

**A.M., 2007-001****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 19 janvier 2007**

Loi sur l'assurance médicaments  
(L.R.Q., c. A-29.01; 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; 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 19 janvier 2007

*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; 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'article 3 intitulé «MÉDICAMENT MAGISTRAL», par le remplacement du cinquième tiret du premier alinéa du paragraphe 3.2 par le suivant :

«– Une préparation ophthalmique 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 gentamicine ou de la tobramycine dans des concentrations de 3 mg/mL et plus. ».

**2.** La Liste des médicaments annexée à ce règlement est modifiée, 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 «Optima», de ce qui suit :

«Pendopharm	Pendopharm Inc.	5 % »;
-------------	-----------------	--------

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

«* Ranbaxy	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc.	5 % ».
------------	--	--------

\* 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 2006-017 du 1<sup>er</sup> août 2006 (2006, G.O. 2, 3972), 2006-021 du 18 septembre 2006 (2006, G.O. 2, 4873) et 2006-023 du 5 décembre 2006 (2006, G.O. 2, 5683) 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> septembre 2006.

**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 «Agrylin Caps. 0,5 mg», de ce qui suit :

«Bo. Ing. Aptivus Caps. 250 mg 120» ;

2<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Avonex PS Sol. Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)», de ce qui suit :

«B.-M.S. Baraclude Co. 0,5 mg 30  
B.-M.S. Baraclude Sol. Orale 0,05 mg/mL 210 ml» ;

3<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Invirase Co. 500 mg», de ce qui suit :

«Jamp Jamp-Docusate Sir. 50 mg/mL 500 ml» ;

4<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «pms-Docusate Sir. 50 mg/mL», de ce qui suit :

«J.O.I. Prezista Co. 300 mg 120» ;

5<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Pulmozyne Sol. pour Inh. 1 mg/mL (2,5 mL)», de ce qui suit :

«Ranbaxy Ran-Risperidone 500  
Co. ou Co. diss. Orale 2 mg  
  
Ranbaxy Ran-Risperidone 250» ;  
Co. ou Co. diss. Orale 3 mg

6<sup>o</sup> par l'insertion, après la ligne concernant le médicament «Remodulin Sol. Inj. 10 mg/mL», de ce qui suit :

«Pfizer Revatio Co. 2 mg 90».

**4.** 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 du médicament «QUINAGOLIDE (chlorhydrate de)» et de l'indication qui l'accompagne ;

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

«DARUNAVIR :

- ◆ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH,
  - dont la charge virale actuelle est à la fois  $\geq$  à 1 000 copies/mL et  $\geq$  à la valeur précédente, obtenue à un intervalle d'au moins 3 mois, le tout, en étant traitées par une association de 3 antirétroviraux ou plus dans l'intervalle entre les 2 mesures de charge virale,
- 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 nucléosidique de la transcriptase inverse, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase, sauf en présence d'une résistance de classe ;

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 du traitement avec le tipranavir ou le darunavir ;
- ou
- sur le décompte de CD4 récent, démontrant une augmentation d'au moins 30 % comparativement au décompte de CD4 obtenu avant le début du traitement avec le tipranavir ou le darunavir ;

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 100 000 copies/mL (HBeAg-positif) ou 10 000 copies/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 une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, avec une virémie supérieure à 100 000 copies/mL
- et
  - en présence d'échec ou d'intolérance à l'adéfovir;

#### GLYCÉRINE, Supp. :

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

#### RASAGILINE (mésylate de) :

- ◆ pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie;

#### SILDÉNAFIL (citrate de) :

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou secondaire à une affection du tissu conjonctif, 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 trois fois par jour.

#### SOLIFÉNACINE (succinate de) :

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

#### TIPRANAVIR :

- ◆ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH,
  - dont la charge virale actuelle est à la fois  $\geq$  à 1 000 copies/mL et  $\geq$  à la valeur précédente, obtenue à un intervalle d'au moins 3 mois, le tout, en étant traitées par une association de 3 antirétroviraux ou plus dans l'intervalle entre les 2 mesures de charge virale,
- 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 nucléosidique de la transcriptase inverse, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase, sauf en présence d'une résistance de classe;

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 du traitement avec le tipranavir ou le darunavir;
- ou
- sur le décompte de CD4 récent, démontrant une augmentation d'au moins 30 % comparativement au décompte de CD4 obtenu avant le début du traitement avec le tipranavir ou le darunavir;

Les autorisations auront alors une durée maximale de 12 mois.»;

3° par le remplacement de l'indication qui accompagne le médicament « ADALIMUMAB » par les indications suivantes :

- « ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave et de l'arthrite psoriasique de forme 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 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 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 deux 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 deux semaines. » ;

4° par le remplacement de l'indication qui accompagne le médicament « BÉTAHISTINE (dichlorhydrate de) » par la suivante :

« ◆ pour réduire la sévérité des vertiges d'origine périphérique ; » ;

5° par le remplacement des indications qui accompagnent le médicament « DELTA-9-TÉTRAHYDROCANNABINOL » par l'indication suivante :

« ◆ pour le traitement des nausées et des vomissements graves ; » ;

6° par le remplacement, dans chacune des deux indications qui accompagnent le médicament « ENFUVIRTIDE », de la dernière phrase « Les autorisations auront alors une durée maximale de 6 mois. » par la phrase « Les autorisations auront alors une durée maximale de 12 mois. » ;

7° par le remplacement, dans le dernier alinéa de l'indication qui accompagne le médicament « GLATIRAMÈRE (acétate de) », des termes « interféron bêta-1a » par les termes « interféron bêta » ;

8° par le remplacement, dans le dernier alinéa de la deuxième indication qui accompagne le médicament « INTERFÉRON BÊTA-1A pd inj. i.m. et sol. inj. i.m. », des termes « interféron bêta-1a » par les termes « interféron bêta » ;

9° par le remplacement, dans le dernier alinéa de la deuxième indication qui accompagne le médicament « INTERFÉRON BÊTA-1A sol. inj. s.c. (ser) » des termes « interféron bêta-1a » par les termes « interféron bêta » ;

10° par le remplacement des indications qui accompagnent le médicament « INTERFÉRON BÊTA-1B » par les suivantes :

« ♦ 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 de 4 lésions ou plus de la substance blanche dont une lésion localisée dans le cervelet, le corps calleux ou dans la région périventriculaire ;
- et
- le diamètre d'une de ces lésions est de 6 mm ou plus ;

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 nouvelle poussée clinique.

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

♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 2 poussées ou plus de la maladie dans les 2 dernières années 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 6 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Chez les personnes ayant été préalablement traitées par un interféron bêta dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée, le délai entre les 2 poussées peut excéder 2 années.

♦ 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. » ;

11° par l'insertion, dans la deuxième phrase du dernier alinéa de l'indication qui accompagne le médicament « PEGAPTANIB (sodique) », des mots « ou d'une tomographie de cohérence optique » à la suite des mots « à partir d'une angiographie rétinienne » ;

12° en ce qui concerne le médicament « RIBAVIRINE/INTERFÉRON ALFA-2B PÉGUYLÉ » :

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

« – 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 ; » ;

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

« – 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 ; » ;

13° en ce qui concerne le médicament RIBAVIRINE/PEGINTERFÉRON ALFA-2A » :

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

«– 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 (négatation) à 4 semaines qui rechutent après un traitement écourté de 12 à 16 semaines;»;

b) par le remplacement, dans la deuxième indication qui l’accompagne, du troisième tiret par le suivant :

«– 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 (négatation) à 4 semaines qui rechutent après un traitement écourté de 24 semaines;».

**5.** 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>92:00.02</b>					
<b>AUTRES DIVERS</b>					
<b>QUINAGOLIDE (CHLORHYDRATE DE) </b>					
Co.				75 mcg	
02223767	Norprolac	Ferring	30	32,70	1,0900
Co.				150 mcg	
02223775	Norprolac	Ferring	30	48,90	1,6300

**6.** 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
<b>8:12.04</b>					
<b>ANTIFONGIQUES</b>					
<b>FLUCONAZOLE </b>					
Caps.				150 mg	<b>PPB</b>
02282348	pms-Fluconazole	Phmscience	1	➔ 9,19	

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

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

Co.

02278359	<i>Gen-Azithromycin</i>	Genpharm	30	250 mg 93,24	3,1080
----------	-------------------------	----------	----	-----------------	--------

Susp. Orale

02282380	<i>phl-Azithromycin</i>	Pharmel	15 ml	100 mg/5 mL 10,75	0,7167
----------	-------------------------	---------	-------	----------------------	--------

Susp. Orale

02282410	<i>phl-Azithromycin</i>	Pharmel	22,5 ml	200 mg/5 mL 22,84	1,0151
----------	-------------------------	---------	---------	----------------------	--------

**8:18****ANTIVIRAUX****FAMCICLOVIR** 

Co.


02278634	<i>Sandoz Famciclovir</i>	Sandoz	10	125 mg 20,24	2,0240
----------	---------------------------	--------	----	-----------------	--------

Co.

02278642	<i>Sandoz Famciclovir</i>	Sandoz	100	250 mg 272,00	2,7200
----------	---------------------------	--------	-----	------------------	--------


Co.

02278650	<i>Sandoz Famciclovir</i>	Sandoz	100	500 mg 422,80	4,2280
----------	---------------------------	--------	-----	------------------	--------

**8:22****QUINOLONES****NORFLOXACINE** 

Co.

02269627	<i>Co Norfloxacin</i>	Cobalt	100	400 mg <b>PPB</b> 137,16	➔ 1,3716
----------	-----------------------	--------	-----	-----------------------------	----------

**24:04.04****ANTIARYTHMIQUES****FLECAÏNIDE (ACÉTATE DE)** 

Co.

02275538	<i>Apo-Flecainide</i>	Apotex	100	50 mg <b>PPB</b> 36,20	➔ 0,3620
----------	-----------------------	--------	-----	---------------------------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg	<b>PPB</b>
02275546	<i>Apo-Flecainide</i>	Apotex	100	72,39	➔ 0,7239

**24:24**  
**BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES**  
**ATÉNOLOL** [P]

Co.				25 mg	<b>PPB</b>
02277379	<i>Riva-Atenolol</i>	Riva	100	17,58	➔ 0,1758

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

Co.				80 mg	<b>PPB</b>
02270625	<i>Co Sotalol</i>	Cobalt	100	59,32	➔ 0,5932

Co.				160 mg	<b>PPB</b>
02270633	<i>Co Sotalol</i>	Cobalt	100	64,92	➔ 0,6492

**24:28**  
**BLOQUANTS DU CANAL CALCIQUE**  
**FÉLODIPINE** [P]

Co. L.A.				5 mg	
02280264	<i>Sandoz Felodipine</i>	Sandoz	100	46,20	0,4620

Co. L.A.				10 mg	
02280272	<i>Sandoz Felodipine</i>	Sandoz	100	69,25	0,6925


**24:32.04**  
**INH. ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)**  
**CILAZAPRIL** [P]

Co.				1 mg	
02283778	<i>Gen-Cilazapril</i>	Genpharm	100	37,17	0,3717
02280442	<i>pms-Cilazapril</i>	Phmscience	100	37,17	0,3717

Co.				2,5 mg	
02283786	<i>Gen-Cilazapril</i>	Genpharm	100	42,84	0,4284
02280450	<i>pms-Cilazapril</i>	Phmscience	100	42,84	0,4284

Co.				5 mg	
02280469	<i>pms-Cilazapril</i>	Phmscience	500	248,55	0,4971
02283794	<i>Gen-Cilazapril</i>	Genpharm	100	49,77	0,4977



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>RAMIPRIL</b> 					
Caps. 15 mg					
02281112	<i>Altace</i>	Sanofi	100	105,00	1,0500

**24:32.08****ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II****IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE** 

Co. 300 mg - 25 mg					
02280213	<i>Avalide</i>	Sanofi	90	97,20	1,0800

**28:08.04****ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS****ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)**

Co. 325 mg <b>PPB</b>					
02245443	<i>Jamp-Acide Acétylsalicylique</i>	Jamp	1000	12,50	➔ 0,0125

Co. Ent. 300 mg à 325 mg <b>PPB</b>					
02285371	<i>pms-ASA EC</i>	Phmscience	1000	28,00	0,0280

Co. Ent. 600 mg à 650 mg <b>PPB</b>					
02284537	<i>pms-ASA EC</i>	Phmscience	1000	56,00	0,0560

Co. Ent. ou Co. Mast. 80 mg ou 81 mg <b>PPB</b>					
02280167	<i>Asatab</i>	Odan	500	28,00	➔ 0,0560
02150352	<i>Aspirin (Co. Mast.)</i>	Bayer	90	5,04	➔ 0,0560
02283905	<i>Jamp-A.A.S.</i>	Jamp	1000	56,00	➔ 0,0560
02237726	<i>Aspirin (Co. Ent.)</i>	Bayer	240	16,27	0,0678

**28:08.08****AGONISTES DES OPIACÉS****FENTANYL** 

Timbre cut. 12 mcg/h					
02280345	<i>Duragesic</i>	J.O.I.	5	21,25	4,2500

Timbre cut. 25 mcg/h					
02249391	<i>Ran-Fentanyl Transdermal System</i>	Ranbaxy	5	29,75	5,9500
02282941	<i>Ratio-Fentanyl</i>	Ratiopharm	5	29,75	5,9500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.				50 mcg/h	
02249413	<i>Ran-Fentanyl Transdermal System</i>	Ranbaxy	5	56,00	11,2000
02282968	<i>Ratio-Fentanyl</i>	Ratiopharm	5	56,00	11,2000
Timbre cut.				75 mcg/h	
02249421	<i>Ran-Fentanyl Transdermal System</i>	Ranbaxy	5	78,75	15,7500
02282976	<i>Ratio-Fentanyl</i>	Ratiopharm	5	78,75	15,7500
Timbre cut.				100 mcg/h	
02249448	<i>Ran-Fentanyl Transdermal System</i>	Ranbaxy	5	98,00	19,6000
02282984	<i>Ratio-Fentanyl</i>	Ratiopharm	5	98,00	19,6000

**28:08.92****DIVERS****ACÉTAMINOPHÈNE**

Co.				325 mg <b>PPB</b>	
01938088	<i>Jamp-Acétaminophène</i>	Jamp	1000	11,40	➔ 0,0114
Co.				500 mg <b>PPB</b>	
01939122	<i>Jamp-Acétaminophène</i>	Jamp	1000	14,90	➔ 0,0149
Liq.				160 mg/5 mL <b>PPB</b>	
01901389	<i>Jamp-Acétaminophène</i>	Jamp	100 ml	3,65	➔ 0,0365

**28:12.92****DIVERS ANTICONSULSIVANTS****TOPIRAMATE **

Co.				25 mg	
02279614	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	100	66,15	0,6615
Co.				100 mg	
02279630	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	100	125,37	1,2537
Co.				200 mg	
02279649	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	100	198,45	1,9845

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

**28:16.04****ANTIDÉPRESSEURS****BUPROPION (CHLORHYDRATE DE )** 

Co. L.A.

100 mg

02275074	Sandoz Bupropion SR	Sandoz	60	22,40	0,3733
----------	---------------------	--------	----	-------	--------

Co. L.A.

150 mg


02275082	Sandoz Bupropion SR	Sandoz	60	30,24	0,5040
----------	---------------------	--------	----	-------	--------

**MIRTAZAPINE** 

Co.ou Co. Diss. Orale

15 mg

02281732	Phl-Mirtazapine	Pharmel	100	37,50	0,3750
----------	-----------------	---------	-----	-------	--------

**28:16.08****TRANQUILLISANTS****RISPÉRIDONE** 

Co.ou Co. Diss. Orale


0,25 mg

02282119	Apo-Risperidone	Apotex	500	130,75	0,2615
02282585	Co Risperidone	Cobalt	100	26,15	0,2615
02282240	Gen-Risperidone	Genpharm	100	26,15	0,2615
02282690	Novo-Risperidone	Novopharm	100	26,15	0,2615
02258439	phl-Risperidone	Pharmel	500	130,75	0,2615
02252007	pms-Risperidone	Phmscience	500	130,75	0,2615
02280906	Ran-Risperidone	Ranbaxy	100	26,15	0,2615
02264757	Ratio-Risperidone	Ratiopharm	100	26,15	0,2615
02283565	Riva-Risperidone	Riva	100	26,15	0,2615
02279509	Sandoz Risperidone	Sandoz	100	26,15	0,2615

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.ou Co. Diss. Orale				0,5 mg	
02282593	<i>Co Risperidone</i>	Cobalt	100	43,78	0,4378
02280914	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	100	43,78	0,4378
02264765	<i>Ratio-Risperidone</i>	Ratiopharm	100	43,78	0,4378
02283573	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	43,78	0,4378
02279495	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	43,78	0,4378
02282127	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	500	218,95	0,4379
02282259	<i>Gen-Risperidone</i>	Genpharm	100	43,79	0,4379
02264188	<i>Novo-Risperidone</i>	Novopharm	100	43,79	0,4379
02258447	<i>phl-Risperidone</i>	Pharmel	500	218,95	0,4379
02252015	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	500	218,95	0,4379
Co.ou Co. Diss. Orale				1 mg	
02282135	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	500	302,40	0,6048
02282607	<i>Co Risperidone</i>	Cobalt	500	302,40	0,6048
02282267	<i>Gen-Risperidone</i>	Genpharm	500	302,40	0,6048
02264196	<i>Novo-Risperidone</i>	Novopharm	100	60,48	0,6048
02258455	<i>phl-Risperidone</i>	Pharmel	500	302,40	0,6048
02252023	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	500	302,40	0,6048
02280922	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	500	302,40	0,6048
02264773	<i>Ratio-Risperidone</i>	Ratiopharm	500	302,40	0,6048
02283581	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	500	302,40	0,6048
02279800	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	500	302,40	0,6048
Co.ou Co. Diss. Orale				2 mg	
02282143	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	500	603,73	1,2075
02282615	<i>Co Risperidone</i>	Cobalt	500	603,73	1,2075
02282275	<i>Gen-Risperidone</i>	Genpharm	500	603,73	1,2075
02264218	<i>Novo-Risperidone</i>	Novopharm	500	603,73	1,2075
02258463	<i>phl-Risperidone</i>	Pharmel	500	603,73	1,2075
02252031	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	500	603,73	1,2075
02280930	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	500	603,73	1,2075
02264781	<i>Ratio-Risperidone</i>	Ratiopharm	500	603,73	1,2075
02283603	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	500	603,73	1,2075
02279819	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	500	603,73	1,2075

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.ou Co. Diss. Orale				3 mg	
02282623	<i>Co Risperidone</i>	Cobalt	250	452,81	1,8112
02282283	<i>Gen-Risperidone</i>	Genpharm	100	181,12	1,8112
02264226	<i>Novo-Risperidone</i>	Novopharm	500	905,62	1,8112
02258471	<i>phl-Risperidone</i>	Pharmel	500	905,62	1,8112
02252058	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	500	905,62	1,8112
02280949	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	250	452,81	1,8112
02264803	<i>Ratio-Risperidone</i>	Ratiopharm	250	452,81	1,8112
02283611	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	250	452,81	1,8112
02279827	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	250	452,81	1,8112
02282151	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	181,13	1,8113

Co.ou Co. Diss. Orale				4 mg	
02282178	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	241,50	2,4150
02282631	<i>Co Risperidone</i>	Cobalt	60	144,90	2,4150
02282291	<i>Gen-Risperidone</i>	Genpharm	100	241,50	2,4150
02264234	<i>Novo-Risperidone</i>	Novopharm	60	144,90	2,4150
02258498	<i>phl-Risperidone</i>	Pharmel	100	241,50	2,4150
02252066	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	241,50	2,4150
02280957	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	60	144,90	2,4150
02264811	<i>Ratio-Risperidone</i>	Ratiopharm	100	241,50	2,4150
02283638	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	60	144,90	2,4150
02279835	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	60	144,90	2,4150

**RISPERIDONE (TARTRATE DE) **

Sol. Orale				1 mg/mL	
02280396	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	30 ml	23,18	0,7727
02279266	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	30 ml	23,18	0,7727

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

**40:12****AGENTS DE SUPPLÉANCE****CALCIUM (CARBONATE DE)**

Co.

500 mg à 600 mg **PPB**

02246040	<i>Jamp-Calcium</i>	Jamp	500	10,80	⇒ 0,0216
80001122	<i>pms-Calcium</i>	Pendopharm	1000	21,60	⇒ 0,0216

**CALCIUM (CARBONATE DE)/ VITAMINE D**

Caps. ou Co.

500 mg - 125 UI à 200 UI **PPB**

02246041	<i>Jamp-Calcium+Vitamine D 125 U.I.</i>	Jamp	500	34,00	⇒ 0,0680
80001199	<i>pms-Calcium 500 + D 200 U.I.</i>	Pendopharm	1000	68,00	⇒ 0,0680

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

Co.

12,5 mg **PPB**

02282887	<i>Phl-Hydrochlorothiazide</i>	Pharmel	500	15,80	⇒ 0,0316
----------	--------------------------------	---------	-----	-------	----------

**56:14****CHOLÉLITHOLYTIQUES****URSODIOL **

Co.

250 mg **PPB**

02281317	<i>phl-Ursodiol C</i>	Pharmel	500	493,45	⇒ 0,9869
02273497	<i>pms-Ursodiol C</i>	Phmscience	500	493,45	⇒ 0,9869

Co.

500 mg **PPB**

02281325	<i>phl-Ursodiol C</i>	Pharmel	100	187,20	⇒ 1,8720
02273500	<i>pms-Ursodiol C</i>	Phmscience	100	187,20	⇒ 1,8720

**56:40****DIVERS GASTRO-INTESTINAUX****RABÉPRAZOLE SODIQUE **

Co. Ent.

20 mg

02243797	<i>Pariet</i>	J.O.I.	30	36,40	1,2133
----------	---------------	--------	----	-------	--------

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

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

Sol. Orale

150 mg/10 mL **PPB**

02280833	<i>Apo-Ranitidine</i>	Apotex	300 ml	35,23	➔ 0,1174
----------	-----------------------	--------	--------	-------	----------

**68:04****CORTICOSTÉROÏDES****DEXAMÉTHASONE [P]**

Co.

2 mg

02279363	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	100	38,37	0,3837
----------	--------------------------	------------	-----	-------	--------

**68:12****ANOVULANTS****ÉTHINYLESTRADIOL/DÉSOGESTREL [P]**

Co. (21)

0,025 mg/0,1 mg-0,025 mg/0,125 mg-0,025 mg/0,15 mg

02272903	<i>Linessa 21</i>	Organon	1	11,60	11,6000
----------	-------------------	---------	---	-------	---------

Co. (28)

0,025 mg/0,1 mg-0,025 mg/0,125 mg-0,025 mg/0,15 mg

02257238	<i>Linessa 28</i>	Organon	1	11,60	11,6000
----------	-------------------	---------	---	-------	---------

**84:04.04****ANTIBIOTIQUES****MUPIROCINE [P]**

Pom. Top.

2 % **PPB**

02279983	<i>Taro-Mupirocin</i>	Taro	30 g	10,36	➔ 0,3453
----------	-----------------------	------	------	-------	----------

**88:16****VITAMINE D****VITAMINE D**

Caps. ou Co.

400 UI **PPB**

80001125	<i>Calciferol (comprimé)</i>	Pendopharm	500	15,00	➔ 0,0300
----------	------------------------------	------------	-----	-------	----------

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

Co.

70 mg

02282771	<i>phl-Alendronate</i>	Pharmel	4	22,30	5,5750
02284006	<i>pms-Alendronate FC</i>	Phmscience	30	167,25	5,5750

**ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D') [P]**

Caps.

0,5 mg

02281155	<i>phl-Anagrelide</i>	Pharmel	100	334,91	3,3491
----------	-----------------------	---------	-----	--------	--------




CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>BICALUTAMIDE</b>					
Co.				50 mg	
02281163	<i>phl-Bicalutamide</i>	Pharmel	100	405,72	4,0572
<b>MIDODRINE (CHLORHYDRATE DE)</b>					
Co.				2,5 mg	
02278677	<i>Apo-Midrodine</i>	Apotex	100	29,99	0,2999
Co.				5 mg	
02278685	<i>Apo-Midrodine</i>	Apotex	100	49,98	0,4998
<b>RISÉDRONATE SODIQUE/CALCIUM (CARBONATE DE)</b>					
Co.				35 mg - Ca+500 mg (4 co. - 24 co.)	
02279657	<i>Actonel Plus Calcium</i>	P&G Pharma	28	35,40	1,2643




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>BÉTAHISTINE (DICHLORHYDRATE DE)</b>					
Co.				16 mg	
02280191	<i>Novo-Betahistine</i>	Novopharm	100	29,40	0,2940
Co.				24 mg	
02280205	<i>Novo-Betahistine</i>	Novopharm	100	44,10	0,4410
<b>CALCIUM (GLUCONATE DE)/ CALCIUM (GLUCOHEPTONATE DE)</b>					
Sol. Orale			95 mg à 100 mg/5 mL	<b>PPB</b>	
02246675	<i>Jamp-Calcium</i>	Jamp	250 ml	2,83	⇒ 0,0113
<b>DARUNAVIR</b>					
Co.				300 mg	
02284057	<i>Prezista</i>	J.O.I.	120	835,20	6,9600
<b>DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)</b>					
Caps. ou Co.				25 mg	<b>PPB</b>
02257548	<i>Jamp-Diphenhydramine</i>	Jamp	500	31,50	⇒ 0,0630
Caps. ou Co.				50 mg	<b>PPB</b>
02257556	<i>Jamp-Diphenhydramine</i>	Jamp	500	37,25	⇒ 0,0745



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>DOCUSATE DE SODIUM</b>					
Caps. 100 mg <b>PPB</b>					
02245946	<i>Jamp-Docusate de Sodium</i>	Jamp	1000	25,00	➔ 0,0250
Sir. 20 mg/5 mL <b>PPB</b>					
02283239	<i>Jamp-Docusate</i>	Jamp	500 ml	9,50	➔ 0,0190
Sir. 50 mg/mL <b>PPB</b>					
02283220	<i>Jamp-Docusate</i>	Jamp	500 ml	429,19	➔ 0,8584
<b>ENTÉCAVIR</b>					
Co. 0,5 mg					
02282224	<i>Baraclude</i>	B.-M.S.	30	660,00	22,0000
Sol. Orale 0,05 mg/mL					
02282232	<i>Baraclude</i>	B.-M.S.	210 ml	462,00	2,2000
<b>GLIMÉPIRIDE</b>					
Co. 1 mg					
02274248	<i>Co Glimepiride</i>	Cobalt	30	14,70	0,4900
02284545	<i>pms-Glimepiride</i>	Phmscience	100	49,00	0,4900
Co. 2 mg					
02274256	<i>Co Glimepiride</i>	Cobalt	30	14,70	0,4900
02284553	<i>pms-Glimepiride</i>	Phmscience	100	49,00	0,4900
Co. 4 mg					
02274272	<i>Co Glimepiride</i>	Cobalt	30	14,70	0,4900
<b>GLYCÉRINE</b> <sup>5</sup>					
Supp.					
99100357			12		
5- 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.					
<b>LÉFLUNOMIDE</b>					
Co. 10 mg					
02283964	<i>Sandoz Leflunomide</i>	Sandoz	30	181,25	6,0417

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg	
02283972	<i>Sandoz Leflunomide</i>	Sandoz	30	181,25	6,0417
<b>ONDANSÉTRON</b> 					
Co.ou Co. Diss. Orale				4 mg <b>PPB</b>	
02278618	<i>Phl-Ondansetron</i>	Pharmel	100	754,53	➔ 7,5453
Co.ou Co. Diss. Orale				8 mg <b>PPB</b>	
02278626	<i>Phl-Ondansetron</i>	Pharmel	100	1151,66	➔ 11,5166
<b>OXCARBAZÉPINE</b> 					
Co.				150 mg	
02284294	<i>Apo-Oxcarbazepine</i>	Apotex	100	56,25	0,5625
Co.				300 mg	
02284308	<i>Apo-Oxcarbazepine</i>	Apotex	100	112,50	1,1250
Co.				600 mg	
02284316	<i>Apo-Oxcarbazepine</i>	Apotex	100	225,00	2,2500
<b>OXYBUTYNINE (CHLORURE D')</b> 					
Co. L.A.				10 mg	
02273578	<i>Uromax</i>	Purdue	100	130,00	1,3000
Co. L.A.				15 mg	
02273586	<i>Uromax</i>	Purdue	100	140,00	1,4000
<b>PANSEMENT À ÎLOT CENTRAL</b>					
Pans.				12,5 cm x 12,5 cm	
99100355	<i>Mepilex Border</i>	Mölnlycke	5	29,45	5,8900
Pans.				15 cm X 20 cm	
99100356	<i>Tielle Plus Bordeless</i>	J. & J.	5	55,72	11,1440
<b>PANSEMENT D'ARGENT</b>					
Pans.				5 cm X 5 cm	
99100347	<i>Tegaderm 3M - Pansement aux ions d'argent</i>	3M Canada	1	2,55	2,5500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.				10 cm x 12,7 cm	
99100348	<i>Tegaderm 3M - Pansement aux ions d'argent</i>	3M Canada	1	5,24	5,2400
Pans.				10 cm X 20 cm	
99100349	<i>Tegaderm 3M - Pansement aux ions d'argent</i>	3M Canada	1	7,94	7,9400
Pans.				20 cm X 20 cm	
99100350	<i>Tegaderm 3M - Pansement aux ions d'argent</i>	3M Canada	1	15,52	15,5200
Pans.				40 cm x 40 cm	
99100351	<i>Tegaderm 3M - Pansement aux ions d'argent</i>	3M Canada	1	53,02	53,0200
<b>PANSEMENT INTERFACE</b>					
Pans.				7,5 cm X 10 cm	
99100352	<i>Tegapore</i>	3M Canada	1	3,39	3,3900
Pans.				7,5 cm x 20 cm	
99100353	<i>Tegapore</i>	3M Canada	1	5,23	5,2300
Pans.				20 cm X 25 cm	
99100354	<i>Tegapore</i>	3M Canada	1	15,84	15,8400
<b>RASAGILINE (MÉSYLATE DE) </b>					
Co.				0,5 mg	
02284642	<i>Azilect</i>	Teva	30	210,00	7,0000
Co.				1 mg	
02284650	<i>Azilect</i>	Teva	30	210,00	7,0000
<b>SILDÉNAFIL (CITRATE DE) </b>					
Co.				20 mg	
02279401	<i>Revatio</i>	Pfizer	90	937,80	10,4200
<b>SOLIFÉNACINE (SUCCINATE DE) </b>					
Co.				5 mg	
02277263	<i>Vesicare</i>	Astellas	90	147,60	1,6400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg	
02277271	<i>Vesicare</i>	Astellas	90	147,60	1,6400
<b>TIPRANAVIR</b>					
Caps.				250 mg	
02273322	<i>Aptivus</i>	Bo. Ing.	120	990,00	8,2500

7. 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</b>					
Susp. Orale				100 mg/5 mL	
02274388	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	15 ml	10,75	0,7167
Susp. Orale				200 mg/5 mL	
02274396	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	22,5 ml	22,84	1,0151
<b>8:22</b>					
<b>QUINOLONES</b>					
<b>OFLOXACINE</b>					
Co.				200 mg <b>PPB</b>	
02231529	<i>Apo-Oflox</i>	Apotex	100	130,41	➔ 1,3041
02243474	<i>Novo-Ofloxacin</i>	Novopharm	100	130,41	➔ 1,3041
Co.				300 mg <b>PPB</b>	
02231531	<i>Apo-Oflox</i>	Apotex	100	153,23	➔ 1,5323
02243475	<i>Novo-Ofloxacin</i>	Novopharm	100	153,23	➔ 1,5323
01968416	<i>Floxin</i>	J.O.I.	50	121,61	2,4322
Co.				400 mg <b>PPB</b>	
02231532	<i>Apo-Oflox</i>	Apotex	100	153,23	➔ 1,5323
02243476	<i>Novo-Ofloxacin</i>	Novopharm	100	153,23	➔ 1,5323
01968408	<i>Floxin</i>	J.O.I.	50	121,61	2,4322

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

**10:00****ANTINÉOPLASIQUES****TRIPTORÉLINE (PAMOATE DE) [P]**

Trousse

				3,75 mg	
02240000	<i>Trelstar</i>	Paladin	1	291,00	291,0000

**12:08.04****ANTIPARKINSONIENS****PERGOLIDE (MESYLATE DE) [P]**

Co.

				0,05 mg	
02123320	<i>Permax</i>	Shire	30	7,44	0,2480

**24:04.04****ANTIARYTHMIQUES****FLECAÏNIDE (ACÉTATE DE) [P]**

Co.

				50 mg	<b>PPB</b>
01966197	<i>Tambocor</i>	3M Pharma	100	49,25	0,4925

Co.

				100 mg	<b>PPB</b>
01966200	<i>Tambocor</i>	3M Pharma	100	98,50	0,9850

**28:08.04****ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS****ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)**

Co. Ent. ou Co. Mast.

				80 mg ou 81 mg	<b>PPB</b>
02009013	<i>Asaphen</i>	Phmscience	500	28,00	➔ 0,0560
02250675	<i>Euro-ASA</i>	Euro-Pharm	500	28,00	➔ 0,0560
02247355	<i>Phl-Asa</i>	Pharmel	500	28,00	➔ 0,0560
02247318	<i>Phl-Asa</i>	Pharmel	500	28,00	➔ 0,0560
02202352	<i>Rivasa</i>	Riva	500	28,00	➔ 0,0560
02238545	<i>Asaphen E.C.</i>	Phmscience	1000	67,80	0,0678

**TENOXICAM [P]**

Co.

				20 mg	<b>PPB</b>
02230661	<i>Apo-Tenoxicam</i>	Apotex	100	91,20	➔ 0,9120
02231120	<i>Tenoxicam-20</i>	Pro Doc	500	456,00	➔ 0,9120

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

**28:12.08****BENZODIAZÉPINES****CLOBAZAM** 

Co.

10 mg **PPB**

02244638	<i>Apo-Clobazam</i>	Apotex	30	6,46	➔ 0,2153
02248454	<i>Clobazam-10</i>	Pro Doc	30	6,46	➔ 0,2153
02238334	<i>Novo-Clobazam</i>	Novopharm	30	6,46	➔ 0,2153
02244474	<i>pms-Clobazam</i>	Phmscience	30	6,46	➔ 0,2153
02238797	<i>Ratio-Clobazam</i>	Ratiopharm	30	6,46	➔ 0,2153
02221799	<i>Frisium</i>	Aventis	30	10,25	0,3417

**36:26****DIABÈTE SUCRÉ****RÉACTIF QUANTITATIF DES CÉTONES DANS LE SANG**

Bâton.


99004879	<i>Precision Xtra (Cétone)</i>	MediSense	10	15,06	
----------	--------------------------------	-----------	----	-------	--

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

Co.

12,5 mg **PPB**

02274086	<i>pms-Hydrochlorothiazide</i>	Phmscience	500	15,80	➔ 0,0316
----------	--------------------------------	------------	-----	-------	----------

**52:04.12****AUTRES ANTI-INFECTIEUX****OFLOXACINE** 

Sol. Oph.

0,3 % **PPB**

02248398	<i>Apo-Ofloxacin</i>	Apotex	5 ml	4,96	➔ 0,9920
02252570	<i>pms-Ofloxacin</i>	Phmscience	5 ml	➔ 4,96	
02143291	<i>Ocuflox</i>	Allergan	5 ml	7,08	

**56:14****CHOLÉLITHOLYTIQUES****URSODIOL** 

Co.

250 mg **PPB**

02238984	<i>Urso</i>	Axcan	100	123,36	1,2336
----------	-------------	-------	-----	--------	--------

Co.

500 mg **PPB**

02245894	<i>Urso DS</i>	Axcan	100	234,00	2,3400
----------	----------------	-------	-----	--------	--------

**56:40****DIVERS GASTRO-INTESTINAUX****RABÉPRAZOLE SODIQUE** 

Co. Ent.

10 mg

02243796	<i>Pariet</i>	J.O.I.	100	65,00	0,6500
----------	---------------	--------	-----	-------	--------

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

**84:04.04****ANTIBIOTIQUES****MUIPIROCINE** [P]

Pom. Top.

2 % **PPB**

01916947	<i>Bactroban</i>	GSK CONS	30 g	14,80	0,4933
----------	------------------	----------	------	-------	--------

**MÉDICAMENTS D'EXCEPTION****CALCIUM (GLUCONATE DE)/ CALCIUM (GLUCOHEPTONATE DE)**

Sol. Orale

95 mg à 100 mg/5 mL **PPB**

00466425	<i>Ratio-Calcium</i>	Ratiopharm	250 ml	2,83	➔ 0,0113
----------	----------------------	------------	--------	------	----------

**DOCUSATE DE SODIUM**

Sir.

50 mg/mL **PPB**

00848417	<i>pms-Docusate</i>	Phmscience	500 ml	429,19	➔ 0,8584
----------	---------------------	------------	--------	--------	----------

**LACTULOSE**

Sir. ou Sol.

667 mg/mL **PPB**

02242814	<i>Apo-Lactulose</i>	Apotex	1000 ml	14,50	➔ 0,0145
02247383	<i>Euro-Lac</i>	Euro-Pharm	1000 ml	14,50	➔ 0,0145
00703486	<i>pms-Lactulose</i>	Phmscience	1000 ml	14,50	➔ 0,0145
00854409	<i>Ratio-Lactulose</i>	Ratiopharm	1000 ml	14,50	➔ 0,0145

**ONDANSÉTRON** [P]

Co.ou Co. Diss. Orale

4 mg **PPB**

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
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 **PPB**

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

**8.** Le présent règlement entre en vigueur le 7 février 2007.