



juin 2012-janvier 2013

Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Mises à jour de la Liste des médicaments

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) fournit aux membres des Premières nations inscrits et aux Inuits reconnus au Canada des services de santé supplémentaires, dont des médicaments d'ordonnance et des médicaments en vente libre. Visitez notre site Web à: www.santecanada.gc.ca/ssna

DÉFINITION DES SERVICES

Médicaments couverts sans restriction: Les médicaments couverts sans restriction sont ceux qui figurent à la Liste des médicaments du Programme des SSNA et pour lesquels il n'existe aucun critère d'admissibilité ou obligation d'autorisation préalable.

Médicaments d'usage restreint: Les médicaments à usage restreint sont jugés utiles dans certaines circonstances, ou encore font l'objet de restrictions ayant trait à la quantité ou à la fréquence d'administration. Ces médicaments ne sont couverts que si leur utilisation répond à des critères d'admissibilité précis.

Médicaments non ajoutés à la liste: Les médicaments non ajoutés au formulaire sont des médicaments qui ne sont pas inscrits à la Liste des médicaments du Programme des SSNA après un examen du programme commun d'évaluation des médicaments (PCÉM) et/ou du Comité consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT). Ces médicaments ne sont pas couverts par le Programme des SSNA parce que les données probantes publiées ne démontrent pas leurs valeurs cliniques ou la validité de leurs coûts comparés à d'autres traitements. Une couverture peut être considérée dans des circonstances spéciales après avoir reçu du prescripteur autorisé un "Formulaire de demande d'exception" complété. Les demandes sont étudiées en fonction de chaque cas.

Exclusions: Certains médicaments utilisés dans le traitement d'affections particulières ne sont pas considérés comme étant du ressort du Programme des SSNA et, en conséquence, ne sont pas couverts (par exemple, les cosmétiques et les agents anti-obésité). De même, certains médicaments sont exclus du Programme des SSNA, conformément aux recommandations du PCÉM ou du CCMT, parce que les données probantes publiées ne démontrent pas leurs valeurs cliniques, innocuité ou la validité de leurs coûts comparés à d'autres traitements ou encore parce que les données probantes sont insuffisantes pour justifier une couverture.

AJOUTS À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

Médicaments couverts sans restriction

Médicaments provenant d'une seule compagnie

DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02240344	PAL	SIALOR 25MG COMPRIMÉ	24-10-2012
02377233	BMS	ELIQUIS 2.5MG COMPRIMÉ	19-10-2012
02319012	LEO	DOVOBET GEL	16-07-2012
97799465	SAC	BG STAR BANDELETTES (100)	28-09-2012
09857422	SAC	BG STAR BANDELETTES (ON)	28-09-2012

DIN (Numéro d'identification de médicament)

FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)

ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Services de santé non assurés, printemps 2013, page 1 de 17

DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
97799403	MSD	MEDI+SURE GLUCOSE BANDELETTES	03-01-2013
09857432	MSD	MEDI+SURE GLUCOSE BANDELETTES (ON)	29-01-2013
02240645	JAJ	NEUTROGENA T/GEL THER SHAMPOOING	26-10-2012
02369753	JNO	PREZISTA 150MG COMPRIMÉ	28-11-2012
02337037	FEI	FIRMAGON 120MG/VIAL INJECTION	28-08-2012
02337029	FEI	FIRMAGON 80MG/VIAL INJECTION	28-08-2012
02378442	SAC	LOVENOX 100MG/1ML SERINGUE	24-09-2012
02378426	SAC	LOVENOX 60MG/0.6ML INJECTION	13-11-2012
02378434	SAC	LOVENOX 80MG/0.8ML INJECTION	11-09-2012
02378469	SAC	LOVENOX HP 150MG/1ML INJECTION	07-12-2012
02263238	LUK	CIPRALEX 10MG COMPRIMÉ	16-07-2012
02263254	LUK	CIPRALEX 20MG COMPRIMÉ	16-07-2012
00681989	NEB	DERMAFLEX HC 1% CRÈME	14-12-2012
02377209	NOO	NOVORAPID FLEXTOUCH 100UI/ML	01-08-2012
97799466	SAC	BG STAR LANCETTES	28-09-2012
02388138	FAM	ESME 21 COMPRIMÉ	11-10-2012
02388146	FAM	ESME 28 COMPRIMÉ	11-10-2012
02247732	JNO	CONCERTA 18MG COMPRIMÉ	16-10-2012
02250241	JNO	CONCERTA 27MG COMPRIMÉ	16-10-2012
02247733	JNO	CONCERTA 36MG COMPRIMÉ	16-10-2012
02247734	JNO	CONCERTA 54MG COMPRIMÉ	16-10-2012
02243595	FRS	ASMANEX TWISTHALER 200MCG	03-07-2012
02243596	FRS	ASMANEX TWISTHALER 400MCG	03-07-2012
97799440	DPI	AIGUILLE PEN ULTICARE 32GX4MM	26-07-2012
02216345	PFI	SALAGEN 5MG COMPRIMÉ	28-08-2012
02370603	KEG	EDURANT 25MG COMPRIMÉ	12-07-2012
02357534	TEP	TEVA-VALACYCLOVIR 500MG COMPRIMÉ	04-12-2012

Médicaments provenant de plusieurs compagnies

DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
00553328	GSK	ABENOL 120MG SUPPOSITOIRE	20-07-2012
01919385	PED	ABENOL 120MG SUPPOSITOIRE	19-06-2012
02355299	JAP	ST JAMP-ACETAMINOPHENE 500MG COMPRIMÉ	19-06-2012
02372177	VTH	ST ASA 81MG	24-07-2012
02243896	PMS	ST ASA EC 81MG COMPRIMÉ	17-08-2012
02296004	EUR	ST LOWPRIN 80 COMP CROQUABLE	21-09-2012
02295563	EUR	ST LOWPRIN 80MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385465	SIV	ST AMIODARONE 200MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385805	SIV	ST AMLODIPINE 10MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02385783	SIV	ST AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02385791	SIV	ST AMLODIPINE 5MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02357720	SPT	ST SEPTA-AMLODIPINE 10MG COMPRIMÉ	22-01-2013
02357704	SPT	ST SEPTA-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	22-01-2013
02374420	APX	APO-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02394898	CBT	CO ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02339080	JAP	JAMP-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02379562	MAR	MAR-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	07-12-2012
02379104	GMP	MED-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02393573	MIN	MINT-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02361418	MYL	MYLAN-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02320738	PMS	PMS-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02328690	RBY	RAN-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	30-11-2012

DIN (Numéro d'identification de médicament)

FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)

ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Services de santé non assurés, printemps 2013, page 2 de 17



DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02338467	SDZ	SANDOZ ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02365650	TAR	TARO-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02313049	TEP	TEVA-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	27-11-2012
80001809	ODN	CITRODAN SOLUTION	31-07-2012
02373963	RBY	ST RAN-ATENOLOL 25MG COMP	19-06-2012
02368668	SPT	ST SEPTA-ATENOLOL 100MG COMPRIMÉ	22-01-2013
02368633	SPT	ST SEPTA-ATENOLOL 25MG COMPRIMÉ	22-01-2013
02368641	SPT	ST SEPTA-ATENOLOL 50MG COMPRIMÉ	22-01-2013
02396424	APX	ST ATORVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	07-12-2012
02387891	SIV	ST ATORVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02387905	SIV	ST ATORVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02396432	APX	ST ATORVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	07-12-2012
02396440	APX	ST ATORVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	07-12-2012
02387913	SIV	ST ATORVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02387921	SIV	ST ATORVASTATIN 80MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02396459	APX	ST ATORVASTATIN 80MG COMPRIMÉ	07-12-2012
02391058	JAP	JAMP-ATORVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02391066	JAP	ST JAMP-ATORVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02391074	JAP	ST JAMP-ATORVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02390182	JAP	ST JAMP-ATORVASTATIN 80MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02278499	DOM	DOM-AZITHROMYCIN 250MG COMPRIMÉ	05-10-2012
02357844	VAO	CELESTODERM V 0.1% CRÈME	05-12-2012
02382423	SIV	BICALUTAMIDE 50MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02383063	SIV	ST BISOPROLOL 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02391597	SAN	ST BISOPROLOL 10MG COMPRIMÉ	27-11-2012
02391589	SAN	ST BISOPROLOL 5MG COMPRIMÉ	27-11-2012
02383055	SIV	ST BISOPROLOL 5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02384426	MYL	ST MYLAN-BISOPROLOL 10MG COMPRIMÉ	14-08-2012
02384418	MYL	ST MYLAN-BISOPROLOL 5MG COMPRIMÉ	14-08-2012
02391562	SAN	BUPROPION SR 100MG COMPRIMÉ	27-11-2012
02391570	SAN	BUPROPION SR 150MG COMPRIMÉ	27-11-2012
80025527	JAP	SOLUCAL GREEN APPLE 100MG L/O	17-11-2012
80025523	JAP	SOLUCAL RASPBERRY 100MG L/O.	27-11-2012
99100832	JAP	ST JAMP-CALCIUM+VIT D 400 COMPRIMÉ	24-10-2012
80013612	EUR	ST CI-CAL D 200IU COMPRIMÉ	21-09-2012
99100833	JAP	SOLUCAL 100MG/5ML L/O	24-10-2012
80025543	JAP	SOLUCAL D CITRUS L/O	07-12-2012
80008126	JAP	SOLUCAL D SOLUTION ORALE	27-11-2012
80025541	JAP	SOLUCAL D RASPBERRY SIROP	27-11-2012
02377942	PDL	ST CANDESARTAN 16MG COMPRIMÉ	19-06-2012
02388936	SAN	ST CANDESARTAN 16MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02388715	SIV	ST CANDESARTAN 16MG COMPRIMÉ	27-09-2012
02388901	SAN	ST CANDESARTAN 4MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02388693	SIV	ST CANDESARTAN 4MG COMPRIMÉ	27-09-2012
02377934	PDL	ST CANDESARTAN 8MG COMPRIMÉ	19-06-2012
02388707	SIV	ST CANDESARTAN 8MG COMPRIMÉ	27-09-2012
02388928	SAN	ST CANDESARTAN 8MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02386526	JAP	ST JAMP-CANDESARTAN 16MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02386534	JAP	ST JAMP-CANDESARTAN 32MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02386496	JAP	ST JAMP-CANDESARTAN 4MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02386518	JAP	ST JAMP-CANDESARTAN 8MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02391201	PMS	ST PMS-CANDESARTAN 16MG COMPRIMÉ	27-09-2012

DIN (Numéro d'identification de médicament)

FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)

ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Services de santé non assurés, printemps 2013, page 3 de 17



DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02391228	PMS	ST PMS-CANDESARTAN 32MG COMPRIMÉ	27-09-2012
02391171	PMS	ST PMS-CANDESARTAN 4MG COMPRIMÉ	27-09-2012
02391198	PMS	ST PMS-CANDESARTAN 8MG COMPRIMÉ	27-09-2012
02392267	SDZ	ST SANDOZ CANDESARTAN 32MG COMPRIMÉ	07-12-2012
02394812	SIV	ST CANDESARTAN HCT 16/12.5MG COMPRIMÉ	11-01-2013
02394804	SAN	ST CANDESARTAN/HCTZ 16/12.5MG COMPRIMÉ	11-01-2013
02367866	APX	ST APO-CANDESARTAN/HCTZ 16/12.5MG	19-10-2012
02395126	APX	ST APO-CANDESARTAN/HCTZ 32/12.5MG	04-12-2012
02395134	APX	ST APO-CANDESARTAN/HCTZ 32/25MG	04-12-2012
02388650	CBT	ST CO CANDESARTAN/HCTZ 16/12.5MG	19-10-2012
02374897	MYL	ST MYLAN-CANDESART/HCTZ 16/12.5MG	19-10-2012
02391295	CBT	ST PMS-CANDESARTAN/HCTZ 16/12.5MG	19-10-2012
02327902	SDZ	ST SANDOZ CANDESAR PLUS 16/12.5MG	19-10-2012
02347261	AUR	AURO-CEFPROZIL 125MG/5ML L/O	04-12-2012
02347245	AUR	AURO-CEFPROZIL 250MG COMPRIMÉ	04-12-2012
02347288	AUR	AURO-CEFPROZIL 250MG/5ML L/O	04-12-2012
02347253	AUR	AURO-CEFPROZIL 500MG COMPRIMÉ	04-12-2012
02344823	APL	AURO-CEFUXIME 250MG COMPRIMÉ	18-10-2012
02344831	APL	AURO-CEFUXIME 500MG COMPRIMÉ	05-11-2012
02379007	JAP	ST JAMP-VITAMINE D 10 000UI COMPRIMÉ	21-09-2012
02380358	JAP	JAMP-CIPROFLOXACIN 250MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02380366	JAP	JAMP-CIPROFLOXACIN 500MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02380374	JAP	JAMP-CIPROFLOXACIN 750MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02381907	AUR	AURO-CIPROFLOXACIN 250MG COMPRIMÉ	05-12-2012
02381923	AUR	AURO-CIPROFLOXACIN 500MG COMPRIMÉ	05-12-2012
02381931	AUR	AURO-CIPROFLOXACIN 750MG COMPRIMÉ	05-12-2012
02387131	SDZ	SANDOZ CIPROFLOXACIN 0.3% OPTHTHALMIC	21-09-2012
02386119	SIV	CIPROFLOXACIN 250MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02386127	SIV	CIPROFLOXACIN 500MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02379627	SPT	SEPTA-CIPROFLOXACIN 250MG COMPRIMÉ	17-01-2013
02379635	SPT	SEPTA-CIPROFLOXACIN 500MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02379643	SPT	SEPTA-CIPROFLOXACIN 750MG COMPRIMÉ	17-01-2013
02275562	AUR	AURO-CITALOPRAM 20MG COMPRIMÉ	04-12-2012
02275570	AUR	AURO-CITALOPRAM 40MG COMPRIMÉ	04-12-2012
02387948	SIV	CITALOPRAM 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02387956	SIV	CITALOPRAM 20MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02387964	SIV	CITALOPRAM 40MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02273055	PMS	DOM-CITALOPRAM 10MG COMPRIMÉ	05-10-2012
02355272	SPT	SEPTA-CITALOPRAM 20MG COMPRIMÉ	17-01-2013
02355280	SPT	SEPTA-CITALOPRAM 40MG COMPRIMÉ	17-01-2013
02390442	ACP	ACCEL-CLARITHROMYCIN 125MG/5ML	23-01-2013
02390450	ACP	ACCEL-CLARITHROMYCIN 250MG/5ML	24-01-2013
02248804	NOP	TEVA-CLARITHROMYCIN 250MG COMPRIMÉ	04-12-2012
02248805	TEP	TEVA-CLARITHROMYCIN 500MG COMPRIMÉ	04-12-2012
02373823	JAP	JAMP-COLCHICINE 0.6MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02373831	JAP	JAMP-COLCHICINE 1MG COMPRIMÉ	21-09-2012
80028902	JAP	ST JAMP-VITAMIN B12 RAPID SOLUTION	30-07-2012
80015265	JAP	ST JAMP-VITAMINE B12	15-10-2012
80015294	JAP	ST JAMP-VITAMINE B12	15-10-2012
02348853	AUR	AURO-CYCLOBENZAPRINE 10MG COMPRIMÉ	04-12-2012
02390760	GMP	MED-CYPROTERONE 50MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02204274	OMG	DEXAMETHASONE-OMEGA 10MG/ML IN	01-06-2012

DIN (Numéro d'identification de médicament)

FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)

ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Services de santé non assurés, printemps 2013, page 4 de 17



DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
80023410	HPP	HYDRALYTE ELECTROLYTE MAIN POP	11-10-2012
80026860	HPP	HYDRALYTE ELECTROLYTE MAIN POUDRE	11-10-2012
80026861	HPP	HYDRALYTE ELECTROLYTE MAIN SOLUTION	11-10-2012
02238283	ATL	DOCUSATE SODIUM SIROP 20MG/5ML	04-01-2013
02281031	PMS	ST LAXATIF EMOLLIENT 100MG CAPSULE	17-08-2012
02238341	SIV	DOMPERIDONE 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02369206	JAP	JAMP-DOMPERIDONE 10MG COMPRIMÉ	19-06-2012
80027403	JAP	JAMP REHYDRALYTE 5.1G PD.ORALE	11-10-2012
02390337	MYL	MYLAN-ENTACAPONE 200MG COMPRIMÉ	22-10-2012
02390183	CBT	CO EXEMESTANE 25MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02390701	SDZ	ST SANDOZ FENOFIBRATE E 145MG COMPRIMÉ	01-02-2013
02246109	PMS	DOM-FLUCONAZOLE 100MG COMPRIMÉ	27-11-2012
00432814	SDZ	SANDOZ FLUOROMETHOLONE 0.1% OPTHTHALMIC	21-09-2012
02386402	JAP	JAMP-FLUOXETINE 20MG CAPSULE	16-08-2012
02374447	SIV	FLUOXETINE 10MG CAPSULE	16-08-2012
02374455	SIV	FLUOXETINE 20MG CAPSULE	16-08-2012
02299224	TEP	ST TEVA-FLUVASTATIN 20MG CAPSULE	19-12-2012
02299232	TEP	ST TEVA-FLUVASTATIN 40MG CAPSULE	19-12-2012
02020394	TCH	GLYCERIN SUPP ADULTS	25-07-2012
00564281	TCH	HYDROSONE 0.5% CRÈME	29-01-2013
02387239	JAP	JAMP ZINC-HC ONGUENT	04-12-2012
02231289	NVC	GENTEAL ARTIFICIAL TEARS OPHTHALMIQUE	31-08-2012
02314762	PMS	IBUPROFEN 200MG CAPLETS	17-08-2012
02314754	PMS	IBUPROFEN 200MG COMPRIMÉ	24-08-2012
02314770	PMS	IBUPROFEN EXTRA STR 400MG COMP	17-08-2012
02373904	JAP	ST JAMP-INDAPAMIDE 1.25MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02373912	JAP	ST JAMP-INDAPAMIDE 2.5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02386976	APX	ST APO-IRBESARTAN 150MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02386984	APX	ST APO-IRBESARTAN 300MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02386968	APX	ST APO-IRBESARTAN 75MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02385295	SIV	ST IRBESARTAN 150MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385309	SIV	ST IRBESARTAN 300MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385287	SIV	ST IRBESARTAN 75MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385317	SIV	ST IRBESARTAN HCT 150/12.5MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02385325	SIV	ST IRBESARTAN HCT 300/12.5MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02385333	SIV	ST IRBESARTAN HCT 300/25MG COMPRIMÉ	26-09-2012
80024232	JAP	ST JAMP-FER 100MG CAPSULE	01-08-2012
02393239	APX	APO-LAMIVUDINE HBV 100MG COMPRIMÉ	07-11-2012
02375540	APX	APO-LAMIVUD.-ZIDOVUD. 150/300	01-08-2012
02369052	APX	APO-LAMIVUDINE 150MG COMPRIMÉ	19-06-2012
02369060	APX	APO-LAMIVUDINE 300MG COMPRIMÉ	19-06-2012
02387247	TEP	TEVA-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE COMPRIMÉ	01-08-2012
02381362	AUR	AURO-LAMOTRIGINE 100MG COMPRIMÉ	05-12-2012
02381370	AUR	AURO-LAMOTRIGINE 150MGCOMPRIMÉ	05-12-2012
02381354	AUR	AURO-LAMOTRIGINE 25MG COMPRIMÉ	05-12-2012
02385767	SIV	ST LANSOPRAZOLE 15MG CAPSULE	21-09-2012
02385775	SIV	ST LANSOPRAZOLE 30MG CAPSULE	21-09-2012
02385643	SDZ	ST SANDOZ LANSOPRAZOLE 15MG CAPSULE	15-08-2012
02385651	SDZ	ST SANDOZ LANSOPRAZOLE 30MG CAPSULE	15-08-2012
02373009	JAP	ST JAMP-LETROZOLE 2.5MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02386240	SIV	ST LISINOPRIL 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02386259	SIV	ST LISINOPRIL 20MG COMPRIMÉ	21-09-2012

DIN (Numéro d'identification de médicament)

FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)

ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Services de santé non assurés, printemps 2013, page 5 de 17



DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02386232	SIV	ST LISINOPRIL 5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02291800	JNO	IMODIUM ORAL SOL 2MG/15ML	19-11-2012
02388812	SIV	ST LOSARTAN 100MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02388898	SAN	ST LOSARTAN 100MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02388863	SAN	ST LOSARTAN 25MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02388790	SIV	ST LOSARTAN 25MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02388804	SIV	ST LOSARTAN 50MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02388871	SAN	ST LOSARTAN 50MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02388979	SIV	ST LOSARTAN/HCT 100/12.5MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02388987	SIV	ST LOSARTAN/HCT 100/25MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02388960	SIV	ST LOSARTAN/HCT 50/12.5MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02388278	CBT	ST CO LOSARTAN/HCT 100/12.5MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02388286	CBT	ST CO LOSARTAN/HCT 100/25MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02388251	CBT	ST CO LOSARTAN/HCT 50/12.5MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02392240	PMS	PMS-LOSARTAN-HCTZ 100/25MG	11-10-2012
02392232	PMS	ST PMS-LOSARTAN-HCTZ 100/12.5MG	11-10-2012
02392224	PMS	ST PMS-LOSARTAN-HCTZ 50/12.5MG	11-10-2012
80004109	ODN	MAGNESIUM-ODAN 500MG/5ML L/O	09-08-2012
02245289	PMS	LAIT DE MAGNESIE 400MG/5ML	17-07-2012
02380722	JAP	ST JAMP-METFORMIN 500MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02380196	JAP	ST JAMP-METFORMIN 500MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02380218	JAP	JAMP-METFORMIN 850MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02380730	JAP	ST JAMP-METFORMIN 850MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02385341	SIV	ST METFORMIN FC 500MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02385368	SIV	ST METFORMIN FC 850MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02379767	SPT	ST SEPTA-METFORMIN 500MG COMPRIMÉ	22-01-2013
02379775	SPT	ST SEPTA-METFORMIN 850MG COMPRIMÉ	22-01-2013
02330377	APX	APO-METHYLPHENIDATE 54MG ER	16-10-2012
02315068	TEP	TEVA-METHYLPHENIDATE ER-C 18MG	16-10-2012
02315076	TEP	TEVA-METHYLPHENIDATE ER-C 27MG	16-10-2012
02315084	TEP	TEVA-METHYLPHENIDATE ER-C 36MG	16-10-2012
02315092	TEP	TEVA-METHYLPHENIDATE ER-C 54MG	16-10-2012
02362430	PMS	NAPROXEN 220MG COMPRIMÉ	17-08-2012
02387727	MYL	MYLAN-NEVIRAPINE 200MG COMPRIMÉ	14-08-2012
02385899	SIV	OLANZAPINE 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385902	SIV	OLANZAPINE 15MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385864	SIV	OLANZAPINE 2.5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385872	SIV	OLANZAPINE 5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385880	SIV	OLANZAPINE 7.5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02372835	SAN	OLANZAPINE 7.5MG COMPRIMÉ	03-08-2012
02343673	SIV	OLANZAPINE ODT 10MG	14-08-2012
02343681	SIV	OLANZAPINE ODT 15MG	14-08-2012
02343665	SIV	OLANZAPINE ODT 5MG	14-08-2012
02233143	ALC	PATANOL 0.1% SOLUTION OPHTHALMIQUE	12-07-2012
02385384	SIV	ST OMEPRAZOLE 20MG CAPSULE	26-09-2012
02376091	SPT	SEPTA-ONDANSETRON 4MG COMPRIMÉ	22-01-2013
02376105	SPT	SEPTA-ONDANSETRON 8MG COMPRIMÉ	22-01-2013
02310007	DOM	ST DOM-PANTOPRAZOLE 40MG COMPRIMÉ	27-11-2012
02385759	SIV	ST PANTOPRAZOLE 40MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02383276	AUR	AURO-PAROXETINE 10MG COMPRIMÉ	07-12-2012
02383284	AUR	AURO-PAROXETINE 20MG COMPRIMÉ	07-12-2012
02383292	AUR	AURO-PAROXETINE 30MG COMPRIMÉ	07-12-2012

DIN (Numéro d'identification de médicament)

FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)

ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Services de santé non assurés, printemps 2013, page 6 de 17



DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02368862	JAP	JAMP-PAROXETINE 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02368870	JAP	JAMP-PAROXETINE 20MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02368889	JAP	JAMP-PAROXETINE 30MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02388227	SIV	PAROXETINE 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02388235	SIV	PAROXETINE 20MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02388243	SIV	PAROXETINE 30MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02326302	PEI	BI-PEGLYTE TROUSSE	28-11-2012
02304473	PED	ANTIBIOTIQUE 10000/500U ONGUENT	08-08-2012
80013007	JAP	ST JAMP-K 1500 COMPRIMÉ	31-07-2012
80025624	MAN	ST MK 20 LIBERATION PROLONGEE COMPRIMÉ	01-08-2012
80026332	MAN	ST MK 10 COMPRIMÉ	01-08-2012
02309017	DOM	ST DOM-PRAMIPEXOLE 0.25MG COMPRIMÉ	05-10-2012
02309122	SIV	ST PRAMIPEXOLE 0.25MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02309130	SIV	ST PRAMIPEXOLE 0.5MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02309157	SIV	ST PRAMIPEXOLE 1.5MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02309149	SIV	ST PRAMIPEXOLE 1MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02389703	SIV	ST PRAVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02389738	SIV	ST PRAVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02389746	SIV	ST PRAVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02345579	APX	ST APO-RABEPRAZOLE LA 10MG COMPRIMÉ	19-06-2012
02345587	APX	ST APO-RABEPRAZOLE LA 20MG COMPRIMÉ	19-06-2012
02320460	DOM	ST DOM-RABEPRAZOLE EC 20MG COMPRIMÉ	05-10-2012
02381737	KLA	ST PAT-RABEPRAZOLE EC 10MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02381745	KLA	ST PAT-RABEPRAZOLE EC 20MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02385449	SIV	ST RABEPRAZOLE 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385457	SIV	ST RABEPRAZOLE 20MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02308363	SIV	ST RAMIPRIL 1.25MG CAPSULE	21-09-2012
02287943	SIV	ST RAMIPRIL 10MG CAPSULE	21-09-2012
02287927	SIV	ST RAMIPRIL 2.5MG CAPSULE	21-09-2012
02287935	SIV	ST RAMIPRIL 5MG CAPSULE	21-09-2012
02385953	SIV	ST RANITIDINE 150MG COMPRIMÉ	03-10-2012
02385961	SIV	ST RANITIDINE 300MG COMPRIMÉ	03-10-2012
02355663	APX	ST APO-REPAGLINIDE 0.5MG COMPRIMÉ	19-10-2012
02374129	GIL	COMPLERA 25/200/300MG COMPRIMÉ	12-07-2012
02386712	DOM	ST DOM-ROSUVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	27-11-2012
02386720	DOM	ST DOM-ROSUVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	27-11-2012
02386704	DOM	ST DOM-ROSUVASTATIN 5MG COMPRIMÉ	27-11-2012
02391260	JAP	ST JAMP-ROSUVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	11-10-2012
02391279	JAP	ST JAMP-ROSUVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	11-10-2012
02391287	JAP	ST JAMP-ROSUVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	11-10-2012
02391252	JAP	ST JAMP-ROSUVASTATIN 5MG COMPRIMÉ	11-10-2012
02381184	PDL	ST ROSUVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02389045	SIV	ST ROSUVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02381192	PDL	ST ROSUVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02389053	SIV	ST ROSUVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02389061	SIV	ST ROSUVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02381206	PDL	ST ROSUVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02381176	PDL	ST ROSUVASTATIN 5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02389037	SIV	ST ROSUVASTATIN 5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02357178	JAP	JAMP-SERTRALINE 100MG CAPSULE	16-08-2012
02357143	JAP	JAMP-SERTRALINE 25MG CAPSULE	16-08-2012
02357151	JAP	JAMP-SERTRALINE 50MG CAPSULE	16-08-2012

DIN (Numéro d'identification de médicament)

FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)

ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Services de santé non assurés, printemps 2013, page 7 de 17



DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02386097	SIV	SERTRALINE 100MG CAPSULE	21-09-2012
02386070	SIV	SERTRALINE 25MG CAPSULE	21-09-2012
02386089	SIV	SERTRALINE 50MG CAPSULE	21-09-2012
02375605	JAP	ST JAMP-SIMVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	14-08-2012
02375613	JAP	ST JAMP-SIMVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	14-08-2012
02375621	JAP	ST JAMP-SIMVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	14-08-2012
02375591	JAP	ST JAMP-SIMVASTATIN 5MG COMPRIMÉ	14-08-2012
02375648	JAP	ST JAMP-SIMVASTATIN 80MG COMPRIMÉ	14-08-2012
02386305	SIV	ST SIMVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02386313	SIV	ST SIMVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02386321	SIV	ST SIMVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02386291	SIV	ST SIMVASTATIN 5MG COMPRIMÉ	04-10-2012
02386348	SIV	ST SIMVASTATIN 80MG COMPRIMÉ	04-10-2012
00037796	ABB	CHLORURE SOD 9MG/ML INJECTION	31-07-2012
02368625	JAP	ST JAMP-SOTALOL 160MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02368617	JAP	ST JAMP-SOTALOL 80MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02385996	SIV	ST SOTALOL 160MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385988	SIV	ST SOTALOL 80MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02393247	CBT	ST CO TELMISARTAN 40MG COMPRIMÉ	26-11-2012
02393255	CBT	ST CO TELMISARTAN 80MG COMPRIMÉ	26-11-2012
02391236	PMS	ST PMS-TELMISARTAN 40MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02391244	PMS	ST PMS-TELMISARTAN 80MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02390345	SIV	ST TELMISARTAN 40MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02388944	SAN	ST TELMISARTAN 40MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02390353	SIV	ST TELMISARTAN 80MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02388952	SAN	ST TELMISARTAN 80MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02393557	SDZ	ST SANDOZ TELMISARTAN HCT 80/12.5	17-10-2012
02393565	SDZ	ST SANDOZ TELMISARTAN HCT 80/25MG	17-10-2012
02390302	SIV	ST TELMISARTAN HCTZ 80/12.5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02390310	SIV	ST TELMISARTAN HCTZ 80/25MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02393263	CBT	ST CO TELMISARTAN/HCT 80/12.5MG	26-11-2012
02393271	CBT	ST CO TELMISARTAN/HCT 80/25MG	26-11-2012
02395355	SAN	ST TELMISARTAN/HCTZ 80/12.5MG COMPRIMÉ	11-01-2013
02395363	SAN	ST TELMISARTAN/HCTZ 80/25MG COMPRIMÉ	11-01-2013
02396319	MYL	ST MYLAN-TERAZOSIN 10MG COMPRIMÉ	14-12-2012
02396289	MYL	ST MYLAN-TERAZOSIN 1MG COMPRIMÉ	14-12-2012
02396297	MYL	ST MYLAN-TERAZOSIN 2MG COMPRIMÉ	14-12-2012
02396300	MYL	ST MYLAN-TERAZOSIN 5MG COMPRIMÉ	14-12-2012
02320134	AUR	AURO-TERBINAFINE 250MG COMPRIMÉ	30-11-2012
02385279	SIV	TERBINAFINE 250MG COMPRIMÉ	03-10-2012
02360101	AAP	THEO ER 400MG COMPRIMÉ	14-11-2012
02360128	AAP	THEO ER 600MG COMPRIMÉ	08-11-2012
80009588	JAP	ST JAMP-VITAMIN B1 100MG COMPRIMÉ	15-10-2012
02239350	PMT	ST VITAMINE B1 100MG COMPRIMÉ	21-11-2012
02345838	APL	AURO-TOPIRAMATE 100MG COMPRIMÉ	04-12-2012
02345846	APL	AURO-TOPIRAMATE 200MG COMPRIMÉ	04-12-2012
02345803	APL	AURO-TOPIRAMATE 25MG COMPRIMÉ	04-12-2012
02389487	SIV	TOPIRAMATE 100MG COMPRIMÉ	03-10-2012
02389460	SIV	TOPIRAMATE 25MG COMPRIMÉ	03-10-2012
02239234	SDZ	SANDOZ POLYTRIMETHOPRIM SOLUTION OPHTHALMIQU	19-12-2012
02383543	MYL	ST MYLAN-VALSARTAN 160MG COMPRIMÉ	19-06-2012
02383551	MYL	ST MYLAN-VALSARTAN 320MG COMPRIMÉ	19-06-2012

DIN (Numéro d'identification de médicament)

FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)

ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Services de santé non assurés, printemps 2013, page 8 de 17



DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02383527	MYL	ST MYLAN-VALSARTAN 40MG COMPRIMÉ	19-06-2012
02383535	MYL	ST MYLAN-VALSARTAN 80MG COMPRIMÉ	19-06-2012
02313014	PMS	ST PMS-VALSARTAN 160MG COMPRIMÉ	25-06-2012
02344564	PMS	ST PMS-VALSARTAN 320MG COMPRIMÉ	25-06-2012
02312999	PMS	ST PMS-VALSARTAN 40MG COMPRIMÉ	25-06-2012
02313006	PMS	ST PMS-VALSARTAN 80MG COMPRIMÉ	25-06-2012
02384558	SIV	ST VALSARTAN 160MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02366967	SAN	ST VALSARTAN 160MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02384566	SIV	ST VALSARTAN 320MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02366975	SAN	ST VALSARTAN 320MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02384523	SIV	ST VALSARTAN 40MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02366940	SAN	ST VALSARTAN 40MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02366959	SAN	ST VALSARTAN 80MG COMPRIMÉ	26-09-2012
02384531	SIV	ST VALSARTAN 80MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02367017	SAN	ST VALSARTAN HCT 160/12.5MG	21-09-2012
02384744	SIV	ST VALSARTAN HCT 160/12.5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02367025	SAN	ST VALSARTAN HCT 160/25MG	21-09-2012
02384752	SIV	ST VALSARTAN HCT 160/25MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02367033	SAN	ST VALSARTAN HCT 320/12.5MG	21-09-2012
02384760	SIV	ST VALSARTAN HCT 320/12.5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02367041	SAN	ST VALSARTAN HCT 320/25MG	21-09-2012
02384779	SIV	ST VALSARTAN HCT 320/25MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02367009	SAN	ST VALSARTAN HCT 80/12.5MG	21-09-2012
02384736	SIV	ST VALSARTAN HCT 80/12.5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02385945	SIV	VENLAFAXINE XR 150MG CAPSULE	21-09-2012
02385929	SIV	VENLAFAXINE XR 37.5MG CAPSULE	21-09-2012
02385937	SIV	VENLAFAXINE XR 75MG CAPSULE	21-09-2012
80020776	JAP	D2-DOL 8288UI/ML SOL. ORALE	30-07-2012
80019649	JAP	D3-DOL 400UI SOL. ORALE	30-07-2012
80001145	PED	ST PHARMA D 400 GELCAP	30-07-2012
80008496	PMS	ST PHARMA-D 1,000IU CAPSULE	31-07-2012
80002169	PMS	ST VITAMIN D 1000IU COMPRIMÉ	30-07-2012
80003663	WNP	ST VITAMIN D 1000 IU COMPRIMÉ	01-10-2012
02381575	APX	APO-ZOLMITRIPTAN RAPID 2.5MG	27-11-2012

Nouveaux médicaments d'usage restreint

DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02385031	JAP	ST JAMP-ALENDRONATE 70MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02384698	RBY	ST RAN-ALENDRONATE 5MG COMPRIMÉ	07-11-2012

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de :

- a. - l'ostéoporose chez des patients de 60 ans et plus OU
- b. - la maladie osseuse de Paget OU
- c. - l'ostéoporose chez des patients présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures OU
- d. - l'ostéoporose chez des patients ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans OU
- e. - l'ostéoporose chez des patients qui présentent un risque modéré de fracture sur 10 ans ET qui reçoivent une corticothérapie générale d'une durée > 3 mois

DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02370816	FRS	VICTRELIS 200MG CAPSULE	03-07-2012
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez le patient qui n'a jamais été traité ou qui a déjà été traité et qui rencontre tous les critères suivants (le patient doit rencontrer tous les critères pour pouvoir être évalué):			
a- Le génotype 1 du virus de l'hépatite C (VHC)			
b- Niveaux détectable de l'ARN du VHC dans les derniers six mois			
c- Le patient n'est pas co-infecté au VIH			
d- Le stade de la fibrosis doit être à F2 ou plus avancé (selon l'échelle de Metavir ou l'équivalent)			
e- Pas de diagnostic de cirrhoses OU de maladie de foie compensée (cirrhose avec une score Child Pugh Score = A (5-6)			
02371464	FRS	VICTRELIS TRIPLE 200/120/200	03-07-2012
02371456	FRS	VICTRELIS TRIPLE 200/100/200	03-07-2012
02371472	FRS	VICTRELIS TRIPLE 200/150/200	03-07-2012
02371448	FRS	VICTRELIS TRIPLE 200/80/200	03-07-2012
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez le patient qui n'a jamais été traité ou qui a déjà été traité et qui rencontre tous les critères suivants (le patient doit rencontrer tous les critères pour pouvoir être évalué):			
a- Le génotype 1 du virus de l'hépatite C (VHC)			
b- Niveaux détectable de l'ARN du VHC dans les derniers six mois			
c- Le patient n'est pas co-infecté au VIH			
d- Le stade de la fibrosis doit être à F2 ou plus avancé (selon l'échelle de Metavir ou l'équivalent)			
e- Pas de diagnostic de cirrhoses OU de maladie de foie compensée (cirrhose avec une score Child Pugh Score = A (5-6)			
02386208	CBT	ST CO BOSENTAN 125MG COMPRIMÉ	21-06-2012
02386194	CBT	ST CO BOSENTAN 62.5MG COMPRIMÉ	21-06-2012
02383500	MYL	ST MYLAN-BOSENTAN 125MG COMPRIMÉ	21-06-2012
02383497	MYL	ST MYLAN-BOSENTAN 62.5MG COMPRIMÉ	21-06-2012
02383020	PMS	ST PMS-BOSENTAN 125MG COMPRIMÉ	21-06-2012
02383012	PMS	ST PMS-BOSENTAN 62.5MG COMPRIMÉ	21-06-2012
02386283	SDZ	ST SANDOZ BOSENTAN 125MG COMPRIMÉ	21-06-2012
02386275	SDZ	ST SANDOZ BOSENTAN 62.5MG COMPRIMÉ	21-06-2012
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
• Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET			
• dont la maladie ne répond pas au traitement par le citrate de sildénafil OU le tadalafil; OU			
• pour lequel le citrate de sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.			

DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02331675	UCB	CIMZIA 200MG/ML INJECTION Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)	18-06-2012
La couverture s'étendra sur une période initiale d'un an pour les poussées évolutives des formes graves de la polyarthrite rhumatoïde à une dose de 400 mg pour la première semaine.			
1. Le médicament est prescrit par un rhumatologue ET 2. Servira au traitement de la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes graves de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE:			
Le patient est réfractaire au : • méthotrexate en traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines. PLUS au moins 2 des critères suivants: • Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines OU • Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU • Cyclosporine : 2-5 mg/kg/jour pour 12 semaines OU • Azathioprine : 2-3 mg/kg/jour pendant 3 mois OU • Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois PLUS une des associations suivantes: • Méthotrexate avec cyclosporine (essai d'au moins 4 mois avec l'association des deux médicaments) OU; • Méthotrexate avec hydroxychloroquine et sulfasalazine (essai d'au moins 4 mois avec la trithérapie) OU; • Méthotrexate avec des sels d'or (essai d'au moins 12 semaines) OU • Méthotrexate avec leflunomide (essai d'au moins 8 semaines) OU • Patients qui ne tolèrent pas le méthotrexate ou présentent des contre-indications à l'utilisation du méthotrexate ou qui sont réfractaires à une association d'au moins 2 antirhumatismaux modificateurs de la maladie ARMM			
02385813	SIV	^{sr} CLOPIDOGREL 75MG COMPRIMÉ	07-11-2012
02378507	DOM	^{sr} DOM-CLOPIDOGREL 75MG COMPRIMÉ	19-10-2012
02379813	RBY	^{sr} RAN-CLOPIDOGREL 75MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02388529	RIV	^{sr} RIVA CLOPIDOGREL 75MG COMPRIMÉ	08-01-2013
Médicament à usage restreint (durée d'un an, autorisation préalable nécessaire).			
Pour: a. - le traitement des patients ayant reçu un stent intracoronaire, après la mise en place du stent; b. - le traitement des patients qui présentent un syndrome coronaire aigu (angine instable ou IM sans surélévation du segment ST), en association avec de l'AAS.			
02386895	CBT	CO FENTANYL 100MCG/HR PATCH	27-11-2012
02386844	CBT	CO FENTANYL 12MCG/HR PATCH	27-11-2012
02386852	CBT	CO FENTANYL 25MCG/HR PATCH	27-11-2012
02386879	CBT	CO FENTANYL 50MCG/HR PATCH	27-11-2012
02386887	CBT	CO FENTANYL 75MCG/HR PATCH	27-11-2012
02396742	MYL	MYLAN-FENTANYL MATRIX 100MCG/H	11-01-2013
02396696	MYL	MYLAN-FENTANYL MATRIX 12MCG/HR	11-01-2013
02396718	MYL	MYLAN-FENTANYL MATRIX 25MCG/HR	11-01-2013
02396726	MYL	MYLAN-FENTANYL MATRIX 50MCG/HR	11-01-2013
02396734	MYL	MYLAN-FENTANYL MATRIX 75MCG/HR	11-01-2013
02389878	MIN	^{sr} MINT-FINASTERIDE 5MG COMPRIMÉ	21-09-2012
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
a. - Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant; OU b. - En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.			
02239505	MDC	ALDARA CRÈME	01-02-2013
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le traitement des condylomes acuminés (verrues génitales) de patients chez qui les traitements suivants ont échoué : a. podophyllotoxine appliquée par le patient (solution de podofilox à 0,5 %); OU b. résine de podophyllum appliquée par le fournisseur de soins (10 %-25 %)			

DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02357623	UCB	VIMPAT 100MG COMPRIMÉ	01-04-2013
02357631	UCB	VIMPAT 150MG COMPRIMÉ	01-04-2013
02357658	UCB	VIMPAT 200MG COMPRIMÉ	01-04-2013
02357615	UCB	VIMPAT 50MG COMPRIMÉ	01-04-2013
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Traitement adjvant dans la prise en charge des crises d'épilepsie partielles réfractaires chez les patients qui :			
a- sont soignés par un médecin expérimenté dans le traitement de l'épilepsie, ET			
b- prennent actuellement deux antiépileptiques ou plus, ET			
c- ont une intolérance confirmée à d'autres antiépileptiques ou ont essayé deux autres antiépileptiques qui se sont révélés inefficaces.			
02297418	DOM	DOM-LEVETIRACETAM 500MG COMPRIMÉ	07-11-2012
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)			
Pour administration en association avec d'autres médicaments antiépileptiques dans le traitement des convulsions partielles chez les patients réfractaires suivant l'essai adéquat de deux médicaments antiépileptiques utilisés soit en monothérapie ou en association.			
02248263	NOP	NOVO-LEVOFLOXACIN 500MG COMPRIMÉ	28-06-2012
Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).			
La couverture sera limitée à une durée de traitement maximale de 14 jours.			
02376695	DOM	DOM-MONTELUKAST 10MG COMPRIMÉ	07-11-2012
02391422	JAP	JAMP-MONTELUKAST 10MG COMPRIMÉ	07-11-2012
02379856	PDL	MONTELUKAST 10MG COMPRIMÉ	20-06-2012
02379333	SAN	MONTELUKAST 10MG COMPRIMÉ	01-06-2012
02382474	SIV	MONTELUKAST 10MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02382458	SIV	MONTELUKAST 4MG COMPRIMÉ CROQUABLE	21-09-2012
02379821	PDL	MONTELUKAST 4MG COMPRIMÉ	20-06-2012
02379317	SAN	MONTELUKAST 4MG COMPRIMÉ	01-06-2012
02382466	SIV	MONTELUKAST 5MG COMPRIMÉ CROQUABLE	21-09-2012
02379325	SAN	MONTELUKAST 5MG CO.	01-06-2012
02379848	PDL	MONTELUKAST 5MG COMPRIMÉ	20-06-2012
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le traitement de l'asthme:			
a. - en association avec les corticostéroïdes.			
b. - chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.			
02386399	JAP	JAMP-MYCOPHENOLATE 250MG CAPSULE	16-08-2012
02380382	JAP	JAMP-MYCOPHENOLATE 500MG COMPRIMÉ	16-08-2012
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le traitement des greffés.			
02374013	SIV	ST PIOGLITAZONE HCL 15MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02374021	SIV	ST PIOGLITAZONE HCL 30MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02374048	SIV	ST PIOGLITAZONE HCL 45MG COMPRIMÉ	15-08-2012
02339595	ACC	ST PIOGLITAZONE HCL 45MG COMPRIMÉ	18-02-2013
02375850	RBY	ST RAN-PIOGLITAZONE 15MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02375869	RBY	ST RAN-PIOGLITAZONE 30MG COMPRIMÉ	16-08-2012
02375877	RBY	ST RAN-PIOGLITAZONE 45MG COMPRIMÉ	16-08-2012
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués			

DIN (Numéro d'identification de médicament)

FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)

ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Services de santé non assurés, printemps 2013, page 12 de 17

Canada

DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02358840	CBT	CO RALOXIFENE 60MG COMPRIMÉ	14-08-2012
		Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).	
		Pour :	
		a. - la prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui n'ont pas obtenu le résultat escompté avec les biphosphonates.	
		b. - la prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui ont eu des antécédents de cancer du sein ou dont une parente au premier degré a souffert d'un cancer du sein	
02368552	JAP	ST JAMP-RISEDRONATE 35MG COMPRIMÉ	21-09-2012
02352141	SIV	ST RISEDRONATE 35MG COMPRIMÉ	21-09-2012
		Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).	
		Pour le traitement de :	
		a. - Patient avec la maladie osseuse de Paget OU	
		b. - Patient avec ostéoporose de 60 ans et plus OU	
		c. - Patient avec ostéoporose de moins de 60 ans présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures OU	
		d. - Patient avec ostéoporose ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans ou	
		e. - Patient avec ostéoporose, de moins de 60 ans qui a reçu ou recevra un traitement de prednisone ≥ 7.5 mg par jour ou l'équivalent pour une période de ≥ 3 mois. L'autorisation sera pour un période de 1 an.	
02378604	BAY	XARELTO 15MG COMPRIMÉ	15-04-2013
02378612	BAY	XARELTO 20MG COMPRIMÉ	15-04-2013
		Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).	
		Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les patients à risque* qui présentent une fibrillation auriculaire non valvulaire ET pour qui:	
		a- un traitement anticoagulant s'est avéré non efficace# au bout d'un essai de 2 mois avec la warfarine (veuillez fournir une copie des documents sur le RIN pour les 2 derniers mois du traitement à la warfarine); OU	
		b- un traitement anticoagulant à la warfarine est contre indiqué; OU	
		c- un traitement anticoagulant n'est pas possible en raison d'une incapacité à suivre régulièrement l'état du patient au moyen de dosages du rapport international normalisé (RIN) (c. à d. aucun accès à des services de dosage du RIN dans un laboratoire, dans une clinique, dans une pharmacie ou à domicile)	
		Critères d'exclusion:	
		Patients atteints d'une insuffisance rénale (ClCr ou TFG < 30 mL/min); OU	
		Patients âgés de ≥ 75 ans ET sans fonction rénale stable documentée; OU	
		Patients atteints d'une cardiopathie valvulaire rhumatismale importante sur le plan hémodynamique, particulièrement les cas de rétrécissement mitral; OU	
		Patients portant une valve cardiaque prothétique	
		Remarques	
		a) Par fonction rénale stable documentée, on entend une clairance de la créatinine ou un taux de filtration glomérulaire estimé qui a été maintenu pendant au moins 3 mois (c. à d. 30-49 mL/min pour une dose quotidienne de 15 mg ou ≥ 50 mL/min pour une dose quotidienne de 20 mg pendant au moins 3 mois).	
		b) Pour être jugé raisonnable, un essai avec la warfarine doit durer au moins 2 mois.	
		c) Comme l'insuffisance rénale peut accroître le risque d'hémorragie, la fonction rénale devrait faire l'objet d'un suivi régulier. Les autres facteurs pouvant accroître le risque d'hémorragie devraient aussi être évalués et suivis (veuillez vous reporter à la monographie de produit de Xarelto).	
		d) Les patients commençant un traitement au rivaroxaban devraient avoir facilement accès à des services médicaux pouvant traiter des événements hémorragiques majeurs.	
		e) À l'heure actuelle, il n'existe pas de données en faveur d'un effet anticoagulant adéquat du rivaroxaban chez les patients atteints d'une valvulopathie rhumatismale ou portant une valve cardiaque prothétique; le rivaroxaban n'est donc pas recommandé dans ces populations.	
02369613	EIS	BANZEL 100MG COMPRIMÉ	10-10-2012
02369621	EIS	BANZEL 200MG COMPRIMÉ	10-10-2012
02369648	EIS	BANZEL 400MG COMPRIMÉ	10-10-2012
		Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)	
		a.- pour le traitement d'appoint des crises associées au syndrome de Lennox-Gastaut chez les adultes et chez les enfants de 4 ans et plus, quand le médicament est prescrit par un neurologue ou un spécialiste d'expérience	
		b.- L'utilisation d'au moins deux antiépileptiques d'appoint n'a pas donné de résultat ou est contre-indiquée chez le patient ou le patient est intolérant à au-moins deux antiépileptiques d'appoint	

DIN	FAB	Nom de l'article	Date d'entrée en vigueur
02375842	BMS	ST OONGLYZA 2.5MG COMPRIMÉ	24-10-2012
02333554	BMS	ST OONGLYZA 5MG COMPRIMÉ	24-10-2012
		Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)	
		Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui :	
		- n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.	
02371553	VPC	INCIVEK 375MG COMPRIMÉ	03-07-2012
		Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).	
		Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez le patient qui n'a jamais été traité ou qui a déjà été traité et qui rencontre tous les critères suivants (le patient doit rencontrer tous les critères pour pouvoir être évalué):	
		a- Le génotype 1 du virus de l'hépatite C (VHC)	
		b- Niveaux détectable de l'ARN du VHC dans les derniers six mois	
		c- Le patient n'est pas co-infecté au VIH	
		d- Le stade de la fibrose doit être à F2 ou plus avancé (selon l'échelle de Metavir ou l'équivalent)	
		e- Pas de diagnostic de cirrhoses OU de maladie de foie compensée (cirrhose avec une score Child Pugh Score = A (5-6)	
02395282	CBT	CO TEMOZOLOMIDE 100MG CAPSULE	14-12-2012
02395290	CBT	CO TEMOZOLOMIDE 140MG CAPSULE	14-12-2012
02395274	CBT	CO TEMOZOLOMIDE 20MG CAPSULE	14-12-2012
02395312	CBT	CO TEMOZOLOMIDE 250MG CAPSULE	14-12-2012
		Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).	
		Pour:	
		a. - le traitement des patients adultes atteints de glioblastome multiforme ou d'un astrocytome anaplasique, chez lesquels on a pu démontrer des évidences de récidive ou de progression de la maladie après traitement type (résection, radiothérapie et chimiothérapie).	
		B. - le traitement concomitant à la radiothérapie chez les adultes atteints d'un glioblastome multiforme nouvellement diagnostiqués, puis comme traitement d'entretien.	

CHANGEMENT DE CRITÈRES

Inclusion de Banzel à la Liste

Depuis le 10 octobre 2012, le Programme des SSNA a ajouté le Banzel à la Liste de médicaments à titre de médicament à usage restreint, une autorisation préalable est nécessaire.

Les critères ont été révisés et sont:

- a-Pour le traitement d'appoint des convulsions associées au syndrome de Lennox-Gastaut chez les enfants de 4 ans ou plus et les adultes, lorsque que le médecin prescripteur est un neurologue ou un médecin qui a de l'expérience dans le traitement de ce syndrome; ET
- b-Chez les patients qui sont intolérants ou qui n'ont pas répondu à au moins deux antiépileptiques ou pour lesquels au moins deux antiépileptiques sont contre-indiqués.

Ce changement de statut concerne les DIN suivants:

- 02369613 Banzel® 100MG comprimé
 02369621 Banzel® 200MG comprimé
 02369648 Banzel® 400MG comprimé

Inclusion des produits pour le contrôle des naissances

Depuis le 5 novembre 2012, le Programme des SSNA a changé le statut de couverture des timbres Evra de médicament d'exception à médicament couverts sans restriction et des anneaux Nuvaring de médicament à usage restreint à médicament couverts sans restriction. De plus, les limites de quantité relatives aux dispositifs intra-utérins (DIU) ont été modifiées comme suit :

1 an

DIU Flext-T (DIN 98099999)

DIU Liberte UT380 Court (DIN 99401085)

DUI Liberte UT380 Standard (DIN 99401086)

2 ans

DUI Nova-T CUIVRE 3 CU 200 (DIN 99400482)

Système Intra-Utérin Mirena (DIN 02243005)

Nouvelle limite concernant les agonistes des récepteurs de la Sérotonine

Depuis le 1er novembre 2012, le Programme des SSNA a établi une limite de 12 doses tous les 30 jours pour les agonistes des récepteurs de la sérotonine (i.e. les triptans). Les DIN suivants sont touchés :

Almotriptan malate d'

6.25mg co. (DIN 02248128)

12.5mg co. (DIN 02248129)

Naratriptan chlorhydrate de

1mg co. (DIN 02237820, 02314290)

2.5mg co. (DIN 02237821, 02314304, 02322323)

Rizatriptan

5mg co. (DIN 02240520, 02393360, 02393468)

10mg co. (DIN 02240521, 02393379, 02393476)

5mg cachet Ultra-Fondant (DIN 02240518)

10mg cachet Ultra-Fondant (DIN 02240519)

Sumatriptan succinate de

6mg/0.5mL injection (DIN 02361698)

12mg/mL injection (DIN 02212188, 99000598)

25mg co. (DIN 02257882, 02270749, 02268906, 02286815, 02256428, 02286513)

50mg co. (DIN 02268388, 02257890, 02270757, 02212153, 02268914, 02286823, 02256436, 02263025, 02286521, 02324652)

100mg co. (DIN 02239367, 02268396, 02257904, 02270765, 02212161, 02268922, 02239367, 02286831, 02256444, 02263033,

02286548, 02324660)

Zolmitriptan

2.5mg comprimé à dissolution orale (DIN 02324768, 02362996, 02342545, 02243045)

2.5mg co. (DIN 02369036, 02324229, 02362988, 02313960, 02238660)

Retrait des produits de marque Ritalin

Depuis le 3 janvier 2013, le Programme des SSNA a changé le statut du produit de marque sous le nom de Ritalin et Ritalin SR de produits couverts sans restriction à produits non couverts.

Les DIN suivants sont touchés.

Ritalin 10 mg co. (DIN 00005606)

Ritalin 20 mg co. (DIN 00005614)

Ritalin SR 20 mg co. (DIN 00632775)

Les produits génériques de ces médicaments demeurent couverts sans restriction.

Retrait des produits de Codéine 60 mg en association avec l'Acétaminophène 300 mg

Depuis le 9 janvier 2013, le Programme des SSNA a retiré de la Liste des médicaments les produits de codéine 60 mg en association avec l'acétaminophène 300 mg (p.ex. Tylenol #4)

Les DIN suivants sont touchés.

Tylenol avec Codéine No.4 co. (DIN 02163918)

Ratio-Lenoltec No.4 co. (DIN 00621463)

Empracet-60 co. (DIN 00666149)

Acet codéine 60 co. (DIN 01999656)

Inclusion de Concerta à la Liste

Depuis le 16 octobre 2012, le Programme des SSNA a changé le statut de Concerta à la liste de médicaments pour devenir produits couverts sans restriction.

Les DIN suivants sont touchés:

02247732 Concerta® 18MG comprimé

02250241 Concerta® 27MG comprimé

02247733 Concerta® 36MG comprimé

02247734 Concerta® 54MG comprimé

Ce changement du statut concerne aussi les produits génériques de la méthylphénidate à libération prolongée suivants:

02315068 Teva-Methylphenidate ER 18MG comprimé

02315076 Teva-Methylphenidate ER 27MG comprimé

02315084 Teva-Methylphenidate ER 36MG comprimé

02315092 Teva-Methylphenidate ER 54MG comprimé

02330377 Apo-MethylphenidateER 54MG comprimé

Inclusion de Cipralex à la Liste

Depuis le 16 juillet 2012, le Programme des SSNA a changé le statut de Cipralex® à la Liste de médicaments pour devenir produits couverts sans restriction.

Les DIN suivants sont touchés:

02263238 Cipralex® 10MG comprimé

02263254 Cipralex® 20MG comprimé

Inclusion de Firmagon à la Liste

Depuis le 28 août 2012, le Programme des SSNA a changé le statut de Firmagon® à la Liste de médicaments pour devenir produits couverts sans restriction.

Les DIN suivants sont touchés:

02337029 Firmagon® 80MG/FIOLE INJECTION
02337037 Firmagon® 120MG/FIOLE INJECTION

Inclusion de Aldara à la Liste

Depuis le 1 février 2013, le Programme des SSNA a ajouté le Aldara® à la Liste de médicaments à titre de médicament à usage restreint, une autorisation préalable est nécessaire.

Les critères ont été révisés et sont:

Pour le traitement des condylomes acuminés (verrues génitales) de patients chez qui les traitements suivants ont échoué:

a- podophyllotoxine appliquée par le patient (solution de podofilox à 0,5 %); OU
b-résine de podophyllum appliquée par le fournisseur de soins (10 %-25 %)

Ce changement de statut concerne le DIN suivant:

02239505 Aldara® 50MG/G Pommade
