				30 % - 70 % (3 mL)	
02265435	<i>NovoMix30</i>	N.Nordisk	5	48,80	
<b>INSULINE GLARGINE</b>					
Sol. Inj. S.C.				100 U/mL (3 mL)	
02251930	<i>Lantus</i>	Aventis	5	94,46	
<b>ONDANSÉTRON</b> 					
Co.ou Co. Diss. Orale				4 mg	
02264056	<i>Novo-Ondansetron</i>	Novopharm	10	75,45	7,5450
02258188	<i>pms-Ondansetron</i>	Phmscience	100	754,53	7,5453
02278529	<i>Ratio-Ondansetron</i>	Ratiopharm	100	754,53	7,5453
02274310	<i>Sandoz Ondansetron</i>	Sandoz	100	754,53	7,5453
Co.ou Co. Diss. Orale				8 mg	
02264064	<i>Novo-Ondansetron</i>	Novopharm	100	1151,66	11,5166
02258196	<i>pms-Ondansetron</i>	Phmscience	100	1151,66	11,5166
02278537	<i>Ratio-Ondansetron</i>	Ratiopharm	100	1151,66	11,5166
02274329	<i>Sandoz Ondansetron</i>	Sandoz	100	1151,66	11,5166
<b>PANSEMENT D'ARGENT</b>					
Pans.				4,5 cm x 4,5 cm	
99100334	<i>Aquacel AG</i>	Convatec	10	41,40	4,1400
Pans.				7,5 cm X 7,5 cm	
99100313	<i>Contreet Foam Adhesive</i>	Coloplast	5	26,38	5,2760

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
99100338	<i>Aquacel AG</i>	Convatec	10	98,40	9,8400
				9,5 cm X 9,5 cm	
Pans.					
99100324	<i>Contreet Foam Non-Adhesive</i>	Coloplast	5	46,89	9,3780
				10 cm X 10 cm	
Pans.					
99100325	<i>Contreet Foam Non-Adhesive</i>	Coloplast	5	93,79	18,7580
				10 cm X 20 cm	
Pans.					
99100326	<i>Aquacel AG</i>	Convatec	5	89,05	17,8100
				14,5 cm x 14,5 cm	
Pans.					
99100327	<i>Contreet Foam Non-Adhesive</i>	Coloplast	5	105,51	21,1020
				15 cm X 15 cm	
Pans.					
99100328	<i>Aquacel AG</i>	Convatec	5	214,45	42,8900
				19,5 cm x 29,5 cm	
Pans.					
99100329	<i>Contreet Foam Non-Adhesive</i>	Coloplast	5	187,57	37,5140
				20 cm X 20 cm	
<b>PANSEMENT MOUSSE HYDROPHILE</b>					
Pans.					
99100330	<i>Biatain</i>	Coloplast	5	54,23	10,8460
				10 cm X 20 cm	
<b>RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG</b>					
Bâton.					
99100333	<i>Coaguheck XS</i>	Roche Diag	48	297,60	
<b>TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE) </b>					
Co.					
02272059	<i>Gen-Tizanidine</i>	Genpharm	150	76,59	0,5106
				4 mg	
<b>TRAVOPROST / TIMOLOL (MALÉATE DE) </b>					
Sol. Oph.					
02278251	<i>Duo Trav</i>	Alcon	2,5 ml	30,60	
				0,004 % - 0,5 %	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>TROSPIMUM (CHLORURE DE) [R]</b>					
Co.				20 mg	
02275066	<i>Trosec</i>	Oryx	60	45,00	0,7500

6. 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>8:12.12</b>					
<b>MACROLIDES</b>					
<b>AZITHROMYCINE [R]</b>					
Co.				600 mg	
02256088	<i>Co Azithromycin</i>	Cobalt	6	41,17	6,8617

<b>8:18.08</b>					
<b>ANTIRÉTROVIRAUX</b>					
<b>ZIDOVUDINE [R]</b>					
Caps.				100 mg	<b>PPB</b>
01902660	<i>Retrovir</i>	GSK	100	170,00	1,7000

<b>24:06.06</b>					
<b>FIBRATES</b>					
<b>FÉNOFIBRATE (MICROENROBÉ) [R]</b>					
Co.				100 mg	<b>PPB</b>
02241601	<i>Lipidil Supra</i>	Fournier	30	31,50	1,0500
Co.				160 mg	<b>PPB</b>
02241602	<i>Lipidil Supra</i>	Fournier	30	36,30	1,2100

<b>24:32.04</b>					
<b>INH. ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)</b>					
<b>LISINOPRIL [R]</b>					
Co.				5 mg	<b>PPB</b>
02217481	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	500	269,40	➔ 0,5388
00839388	<i>Prinivil</i>	Merck	100	53,88	➔ 0,5388
02049333	<i>Zestril</i>	AZC	100	53,88	➔ 0,5388
Co.				10 mg	<b>PPB</b>
02217503	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	500	323,70	➔ 0,6474
00839396	<i>Prinivil</i>	Merck	100	64,74	➔ 0,6474
02049376	<i>Zestril</i>	AZC	100	64,74	➔ 0,6474

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg	<b>PPB</b>
02217511	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	500	388,95	⇒ 0,7779
00839418	<i>Prinivil</i>	Merck	100	77,79	⇒ 0,7779
02049384	<i>Zestril</i>	AZC	100	77,79	⇒ 0,7779

**LISINOPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE**

Co.				10 mg -12,5 mg	<b>PPB</b>
02108194	<i>Prinzide</i>	Merck	100	64,74	⇒ 0,6474
02103729	<i>Zestoretic</i>	AZC	100	80,92	0,8092

Co.				20 mg -12,5 mg	<b>PPB</b>
00884413	<i>Prinzide</i>	Merck	100	77,79	⇒ 0,7779
02045737	<i>Zestoretic</i>	AZC	100	97,24	0,9724

Co.				20 mg -25 mg	<b>PPB</b>
00884421	<i>Prinzide</i>	Merck	100	77,79	⇒ 0,7779
02045729	<i>Zestoretic</i>	AZC	100	97,24	0,9724

**28:16.08****TRANQUILLISANTS****OLANZAPINE**

Co.ou Co. Diss. Orale				2,5 mg	
02229250	<i>Zyprexa</i>	Lilly	60	101,25	1,6875

Co.ou Co. Diss. Orale				5 mg	
02229269	<i>Zyprexa</i>	Lilly	60	202,50	3,3750
02243086	<i>Zyprexa Zydis</i>	Lilly	28	94,50	3,3750

Co.ou Co. Diss. Orale				7,5 mg	
02229277	<i>Zyprexa</i>	Lilly	100	506,25	5,0625

Co.ou Co. Diss. Orale				10 mg	
02229285	<i>Zyprexa</i>	Lilly	100	675,00	6,7500
02243087	<i>Zyprexa Zydis</i>	Lilly	28	189,00	6,7500

Co.ou Co. Diss. Orale				15 mg	
02238850	<i>Zyprexa</i>	Lilly	100	1012,50	10,1250
02243088	<i>Zyprexa Zydis</i>	Lilly	28	283,50	10,1250

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

**RISPÉRIDONE** 

Co.ou Co. Diss. Orale

				0,25 mg	
02240551	<i>Risperdal</i>	J.O.I.	100	44,61	0,4461

Co.ou Co. Diss. Orale

				0,5 mg	
02247704	<i>Risperdal M-Tab</i>	J.O.I.	28	19,46	0,6950
02240552	<i>Risperdal</i>	J.O.I.	100	74,71	0,7471

Co.ou Co. Diss. Orale

				1 mg	
02025280	<i>Risperdal</i>	J.O.I.	500	516,00	1,0320
02247705	<i>Risperdal M-Tab</i>	J.O.I.	28	26,88	0,9600

Co.ou Co. Diss. Orale

				2 mg	
02025299	<i>Risperdal</i>	J.O.I.	500	1030,19	2,0604
02247706	<i>Risperdal M-Tab</i>	J.O.I.	28	53,66	1,9164

Co.ou Co. Diss. Orale

				3 mg	
02025302	<i>Risperdal</i>	J.O.I.	250	772,66	3,0906
02268086	<i>Risperdal M-Tab</i>	J.O.I.	28	80,50	2,8750

Co.ou Co. Diss. Orale

				4 mg	
02268094	<i>Risperdal M-Tab</i>	J.O.I.	28	107,33	3,8332
02025310	<i>Risperdal</i>	J.O.I.	60	247,25	4,1208

**28:20****STIMULANTS S.N.C.****MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co. L.A.

				20 mg	<b>PPB</b>
00632775	<i>Ritalin SR</i>	Novartis	100	48,06	0,4806

**28:92****MÉDICAMENTS S.N.C. DIVERS****RIZATRIPTAN (BENZOATE DE)** 

Co.ou Co. Diss. Orale

				5 mg	
02240520	<i>Maxalt</i>	Merck	6	77,70	12,9500
02240518	<i>Maxalt RPD</i>	Merck	6	77,70	12,9500

Co.ou Co. Diss. Orale

				10 mg	
02240521	<i>Maxalt</i>	Merck	6	77,70	12,9500
02240519	<i>Maxalt RPD</i>	Merck	6	77,70	12,9500

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

**ZOLMITRIPTAN** [P]

Co.ou Co. Diss. Orale

			2,5 mg		
02238660	Zomig	AZC	6	77,70	12,9500
02243045	Zomig Rapimelt	AZC	6	77,70	12,9500

**52:36****AUTRES O.R.L.O.****TIMOLOL (MALÉATE DE)** [P]

Sol. Oph. Gel

			0,25 % PPB		
02242275	Maléate de timolol	Alcon	5 ml	➔ 11,41	

Sol. Oph. Gel

			0,5 % PPB		
02242276	Maléate de timolol	Alcon	5 ml	➔ 13,65	

**56:40****DIVERS GASTRO-INTESTINAUX****OMÉPRAZOLE (BASE OU MAGNÉSIE)** [P]

Caps. ou Co.

			20 mg PPB		
02245058	Apo-Oméprazole	Apotex	500	625,00	➔ 1,2500
02190915	Losec	AZC	28	61,60	2,2000

**RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)** [P]

Sol. Orale

			150 mg/10 mL PPB		
02242940	Novo-Ranitidine	Novopharm	300 ml	35,23	➔ 0,1174

**68:04****CORTICOSTÉROÏDES****MÉTHYLPREDNISOLONE (SUCCINATE SODIQUE DE)** [P]

Pd Inj.

			1 g PPB		
02241229	Méthylprednisolone	Novopharm	1	➔ 31,00	

**84:04.08****FONGICIDES****TERCONAZOLE** [P]

Cr. Vag. (App.)

			0,4 % PPB		
02247651	Taro-Terconazole	Taro	45 g	➔ 12,27	
00894729	Terazol 7	J.O.I.	45 g	17,52	0,3893

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

**84:06****ANTI-INFLAMMATOIRES****MOMÉTASONE (FUROATE DE) [P]**

Pom. Top.

0,1 % **PPB**

02244769	<i>pms-Mométasone</i>	Phmscience	50 g	17,46	➔ 0,3492
02248130	<i>Ratio-Mométasone</i>	Ratiopharm	50 g	17,46	➔ 0,3492
02264749	<i>Taro-Mométasone</i>	Taro	50 g	17,46	➔ 0,3492
00851736	<i>Elocom</i>	Schering	50 g	27,71	0,5542

**92:00.02****AUTRES DIVERS****ALENDRONATE MONOSODIQUE [P]**

Co.

70 mg

02248730	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	100	557,50	5,5750
----------	------------------------	--------	-----	--------	--------

**ISOTRÉTINOÏNE [P]**

Caps.

10 mg **PPB**

02257955	<i>Clarus</i>	Prempharm	30	27,94	➔ 0,9313
----------	---------------	-----------	----	-------	----------

Caps.

40 mg **PPB**

02257963	<i>Clarus</i>	Prempharm	30	57,01	➔ 1,9003
----------	---------------	-----------	----	-------	----------

**MÉDICAMENTS D'EXCEPTION****IMATINIB (MÉSULATE D') [P]**

Co.

100 mg

02253275	<i>Gleevec</i>	Novartis	120	3069,85	25,5821
----------	----------------	----------	-----	---------	---------

Co.

400 mg

02253283	<i>Gleevec</i>	Novartis	30	3069,85	102,3283
----------	----------------	----------	----	---------	----------

**ONDANSÉTRON [P]**

Co.ou Co. Diss. Orale

4 mg

02213567	<i>Zofran</i>	GSK	30	359,30	11,9767
02239372	<i>Zofran ODT</i>	GSK	10	119,80	11,9800

Co.ou Co. Diss. Orale

8 mg

02239373	<i>Zofran ODT</i>	GSK	10	182,80	18,2800
02213575	<i>Zofran</i>	GSK	30	548,41	18,2803

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>12:08.08</b>					
<b>ANTISPASMODIQUES</b>					
<b>TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE) </b>					
Pd pour inh.(App.)					
02246793	<i>Spiriva</i>	Bo. Ing.	30	18 mcg 63,00	

**8.** Le présent règlement entre en vigueur le 11 octobre 2006.

46991