

Bulletin n° 781

Le 3 février, 2010

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 16 mars 2010 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 17 mars 2010.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Mar 16/10 Mar 17/10

Alendronate Sodium							
Alendronate sodique							
Tab	Orl	70mg	phl-Alendronate FC	2299712	PHL	Spec. Auth.	MAP
Co.							
Amlodipine Besylate							
Bésylate d'amlodipine							
Tab	Orl	2.5mg	pms-Amlodipine	2295148	PMS	AEFVW	AAC 0.3328
Co.							
			Sandoz-Amlodipine	2330474	SDZ		
		5mg	phl-Amlodipine	2326779	PHL	AEFVW	MAP
		10mg	phl-Amlodipine	2326787	PHL	AEFVW	MAP
Azithromycin							
Azithromycine							
Pws	Orl	100mg/5mL	Sandoz-Azithromycin	2332388	SDZ	ABEFGVW	MAP
Pds.							
		200mg/5mL	Sandoz-Azithromycin	2332396	SDZ	ABEFGVW	MAP
Baclofen							
Baclofèn							
Tab	Orl	10mg	phl-Baclofen	2236963	PHL	AEFGVW	MAP
Co.							
		20mg	phl-Baclofen	2236964	PHL	AEFGVW	MAP
Carvedilol							
Carvédilol							
Tab	Orl	3.125mg	phl-Carvedilol	2248752	PHL	Spec. Auth.	MAP
Co.							
		6.25mg	phl-Carvedilol	2248753	PHL	Spec. Auth.	MAP
		12.5mg	phl-Carvedilol	2248754	PHL	Spec. Auth.	MAP
		25mg	phl-Carvedilol	2248755	PHL	Spec. Auth.	MAP
Citalopram Hydrobromide							
Citalopram (bromhydrate de)							
Tab	Orl	10mg	phl-Citalopram	2273543	PHL	AEFGVW	MAP
Co.							
		20mg	NG-Citalopram	2322781	NGP	AEFGVW	MAP
			phl-Citalopram	2248944	PHL		
		40mg	NG-Citalopram	2322803	NGP	AEFGVW	MAP
			phl-Citalopram	2248945	PHL		

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Mar 16/10 Mar 17/10

Clonazepam							
Clonazépam							
Tab	Orl	0.5mg	phl-Clonazepam R	2236948	PHL	AEFGVW	MAP
Co.							
		1mg	phl-Clonazepam	2145235	PHL	AEFGVW	MAP
		2mg	phl-Clonazepam	2145243	PHL	AEFGVW	MAP
Desmopressin Acetate Trihydrate							
Trihydrate d'acétate de desmopressine							
Tab	Orl	0.1mg	pms-Desmopressin	2304368	PMS	EF-18G	MAP
Co.							
		0.2mg	pms-Desmopressin	2304376	PMS	EF-18G	MAP
Fentanyl Transdermal							
Fentanyl transdermal de							
Srd	Trd	12mcg/hr	Ran-Fentanyl Matrix	2330105	RAN	W & Spec. Auth.	MAP
Srd							
		25mcg/hr	Ran-Fentanyl Matrix	2330113	RAN	W & Spec. Auth.	MAP
		50mcg/hr	Ran-Fentanyl Matrix	2330121	RAN	W & Spec. Auth.	MAP
		75mcg/hr	Ran-Fentanyl Matrix	2330148	RAN	W & Spec. Auth.	MAP
		100mcg/hr	Ran-Fentanyl Matrix	2330156	RAN	W & Spec. Auth.	MAP
Gabapentin							
Cap	Orl	100mg	phl-Gabapentin	2246314	PHL	AEFGVW	MAP
Caps							
		300mg	phl-Gabapentin	2246315	PHL	AEFGVW	MAP
		400mg	phl-Gabapentin	2246316	PHL	AEFGVW	MAP
Ibuprofen							
Ibuprofène							
Tab	Orl	300mg	Apo-Ibuprofen	441651	APX	AEFGVW	AAC 0.0284
Co.							
		400mg	Apo-Ibuprofen	506052	APX	AEFGVW	AAC 0.0372
		600mg	Apo-Ibuprofen	585114	APX	AEFGVW	MAP
Lansoprazole							
SRC	Orl	15mg	Novo-Lansoprazole	2280515	NOP	Spec. Auth.	MAP
Caps. L.L.							
		30mg	Novo-Lansoprazole	2280523	NOP	Spec. Auth.	MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Mar 16/10 Mar 17/10

Mirtazapine							
Tab	Orl	15mg	phl-Mirtazapine	2281732	PHL	AEFGVW	MAP
Co.		30mg	phl-Mirtazapine	2252279	PHL	AEFGVW	MAP
Naratriptan Hydrochloride Naratriptan (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	1mg	Novo-Naratriptan	2314290	NOP	Spec. Auth.	AAC 10.4100
Co.		2.5mg	Novo-Naratriptan	2314304	NOP	Spec. Auth.	AAC 10.9688
Olanzapine							
Tab	Orl	2.5mg	Apo-Olanzapine	2281791	APX	W & Spec. Auth.	AAC 0.8986
Co.			Co-Olanzapine	2325659	COB		
		5mg	Apo-Olanzapine	2281805	APX	W & Spec. Auth.	AAC 1.7972
			Co-Olanzapine	2325667	COB		
		7.5mg	Apo-Olanzapine	2281813	APX	W & Spec. Auth.	AAC 2.6958
			Co-Olanzapine	2325675	COB		
		10mg	Apo-Olanzapine	2281821	APX	W & Spec. Auth.	AAC 3.5944
			Co-Olanzapine	2325683	COB		
		15mg	Apo-Olanzapine	2281848	APX	W & Spec. Auth.	AAC 5.3915
			Co-Olanzapine	2325691	COB		
Olanzapine ODT Orl Co. D.O.							
		5mg	Co-Olanzapine ODT	2327562	COB	W & Spec. Auth.	AAC 1.7870
			pms-Olanzapine ODT	2303191	PMS		
		10mg	Co-Olanzapine ODT	2327570	COB	W & Spec. Auth.	AAC 3.5713
			pms-Olanzapine ODT	2303205	PMS		
		15mg	Co-Olanzapine ODT	2327589	COB	W & Spec. Auth.	AAC 5.3553
			pms-Olanzapine ODT	2303213	PMS		
		20mg	Co-Olanzapine ODT	2327597	COB	Spec. Auth.	AAC 7.5977
Ondansetron Hydrochloride Dihydrate Ondansétron Dihydraté (chlorhydrate d')							
Tab	Orl	4mg	phl-Ondansetron	2278618	PHL	W & Spec. Auth.	MAP
Co.		8mg	phl-Ondansetron	2278626	PHL	W & Spec. Auth.	MAP
Pioglitazone Hydrochloride Pioglitazone (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	15mg	Mint-Pioglitazone	2326477	MNT	Spec. Auth.	MAP
Co.			phl-Pioglitazone	2307669	PHL		
		30mg	Mint-Pioglitazone	2326485	MNT	Spec. Auth.	MAP
			phl-Pioglitazone	2307677	PHL		

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Mar 16/10 Mar 17/10

Pioglitazone Hydrochloride						
Pioglitazone (chlorhydrate de)						
Tab	Orl	45mg	Mint-Pioglitazone	2326493	MNT	
Co.			phl-Pioglitazone	2307723	PHL	Spec. Auth. MAP
Rabeprazole Sodium						
Rabéprazole sodique						
ECT	Orl	10mg	Sandoz-Rabeprazole	2314177	SDZ	Spec. Auth. MAP
Co. Ent.						
Ramipril						
Cap	Orl	1.25mg	pms-Ramipril	2295369	PMS	AEFGVW MAP
Caps		2.5mg	pms-Ramipril	2247917	PMS	AEFGVW MAP
		5mg	pms-Ramipril	2247918	PMS	AEFGVW MAP
		10mg	pms-Ramipril	2247919	PMS	AEFGVW MAP
Risedronate Sodium						
Risédronate sodique						
Tab	Orl	5mg	Novo-Risedronate	2298376	NOP	Spec. Auth. AAC 1.2750
Co.		30mg	Novo-Risedronate	2298384	NOP	Spec. Auth. AAC 8.2600
		35mg	Novo-Risedronate	2298392	NOP	Spec. Auth. AAC 6.8000
Risperidone						
Rispéridone						
Tab	Orl	0.25mg	phl-Risperidone	2258439	PHL	AEFGVW MAP
Co.		0.5mg	phl-Risperidone	2258447	PHL	AEFGVW MAP
		1mg	phl-Risperidone	2258455	PHL	AEFGVW MAP
		2mg	phl-Risperidone	2258463	PHL	AEFGVW MAP
		3mg	phl-Risperidone	2258471	PHL	AEFGVW MAP
		4mg	phl-Risperidone	2258498	PHL	AEFGVW MAP
Sertraline Hydrochloride						
Sertraline (chlorhydrate de)						
Cap	Orl	25mg	phl-Sertraline	2245824	PHL	AEFGVW MAP
Caps		50mg	phl-Sertraline	2245825	PHL	AEFGVW MAP
		100mg	phl-Sertraline	2245826	PHL	AEFGVW MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Mar 16/10	Mar 17/10
Simvastatin Simvastatine								
Tab	Orl	5mg	phl-Simvastatin	2281546	PHL	AEFGVW	MAP	
Co.								
		10mg	phl-Simvastatin	2281554	PHL	AEFGVW	MAP	
		20mg	phl-Simvastatin	2281562	PHL	AEFGVW	MAP	
		40mg	phl-Simvastatin	2281570	PHL	AEFGVW	MAP	
		80mg	phl-Simvastatin	2281589	PHL	AEFGVW	MAP	
Testosterone Undecanoate Testostérone (undécanoate de)								
Cap	Orl	40mg	pms-Testosterone	2322498	PMS	Spec. Auth.	AAC	0.7050
Caps								
Topiramate								
Tab	Orl	25mg	phl-Topiramate	2271184	PHL	Spec. Auth.	MAP	
Co.								
		100mg	phl-Topiramate	2271192	PHL	Spec. Auth.	MAP	
		200mg	phl-Topiramate	2271206	PHL	Spec. Auth.	MAP	

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

							to	MAP
							Mar 16/10	Mar 17/10
Ibuprofen Ibuprofène								
Tab	Orl	200mg	Apo-Ibuprofen	441643	APX		AAC	0.0244
Co.								
Memantine Hydrochloride Mémantine (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	10mg						
Co.			ratio-Memantine	2320908	RPH		AAC	1.6357
Mometasone Furoate Mométasone (furoate de)								
Lot	Top	0.1%	Taro-Mometasone	2266385	TAR		AAC	0.3123
Lot								
Olanzapine								
Tab	Orl	20mg	Apo-Olanzapine	2333015	APX		AAC	7.4226
Co.			Co-Olanzapine	2325713	COB			
Sibutramine Hydrochloride Monohydrate Sibutramine monohydraté (chlorhydrate de)								
Cap	Orl	10mg	Apo-Sibutramine	2337614	APX		AAC	2.7597
Caps								
		15mg	Apo-Sibutramine	2337622	APX		AAC	3.3270

Bulletin n° 782

Le 11 mars 2010

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 11 mars 2010.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et processus révisé**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpd@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivant : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Ajouts relatifs aux services assurés habituels

Médicament / Forme / Voie / Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Acétylcystéine							
Liq	Inh	200 mg / mL	Mucomyst®	2091526	WLS		
			Acetylcysteine Sol	2243098	SDZ	W	PAR
			Parvolex®	2181460	BCH		
Alendronate monosodique							
Co	Orl	10 mg	Fosamax®	2201011	FRS		
			Novo-Alendronate	2247373	NOP		
			Apo-Alendronate	2248728	APX	W	PAM
			Mylan-Alendronate	2270129	MYL		
			Sandoz-Alendronate	2288087	SDZ		
		40 mg	Fosamax®	2201038	FRS		
			Co-Alendronate	2258102	COB	W	PAM
		70 mg	Fosamax®	2245329	FRS		
			Novo-Alendronate	2261715	NOP		
			Apo-Alendronate	2248730	APX		
			Co-Alendronate	2258110	COB		
			pms-Alendronate	2273179	PMS	W	PAM
			ratio-Alendronate	2275279	RPH		
			Mylan-Alendronate	2286335	MYL		
			pms-Alendronate FC	2284006	PMS		
			Sandoz-Alendronate	2288109	SDZ		
			phl-Alendronate FC	2299712	PHL		
Alendronate monosodique / Cholécalficérol							
Co	Orl	70 mg / 5 600 mg	Fosavance®	2314940	FRS	W	PAR
Sulfate d'amikacine							
Liq	IM	250 mg / mL	Amikacin	2242971	SDZ	W	PAR
Ampicilline							
Pdre	IM	2 g	Ampicillin	1933353	NOP	W	PAR
Bupropion XL							
CLL	Orl	150 mg	Wellbutrin® XL	2275090	BVL	AEFGVW	PAR
		300 mg	Wellbutrin® XL	2275104			
Calcitonine de saumon							
Liq	Nas	200 UI / doseur	Miacalcin®	2240775	NVR		
			Apo-Calcitonin	2247585	APX	W	PAM
			Sandoz-Calcitonin	2261766	SDZ		

Ajouts relatifs aux services assurés habituels

Médicament / Forme / Voie / Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Trométhamine de kétorolac							
Co	Orl	10 mg	Toradol®	2162660	HLR		
			Apo-Ketorolac	2229080	APX	W	PAM
			Novo-Ketorolac	2230201	NOP		
			Nu-Ketorolac	2237910	NXP		
Citrate de lithium							
Liq	Orl	8 mmol /5 mL	pms-Lithium Citrate	2074834	PMS	AEFGVW	PAR
Lopinavir / ritonavir							
Co	Orl	100 mg / 25 mg	Kaletra®	2312301	ABB	U	PAR
Pénicilline G benzathine							
Susp	Inj	1 200 000 unités / 2 mL	Bicillin LA®	2291924	KNG	AEFGVW	PAR
Pénicilline G sodique							
Pdre	IM	1 000 000 UI / flacon	Crystapen®	2060086	BCH	W	PAR
		10 000 000 UI / flacon	Crystapen®	2060108	BCH	W	PAR

Médicaments ne nécessitant plus d'autorisation spéciale

Chlorhydrate de zipradisone

Cap	Orl	20 mg	Zeldox®	2298597			
		40 mg	Zeldox®	2298600			
		60 mg	Zeldox®	2298619	PFI	AEFGVW	PAR
		80 mg	Zeldox®	2298627			

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Darunavir

(*Prezista^{MC}*)

Comprimés de 400 mg

Fait partie d'un schéma thérapeutique du VIH chez les patients n'ayant jamais reçu de traitement (bénéficiaires du régime U) et chez qui le traitement par inhibiteur de protéase est indiqué.

Natalizumab

(*Tysabri^{MC}*)

Flacon de 300 mg pour une perfusion intraveineuse

En monothérapie pour les patients chez qui la sclérose en plaques a été diagnostiquée (bénéficiaires du régime H) selon les critères cliniques actuels et les résultats d'IRM et :

- qui n'ont pas répondu à un traitement complet et approprié comprenant au moins deux agents modificateurs de la maladie ou qui sont intolérants ou présentent des contre-indications à l'égard de ces traitements ;
- qui présentent une augmentation significative du volume de lésions T2 comparativement au volume d'un IRM antérieur ou au moins une lésion prenant le contraste au gadolinium ;
- qui ont eu au moins deux rechutes invalidantes au cours de l'année antérieure.

AUTORISATION SPÉCIALE – PROCESSUS RÉVISÉ

Ranibizumab

(*Lucentis^{MC}*)

Flacon de 2,3 mg / 0,23 ml pour injection intravitréenne

Afin de faciliter le traitement de la demande de règlement pour du ranibizumab, une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons de ranibizumab (un flacon par œil traité) sera acceptée sans autorisation spéciale si ces derniers sont prescrits par un ophtalmologue. Ce changement entrera en vigueur le lundi 23 mars 2010.

Les demandes de règlement ultérieures nécessiteront une autorisation spéciale pour le remboursement. Des critères détaillés figurent dans le Formulaire du PMONB qui est accessible à l'adresse suivante :

<http://www.qnb.ca/0212/NBPDPFormulary-f.asp>.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

Desvenlafaxine – pour le trouble dépressif majeur	<i>(Pristiq^{MC})</i>	Comprimés à libération prolongée de 50 et 100 mg
Insuline détémir (nouvelle demande n° 2) – pour le diabète sucré de type 1 ou type 2 chez les adultes	<i>(Levemir[®])</i>	Solution injectable de 100 U / mL
Insuline détémir – pour le diabète sucré de type 1 chez les enfants	<i>(Levemir[®])</i>	Solution injectable de 100 U / mL
Lévodopa / carbidopa – pour la maladie de Parkinson	<i>(Duodopa^{MC})</i>	Cassette de gel de 100 mL
Prégabaline (nouvelle demande) – pour la douleur neuropathique associée à la neuropathie diabétique périphérique	<i>(Lyrica[®])</i>	Capsules de 25 mg, 50 mg, 75 mg, 150 mg et 300 mg
Tériparatide – pour l'ostéoporose provoquée par les glucocorticoïdes	<i>(Forteo^{MC})</i>	Solution injectable de 250 µg / mL

Le 17 mars 2010

Destinataires : Les pharmaciens du Nouveau-Brunswick

Objet: Fermeture de la réserve provinciale d'antiviraux contre la pandémie de grippe

Madame, Monsieur,

La présente a pour but de vous aviser qu'il y a eu une diminution continue et importante du niveau d'activité du virus de la grippe pandémique H1N1 dans la province. Jusqu'à maintenant cette année, on n'a confirmé qu'un seul cas au Nouveau-Brunswick.

En raison de l'absence de maladie, la réserve provinciale d'antiviraux sera fermée à compter du 31 mars 2010. Vous devrez donc cesser de distribuer l'approvisionnement provincial d'oseltamivir (Tamiflu®), selon les lignes directrices de la réserve, dès la date susmentionnée. Après cette date, la partie de la réserve provinciale d'antiviraux contre la pandémie (oseltamivir [Tamiflu®]) ne sera plus offerte gratuitement.

Les médecins devront peut-être prescrire des médicaments antiviraux après cette date, suivant les recommandations contre la grippe saisonnière. Le cas échéant, les pharmacies communautaires exécuteront les ordonnances d'antiviraux à partir de leur approvisionnement commercial conformément aux pratiques de facturation actuelles.

Veillez voir le bulletin n° 784 du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick pour des renseignements sur le retour de réserves d'antiviraux expirés ou inutilisés. Vous pouvez communiquer avec McKesson (Michel Awalt : 902-876-6006, ou michele.awalt@mckesson.ca) pour prendre les dispositions nécessaires.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments.



D^{re} Eilish Cleary
Médecin-hygiéniste en chef

Bulletin N° 784

Le 19 mars 2010

**Processus de retour de l'oseltamivir (Tamiflu®) échu ou non utilisé
faisant partie de la réserve provinciale d'antiviraux pour la pandémie**

La réserve provinciale d'antiviraux pour la pandémie sera officiellement fermée le 31 mars 2010.

- A cause d'une absence d'activité du virus pandémique, les pharmacies doivent arrêter de distribuer l'oseltamivir (Tamiflu®) faisant partie de la réserve provinciale pour la pandémie dès le 31 mars 2010 et recommencer à distribuer leurs stocks commerciaux, exclusivement.
- Les pharmacies ne peuvent plus commander d'oseltamivir (Tamiflu®) faisant partie de la réserve provinciale.
- Vous pouvez commencer à retourner tout l'oseltamivir (Tamiflu®) de la réserve provinciale pour pandémie, échu et non utilisé, à McKesson Canada.
- Pour faciliter le retour, veuillez remplir le formulaire à la page 2 du bulletin et l'envoyer par télécopieur au 1-800-563-2277.
- Toutes les questions sur le retour des stocks de la réserve provinciale d'antiviraux doivent être adressées au service à la clientèle de McKesson Canada au 1-800-565-7821.
- Le processus standard du PMONB pour la couverture des antiviraux reprendra. Pour votre information, le processus standard et les critères pour antiviraux pour les bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée (régime V) sont décrits à la page 3 du bulletin.

McKesson Pharmaceutical
24 Lakeside Park Drive
Lakeside, Nova Scotia B3T 1L1
Halifax Customer Service:
Tel: 902-876-7821/ 1-800-565-7821
Fax: 902-876-0265/ 1-800-563-2277

March 3, 2010

Dear Valued Customer,

To facilitate the return of your remaining inventory of the New Brunswick government stockpile of Tamiflu to McKesson Canada, we ask that you please complete the form below and fax to 1-800-563-2277.

Item #	Description	Quantity	Lot #	Expiry Date
697557	NB TAMIFLU CP 30MG 10		B3002B019	06/2016
			B1009B018	07/2015
699454	NB TAMIFLU CP 45MG 10		B1008B91U18	07/2015
			B3002B019	06/2016
700716	NB TAMIFLU CP 75MG 10		B12466	08/2011
			B12626	08/2011
			B12186	03/2011
			B1346B018	08/2015

Store Name:	
Account #:	
Pharmacist Name:	
Pharmacist Signature:	

DEADLINE TO RETURN FORM APRIL 16TH, 2010

Yours truly,
McKesson Canada

Couverture des antiviraux pour les bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée

Renseignements à l'intention des pharmacies offrant des services aux foyers de soins infirmiers agréés

L'oseltamivir (Tamiflu®) et le zanamivir (Relenza®) sont offerts à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale aux bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée (comprend les foyers de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux). Santé publique a élaboré le protocole suivant aux fins de traitement des patients infectés et de la prophylaxie pendant l'épidémie de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- Dans le cas d'une épidémie d'infections respiratoires dans un établissement de soins de longue durée, le médecin traitant ou le conseiller médical/médecin résident de l'établissement s'entretiendra avec le médecin-chef des services de santé régionaux afin de déterminer si la cause de l'épidémie est, ou est susceptible d'être, la grippe.
- Si la cause de l'épidémie est déterminée comme étant la grippe ou susceptible de l'être, le médecin-chef des services de santé fera des recommandations générales par rapport à l'administration du médicament antigrippal dans l'établissement. La responsabilité des décisions concernant le traitement individuel des résidents pendant l'épidémie incombe toujours au médecin traitant. Voici le processus de couverture :
 - L'oseltamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V seulement et nécessitant une autorisation spéciale.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B.
 - Le Zanamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V seulement.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B dans les cas soupçonnés de résistance à l'oseltamivir.
- Il est important de commencer le traitement antiviral durant les 24 à 48 heures qui suivent le début des symptômes. Les médicaments antiviraux risquent de ne pas être efficaces si les résidents ont été malades pendant plus de 48 heures.
- Lien menant à des directives nationales et des renseignements sur les antiviraux : http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/vac_antiv/index-vacantiv-fra.php.

Processus de couverture des antiviraux

Approbation d'une autorisation spéciale du PMONB :

Si le médecin-chef des services de santé recommande le traitement antigrippal, le conseiller médical, le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou tout employé désigné par l'établissement avisera le PMONB du début du traitement à l'oseltamivir dans cet établissement en communiquant avec le service de renseignements du PMONB au 1-800-332-3691.

Après les heures de bureau, laissez un message contenant les renseignements suivants :

- la date du message;
- le nom et l'adresse de l'établissement de soins de longue durée;
- le nom de la pharmacie qui prépare les ordonnances afférentes à des antiviraux;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le responsable du PMONB devait préciser certains détails.

Il faut communiquer avec le pharmacien de l'établissement de soins de longue durée au même moment que le PMONB pour donner le temps de réserver et de distribuer la quantité requise d'antiviraux.

Paiement en ligne des demandes de règlement relatives aux antiviraux nécessitant une autorisation spéciale :

Lorsque le PMONB aura été informé par l'établissement de soins de longue durée qu'un traitement par l'oseltamivir a été commandé pour ses résidents, des responsables du programme procéderont à l'approbation d'une autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résidents de foyers de soins infirmiers) dans l'établissement. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale concernant l'oseltamivir aura été activée. La pharmacie pourra alors facturer les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents recevant des soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être accordée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB si elle compte des résidents recevant des soins de relève.

CRITÈRES D'AUTORISATION SPÉCIALE

Oseltamivir (<i>Tamiflu</i> ®) Capsules de 75 mg	<p>Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation générale d'un médecin-chef des services de santé sur le traitement antigrippal :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères d'une maladie analogue à la grippe et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de type A et B dans l'établissement ou la collectivité environnante.• Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A ou B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée enrayée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement. <p>* Selon les critères susmentionnés, <i>un établissement de soins de longue durée</i> désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.</p>
Zanamivir (<i>Relenza</i> ®) Alvéole de 5 mg pour inhalation	<p>Dans le cas des bénéficiaires qui répondent aux mêmes critères que pour l'oseltamivir et pour lesquels une résistance à l'oseltamivir est soupçonnée ou confirmée, ou pour lesquels l'oseltamivir est contre-indiqué.</p>

Bulletin n° 786

Le 6 mai 2010

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 6 mai 2010.

Ce bulletin porte sur les sujets suivants :

- **Préparations extemporanées - Ajout temporaire aux garanties**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

PRÉPARATIONS EXTEMPORANÉES – AJOUT TEMPORAIRE AUX GARANTIES

À compter de maintenant, en raison de la pénurie de comprimés de 10 mg d'amitriptyline et de comprimés de 0.025, 0.1 et 0.2 mg de clonidine, les PIN suivants ont été créés et ajoutés aux garanties en vertu du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (AEFGV). La couverture de ces médicaments sera offerte jusqu'à ce que des comprimés de 10 mg d'amitriptyline et des comprimés de 0.025, 0.1 et 0.2 mg de clonidine soient disponibles sur le marché.

Nom du produit	PIN	Régimes	\$
Amitriptyline 10 mg composée pour administration orale	00903048	AEFGV	PAR
Clonidine 0.025, 0.1, et 0.2 mg composée pour administration orale	00999330	AEFGV	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Clostridium botulinum neurotoxin type A, sans protéines complexantes
(*Xeomin*[®])
Fiole de 100 unités pour injection

1. Pour le traitement du blépharospasme chez les patients de 18 ans et plus.
2. Pour le traitement de la dystonie cervicale (torticollis spasmodique) chez les patients de 18 ans et plus.

Imatinib
(*Gleevec*[®])
Comprimés de 100 mg
Et 400 mg

Nouvelle indication ajoutée aux critères :

Pour le traitement des patients adultes porteurs du chromosome Philadelphie qui ont récemment reçu un diagnostic de leucémie lymphoblastique aiguë (LLA Ph+) lorsqu'utilisé comme agent unique pour le traitement de la phase induction et entretien.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (SUITE)

Lénalidomide

(*Revlimid*[®])

Capsules de 5 mg, 10 mg,
15 mg et 25 mg

1. Pour le traitement du syndrome myélodysplastique chez les patients pour lesquels ce qui suit s'applique :
 - Diagnostic démontré du syndrome myélodysplastique au moyen d'un prélèvement de moelle osseuse
 - Présence d'une anomalie cytogénétique 5q de suppression documenté par un dépistage génétique approprié
 - Risque faible ou intermédiaire-1† selon l'index IPSS (International Prognostic Scoring System)
 - Présence d'anémie symptomatique (caractérisée par une dépendance transfusionnelle)*

† calculateur disponible au www.uptodate.com

* Les demandes pour les patients qui n'ont pas une dépendance transfusionnelle seront considérées au cas par cas. Le médecin doit fournir des preuves cliniques d'anémie symptomatique affectant la qualité de vie du patient et la raison pour laquelle des transfusions ne sont pas utilisées.

Période d'approbation initiale : 6 mois

Critères de renouvellement :

- Pour les patients qui avaient une dépendance transfusionnelle et qui ont démontré une réduction des besoins de transfusion d'au moins 50 %
- Les demandes de renouvellement pour tout les autres patients seront considérées au cas par cas. L'information décrivant les résultats de multiples cas par cas (avant et après lénalidomide) et toute autre preuve de réponse doivent être incluses.

Période de renouvellement : 1 an

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Lénalidomide

(*Revlimid*[®])

Capsules de 5 mg, 10 mg,
15 mg et 25 mg

2. Pour le traitement du myélome multiple avec dexaméthasone chez les patients :

- Qui ne sont pas des candidats pour une greffe de cellules souches autologues ;
ET
- Dans les cas des patients suivants :
 - Dont la maladie a récidivé ou qui sont réfractaires après la conclusion des traitements initiaux ou subséquents et qui sont convenables à recevoir d'autre chimiothérapie ; ou
 - Ont obtenu au moins un régime de traitement complet comme thérapie initiale et manifeste de l'intolérance à leur traitement de chimiothérapie actuel.

Note : En raison de sa similarité structurale au thalidomide, le lénalidomide (*Revlimid*) est seulement disponible par l'entremise d'un programme de distribution contrôlée appelé *RevAid*SM, et ce, afin de minimiser le risque d'exposition au fœtus. Seulement les prescripteurs et les pharmaciens avec ce programme peuvent prescrire et délivrer le lénalidomide (*Revlimid*). De plus, les patients doivent être enregistrés et répondre à toutes les conditions du programme pour recevoir le produit. Pour de l'information, composez le 1-888-RevAid1 ou allez à www.RevAid.ca.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants.

**Neurotoxine de clostridium botulinum
type A, sans protéines complexantes**

- Spasticité après AVC

(*Xeomin*[®])

Fiole de 100 unités pour
injection

Éplérénone

(*Inspra*[®])

Comprimés de 25 mg et
50 mg

Fulvestrant

(*Faslodex*[®])

Injection IM, 50 mg/mL
(5 mL)

Lisdexamfétamine, dimésylate de

(*Vyvanse*[®])

Capsules de 30 mg et
50 mg

Bulletin n° 787

Le 12 mai, 2010

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 22 juin 2010 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 23 juin 2010.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
June 22/10 June 23/10

Amiodarone Hydrochloride
Amiodarone (chlorhydrate de)
Tab Orl 200mg
Co.

phl-Amiodarone 2245781 PHL AEFVW MAP

Amlodipine Besylate
Bésylate d'amlodipine
Tab Orl 2.5mg
Co.

Co-Amlodipine 2297477 COB AEFVW MAP

5mg Jamp-Amlodipine 2331071 JPC AEFVW MAP

10mg Jamp-Amlodipine 2331098 JPC AEFVW MAP

Carvedilol
Carvédilol

Tab Orl 3.125mg Zym-Carvedilol 2338068 ZYM Spec. Auth. MAP
Co.

6.25mg Zym-Carvedilol 2338092 ZYM Spec. Auth. MAP

12.5mg Zym-Carvedilol 2338106 ZYM Spec. Auth. MAP

25mg Zym-Carvedilol 2338114 ZYM Spec. Auth. MAP

Cetirizine Hydrochloride
Cétirizine (chlorhydrate de)

Tab Orl 10mg Extra Strength Allergy Relief 2315955 PDP G AAC 0.3938
Co.

Ciprofloxacin Hydrochloride
Ciprofloxacin (chlorhydrate de)

Tab Orl 250mg Mint-Ciprofloxacin 2317427 MNT W & Spec. Auth. MAP
Co.

500mg Mint-Ciprofloxacin 2317435 MNT W & Spec. Auth. MAP

Clonazepam
Clonazépam

Tab Orl 0.5mg Zym-Clonazepam 2345676 ZYM AEFVW MAP
Co.

1mg Zym-Clonazepam 2303329 ZYM AEFVW MAP

2mg Zym-Clonazepam 2303337 ZYM AEFVW MAP

Finasteride
Finastéride

Tab Orl 5mg pms-Finasteride 2310112 PMS Spec. Auth. AAC 0.9263
Co.

ratio-Finasteride 2306905 RPH Spec. Auth. AAC 0.9263

Sandoz Finasteride 2322579 SDZ Spec. Auth. AAC 0.9263

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
June 22/10 June 23/10

Fluoxetine Hydrochloride							
Fluoxétine (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	20mg	phl-Fluoxetine	2223503	PHL	AEFGVW	MAP
Caps			Zym-Fluoxetine	2302667	ZYM		
Letrozole							
Létrozole							
Tab	Orl	2.5mg	Sandoz Letrozole	2344815	SDZ	AEFVW	AAC 2.7560
Co.							
Meloxicam							
Tab	Orl	7.5mg	phl-Meloxicam	2248607	PHL	AEFGVW	MAP
Co.							
		15mg	phl-Meloxicam	2248608	PHL	AEFGVW	MAP
Mirtazapine							
Tab	Orl	15mg	Zym-Mirtazapine	2325179	ZYM	AEFGVW	MAP
Co.							
		30mg	Zym-Mirtazapine	2325187	ZYM	AEFGVW	MAP
Naratriptan Hydrochloride							
Naratriptan (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	2.5mg	Sandoz Naratriptan	2322323	SDZ	Spec. Auth.	AAC 8.2125
Co.							
Nifedipine							
Nifédipine							
ERT	Orl	30mg	Mylan-Nifedipine	2349167	MYL	AEFGVW	AAC 0.8639
Co. L.P.							
Olanzapine							
ODT	Orl	5mg	Sandoz Olanzapine ODT	2327775	SDZ	W & Spec. Auth.	MAP
Co. D.O.							
		10mg	Sandoz Olanzapine ODT	2327783	SDZ	W & Spec. Auth.	MAP
		15mg	Sandoz Olanzapine ODT	2327791	SDZ	W & Spec. Auth.	MAP
		20mg	Sandoz Olanzapine ODT	2327805	SDZ	Spec. Auth.	MAP
Pioglitazone Hydrochloride							
Pioglitazone (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	15mg	Zym-Pioglitazone	2320754	ZYM	Spec. Auth.	MAP
		30mg	Zym-Pioglitazone	2320762	ZYM	Spec. Auth.	MAP
		45mg	Zym-Pioglitazone	2320770	ZYM	Spec. Auth.	MAP
Pravastatin Sodium							
Pravastatin sodique							
Tab	Orl	10mg	Jamp-Pravastatin	2330954	JPC	AEFGVW	MAP
Co.							
			Mint-Pravastatin	2317451	MNT		
		20mg	Jamp-Pravastatin	2330962	JPC	AEFGVW	MAP
			Mint-Pravastatin	2317478	MNT		

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
June 22/10 June 23/10

Pravastatin Sodium						
Pravastatin sodique						
Tab	Orl	40mg	Jamp-Pravastatin	2330970	JPC	
Co.			Mint-Pravastatin	2317486	MNT	AEFGVW MAP
Quetiapine Fumarate						
Quétiapine (fumarate de)						
Tab	Orl	25mg	phl-Quetiapine	2299054	PHL	AEFGVW MAP
Co.		100mg	phl-Quetiapine	2299062	PHL	AEFGVW MAP
		200mg	phl-Quetiapine	2299089	PHL	AEFGVW MAP
		300mg	phl-Quetiapine	2299097	PHL	AEFGVW MAP
Ramipril						
Cap	Orl	1.25mg	Jamp-Ramipril	2331101	JPC	AEFGVW MAP
Caps		2.5mg	Jamp-Ramipril	2331128	JPC	AEFGVW MAP
		5mg	Jamp-Ramipril	2331136	JPC	AEFGVW MAP
		10mg	Jamp-Ramipril	2331144	JPC	AEFGVW MAP
Risperidone						
Rispéridone						
Tab	Orl	0.25mg	Sandoz Risperidone	2303655	SDZ	AEFGVW MAP
Co.			(new formulation)			
Rivastigmine hydrogen tartrate						
Rivastigmine (tartrate hydrogéné de)						
Cap	Orl	1.5mg	Apo-Rivastigmine	2336715	APX	Spec. Auth. MAP
Caps		3mg	Apo-Rivastigmine	2336723	APX	Spec. Auth. MAP
		4.5mg	Apo-Rivastigmine	2336731	APX	Spec. Auth. MAP
		6mg	Apo-Rivastigmine	2336758	APX	Spec. Auth. MAP
Simvastatin						
Simvastatine						
Tab	Orl	5mg	Jamp-Simvastatin	2331020	JPC	AEFGVW MAP
Co.		10mg	Jamp-Simvastatin	2331039	JPC	AEFGVW MAP
		20mg	Jamp-Simvastatin	2331047	JPC	AEFGVW MAP
		40mg	Jamp-Simvastatin	2331055	JPC	AEFGVW MAP
		80mg	Jamp-Simvastatin	2331063	JPC	AEFGVW MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							June 22/10	June 23/10
Topiramate								
Tab	Orl	25mg	Zym-Topiramate	2325136	ZYM	Spec. Auth.	MAP	
Co.								
		100mg	Zym-Topiramate	2325144	ZYM	Spec. Auth.	MAP	
		200mg	Zym-Topiramate	2325152	ZYM	Spec. Auth.	MAP	
Trazodone Hydrochloride								
Trazodone (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	50mg	phl-Trazodone	2236941	PHL	AEFGVW	MAP	
Co.								
		100mg	phl-Trazodone	2236942	PHL	AEFGVW	MAP	
Zopiclone								
Tab	Orl	5mg	phl-Zopiclone	2294052	PHL	AEFVW	MAP	
Co.								
		7.5mg	phl-Zopiclone	2294060	PHL	AEFVW	MAP	

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

							to	MAP
							June 22/10	June 23/10
Cefprozil								
Pws	Orl	125mg/5mL	Ran-Cefprozil	2329204	RAN		MAP	
Pds.								
Desloratadine								
Tab	Orl	5mg	Desloratadine Allergy Control	2298155	PDP		AAC	
Co.								0.5625
Fluoxetine Hydrochloride								
Fluoxétine (chlorhydrate de)								
Cap	Orl	10mg	phl-Fluoxetine	2223481	PHL		MAP	
Caps								
			Zym-Fluoxetine	2302659	ZYM			
Memantine Hydrochloride								
Mémantine (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	10mg	Co-Memantine	2324067	COB		MAP	
Co.								
			pms-Memantine	2321130	PMS			

Bulletin n° 789

Le 15 juin 2010

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 15 juin 2010.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relatif aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpd@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Ajouts relatifs aux services assurés habituels

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Aprépitant					
Caps	Oral	80mg	Emend [®]	2298791	PAR
		125mg	Emend [®]	2298805	FRS W
		Tri-Pack	Emend [®]	2298813	
Brinzolamide/Timolol					
Liq	Sus	1%/0,5%	Azarga [®]	2331624	ALC AEF+18VW PAR
Dolasetron					
Co.	Oral	100mg	Anzemet [®]	2231379	SAV W PAR
Tacrolimus					
Caps L.P.	Oral	0,5mg	Advagraf [®]	2296462	
		1mg	Advagraf [®]	2296470	ASL R PAR
		5mg	Advagraf [®]	2296489	

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Aprépitant

(Emend[®])

Capsules de 80 mg et de 125 mg ;

Emballage de trois capsules

Indiqué pour la prévention des nausées et des vomissements immédiats et différés consécutifs à l'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse hautement émétisante (p. ex, cisplatine > 70 mg/m²) chez les patients qui ont été victimes de vomissements malgré un traitement avec une combinaison d'antagoniste 5-HT₃ et de dexaméthasone suite à un cycle antérieur de chimiothérapie hautement émétogène.

Remarque : les demandes de règlement pour médicaments d'un maximum de 2 emballages de trois, ou six capsules, seront automatiquement remboursées tous les 28 jours lorsque l'ordonnance est rédigée par un oncologue. Si des médicaments supplémentaires sont requis dans la période de 28 jours à la suite de l'ordonnance initiale, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.

Lactulose

(divers)

667 mg/ml

Indiqué pour le traitement de l'encéphalopathie hépatique chez les patients qui souffrent d'une maladie du foie.

Veillez prendre note que les demandes de règlement pour le traitement de la constipation ne sont pas admissibles.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Héparines à faible poids moléculaires :

Daltéparine sodique,
Énoxaparine sodique,
Nadroparine calcique,
Tinzaparine sodique
(*Fragmin[®], Lovenox[®],
Lovenox[®] HP, Fraxiparin
Forte[®], Innohep[®]*)

Consultez la liste de médicaments du PMONB pour connaître tous les produits.

Golimumab **(Simponi[™])** **50 mg/0,5 ml** **auto-injecteur / seringue** **préremplie**

Nouvelles indications ajoutée au critère d'autorisation :

- Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (ETEV) jusqu'à 35 jours après une arthroplastie élective de la hanche ou d'une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.
- Indiqué pour la prévention des ETEV jusqu'à 10 jours après une arthroplastie élective du genou.

1. Indiqué pour les patients qui souffrent de spondylite ankylosante modérée à grave (c.-à-d. qui ont un pointage ≥ 4 sur une échelle de 10 sur l'index BASDAI [Bath AS Disease Activity Index]) qui :

- présentent des symptômes axiaux* et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période d'observation de trois mois ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués ; OU
- ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période d'observation minimale de trois mois, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'approbation initiale sera pour quatre doses de 50 mg sur une période de quatre mois.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
 - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement ; OU
 - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).
- Les approbations pour la continuation du traitement seront pour 12 doses de 50 mg par année sans augmentation de dose permise.
- Le golimumab ne sera pas remboursé en combinaison avec d'autres agents inhibiteurs du TNF.

*Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Golimumab

(*SimponiTM*)

50 mg/0,5 ml

auto-injecteur / seringue
préremplie

2. Indiqué pour les patients qui souffrent de polyarthrite psoriasique modérée à grave qui :
 - présentent au moins trois articulations atteintes et douloureuses ; et
 - n'ont pas répondu à un essai adéquat avec deux agents antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), ou qui présentent une intolérance ou une contre-indication aux ARMM.
 - Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
 - L'approbation initiale sera pour quatre doses de 50 mg sur une période de quatre mois.
 - Les demandes de continuation du traitement doivent inclure l'information démontrant les effets bénéfiques cliniques du traitement.
 - Les approbations pour la continuation du traitement seront pour 12 doses de 50 mg par année sans augmentation de dose permise.
 - Le golimumab ne sera pas remboursé en combinaison avec d'autres agents inhibiteurs du TNF.

3. Indiqué pour le traitement des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde active d'intensité modérée à grave qui :
 - n'ont pas réagi, ou ont manifesté des effets secondaires intolérables, à un essai approprié d'une polythérapie comprenant au moins deux (agents rhumatismaux modificateurs de la maladie) ARMM traditionnels. La polythérapie d'ARMM doit comprendre le méthotrexate, sauf en cas de contre-indications ou d'intolérance ; OU
 - ne sont pas candidats à une polythérapie d'ARMM et doivent effectué un essai approprié d'au moins trois ARMM traditionnels de suite, dont un doit comprendre le méthotrexate, auf en cas de contre-indications ; ET
 - ont effectué un essai approprié de léflunomide, sauf en cas de contre-indiqué ou d'intolérance.
 - Doit être prescrit par un rhumatologue.
 - L'approbation initiale sera pour quatre doses de 50 mg sur une période de quatre mois.
 - Les demandes de continuation du traitement doivent inclure l'information démontrant les effets bénéfiques cliniques du traitement.
 - Les approbations pour la continuation du traitement seront pour 12 doses de 50 mg par année sans augmentation de dose permise.
 - Le golimumab ne sera pas remboursé en combinaison avec d'autres agents inhibiteurs du TNF.

AUTORISATION SPÉCIALE - CRITÈRES RÉVISÉS

Ondansétron

(Zofran® et marques
génériques)

Comprimés de 4 mg et
8 mg ; comprimés à
dissolution orale de 4 mg et
de 8 mg

Granisétron

(Kytril® et marques
génériques)

Comprimés de 1 mg

Dolasétron

(Anzemet®)

Comprimés de 100 mg

Indiqué pour le traitement des vomissements chez les patients qui :

- reçoivent une chimiothérapie modérément ou hautement émétogène ;

OU

- reçoivent une chimiothérapie intraveineuse ou de la radiothérapie et qui n'ont pas obtenu un contrôle adéquat avec d'autres antiémétiques offerts ;

OU

- reçoivent une chimiothérapie intraveineuse ou de la radiothérapie et qui ont souffert de vomissements suite à un cycle antérieur de chimiothérapie avec des effets secondaires intolérables aux autres antiémétiques, y compris les stéroïdes et les antagonistes dopaminergiques.

Seules les demandes pour les formes posologiques orales sont admissibles. Généralement, une seule dose orale administrée avant la chimiothérapie suffit pour contrôler les symptômes.

Certains patients peuvent avoir besoin d'un traitement supplémentaire jusqu'à 48 heures après la dernière dose de chimiothérapie ou le dernier traitement de radiothérapie. L'avantage au-delà de 48 heures n'a pas été établi.

Lorsqu'il est utilisé en combinaison avec l'aprépitant, une seule dose administrée avant la chimiothérapie sera remboursée.

Remarque : les demandes de règlement de médicaments pour un maximum de 12 comprimés d'ondansétron ou de 2 comprimés de granisétron ou de dolasétron seront automatiquement remboursées tous les 28 jours lorsque l'ordonnance est rédigée par un oncologue. Si des médicaments supplémentaires sont requis dans la période de 28 jours à la suite de l'ordonnance initiale, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.

AUTORISATION SPÉCIALE - CRITÈRES RÉVISÉS

Infliximab

(*Remicade*[®])

Fiole pour injection de
100 mg

Indiqué pour le traitement de la maladie de Crohn modérée à grave chez les patients qui sont réfractaires, ou qui ont des contre-indications, à un traitement adéquat avec de l'acide amino-5-salicylique et des corticostéroïdes et une autre thérapie immunosuppressive. L'approbation initiale sera faite pour trois doses de 5 mg/kg administrées aux semaines 0,2 et 6.

La protection continue pour la thérapie d'entretien sera remboursée seulement pour les sujets répondant et pour une dose qui n'excède pas 5 mg/kg toutes les huit semaines. La protection doit être réévaluée chaque année et dépendra des preuves qui sont fournies pour démontrer qu'il y a une réponse continue.

Doit être prescrit par un gastroentérologue, ou par un médecin avec une spécialité en gastroentérologie, ou avec l'accord de ce dernier.

L'infliximab ne sera pas remboursé en combinaison avec d'autres agents inhibiteurs du TNF.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur le produit suivant ont conclu que ce dernier n'offrait pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Tériparatide - ostéoporose féminine
marquée (présentation du CCP)

(*Forteo*[®])

250 µg/ml stylo prérempli

Bulletin n^o 791

Le 9 juillet, 2010

Rappel au sujet de la facturation

Demandes de règlement au prix d'achat réel pour médicaments à origine unique

La présente sert de rappel concernant les règlements en vertu de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick* au sujet du prix d'achat réel (PAR), lesquels s'appliquent à toutes les pharmacies au Nouveau-Brunswick et aux médecins dispensateurs. Les règlements stipulent ce qui suit :

« coût d'achat réel » désigne le coût d'un produit pour une pharmacie ou pour un médecin pro-pharmacien, basé sur des pratiques d'achat raisonnables et courantes et qui est calculé

a) en soustrayant du montant total payé ou payable par la pharmacie ou le médecin pro-pharmacien à l'achat du produit, à l'exclusion des frais de transport, la valeur de toute réduction de prix,

Veuillez prendre note qu'il serait contraire à la sous-section 5.3 de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance* de soumettre des demandes de règlement au Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en fonction du PAR, sans inclure les réductions de prix reçues (p. ex. : escomptes du fabricant, rabais, allocations professionnelles, etc.)

Quiconque contrevient ou omet de se conformer à l'alinéa (1)a), (1)a.1), (1)a.2), (1)b) ou (1)c) commet une infraction punissable en vertu de la Partie II de la *Loi sur la procédure applicable aux infractions provinciales à titre d'infraction de la classe H*. Une infraction à la catégorie H pourrait entraîner une amende minimale de dix mille deux cent cinquante dollars (10 250 \$.)

Nous aimerions rappeler aux pharmacies et aux médecins dispensateurs que les économies découlant de rabais ou d'escomptes du fabricant doivent être transférées au Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Yours truly,



Debbie LeBlanc
New Brunswick Prescription Drug Program

Bulletin n° 792

Le 21 juillet, 2010

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 31 août 2010 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 1 septembre 2010.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Aug 30/10 Sept 1/10

Acebutolol Hydrochloride
Acébutolol (chlorhydrate d')

Tab	Orl	100mg	Acebutolol	2286246	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.		200mg	Acebutolol	2286254	SAS	AEFGVW	MAP	
		400mg	Acebutolol	2286262	SAS	AEFGVW	MAP	

Atorvastatin Calcium
Atorvastatine calcique

Tab	Orl	10mg	Atorvastatin	2348624	RPH			
Co.			Atorvastatin	2348705	SAS			
			Apo-Atorvastatin	2295261	APX			
			Co-Atorvastatin	2310899	COB			
			GD-Atorvastatin	2288346	GMD	AEFVW	AAC	0.8320
			Novo-Atorvastatin	2302675	TEV			
			pms-Atorvastatin	2313448	PMS			
			Ran-Atorvastatin	2313707	RAN			
			ratio-Atorvastatin	2350297	RPH			
			Sandoz Atorvastatin	2324946	SDZ			
	20mg		Atorvastatin	2348632	RPH			
			Atorvastatin	2348713	SAS			
			Apo-Atorvastatin	2295288	APX			
			Co-Atorvastatin	2310902	COB			
			GD-Atorvastatin	2288354	GMD	AEFVW	AAC	1.0400
			Novo-Atorvastatin	2302683	TEV			
			pms-Atorvastatin	2313456	PMS			
			Ran-Atorvastatin	2313715	RAN			
			ratio-Atorvastatin	2350319	RPH			
			Sandoz Atorvastatin	2324954	SDZ			
	40mg		Atorvastatin	2348640	RPH			
			Atorvastatin	2348721	SAS			
			Apo-Atorvastatin	2295296	APX			
			Co-Atorvastatin	2310910	COB			
			GD-Atorvastatin	2288362	GMD	AEFVW	AAC	1.1180
			Novo-Atorvastatin	2302691	TEV			
			pms-Atorvastatin	2313464	PMS			
			Ran-Atorvastatin	2313723	RAN			
			ratio-Atorvastatin	2350327	RPH			
			Sandoz Atorvastatin	2324962	SDZ			
	80mg		Atorvastatin	2348659	RPH			
			Atorvastatin	2348748	SAS			
			Apo-Atorvastatin	2295318	APX			
			Co-Atorvastatin	2310929	COB	AEFVW	AAC	1.1180
			GD-Atorvastatin	2288370	GMD			
			Novo-Atorvastatin	2302713	TEV			
			pms-Atorvastatin	2313472	PMS			

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURES POUR LE PMONB

to MAP
Aug 30/10 Sept 1/10

Atorvastatin Calcium						
Atorvastatine calcique						
Tab	Orl	80mg	Ran-Atorvastatin	2313758	RAN	
Co.			ratio-Atorvastatin	2350335	RPH	AEFGVW AAC 1.1180
			Sandoz Atorvastatin	2324970	SDZ	
Azathioprine Sodium						
Azathioprine sodique						
Tab	Orl	50mg	Azathioprine	2343002	SAS	AEFGVW MAP
Co.						
Azithromycin						
Azithromycine						
Tab	Orl	250mg	Azithromycin	2330881	SAS	ABEFGVW MAP
Co.		600mg	Azithromycin	2330911	SAS	W & Spec. Auth. MAP
Bupropion Hydrochloride						
Bupropion (chlorhydrate de)						
SRT	Orl	100mg	pms-Bupropion SR	2325373	PMS	AEFGVW MAP
Co.						
Carvedilol						
Carvédilol						
Tab	Orl	3.125mg	Mylan-Carvedilol	2347512	MYL	Spec. Auth. MAP
Co.		6.25mg	Mylan-Carvedilol	2347520	MYL	Spec. Auth. MAP
		12.5mg	Mylan-Carvedilol	2347555	MYL	Spec. Auth. MAP
		25mg	Mylan-Carvedilol	2347571	MYL	Spec. Auth. MAP
Ciprofloxacin						
Ciprofloxacine						
Liq	Inj	2mg/mL	Ciprofloxacin	2304759	SDZ	W MAP
Cyclobenzaprine Hydrochloride						
Cyclobenzaprine (chlorhydrate de)						
Tab	Orl	10mg	Cyclobenzaprine	2287064	SAS	AEFGVW MAP
Co.						
Finasteride						
Finastéride						
Tab	Orl	5mg	Novo-Finasteride	2348500	NOP	Spec. Auth. MAP
Co.						
Fosinopril Sodium						
Fosinopril sodique						
Tab	Orl	10mg	Jamp-Fosinopril	2331004	JPC	AEFGVW MAP
Co.			Ran-Fosinopril	2294524	RAN	

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Aug 30/10 Sept 1/10

Fosinopril Sodium						
Fosinopril sodique						
Tab	Orl	20mg	Jamp-Fosinopril	2331012	JPC	AEFGVW MAP
Co.			Ran-Fosinopril	2294532	RAN	
Gliclazide						
Tab	Orl	80mg	Gliclazide	2287072	SAS	ABEFGVW MAP
Co.						
Lansoprazole						
SRC	Orl	15mg	Mylan-Lansoprazole	2353830	MYL	Spec. Auth. MAP
Caps.L.L.		30mg	Mylan-Lansoprazole	2353849	MYL	Spec. Auth. MAP
Letrozole						
Létrozole						
Tab	Orl	2.5mg	Letrozole	2348969	COB	AEFVW MAP
Co.			Med-Letrozole	2322315	GMP	
			pms-Letrozole	2309114	PMS	
			Letrozole	2347997	TEV	
Minocycline Hydrochloride						
Minocycline (chlorhydrate de)						
Cap	Orl	50mg	Minocycline	2287226	SAS	ABEFGVW MAP
Caps		100mg	Minocycline	2287234	SAS	ABEFGVW MAP
Omeprazole						
Oméprazole						
SRT	Orl	20mg	pms-Omeprazole DR	2310260	PMS	ABEFGVW MAP
Co.L.L.						
SRC	Orl	20mg	Omeprazole	2348691	SAS	ABEFGVW MAP
Caps.L.L.						
Paroxetine						
Tab	Orl	20mg	Paroxetine	2282852	SAS	AEFGVW MAP
Co.		30mg	Paroxetine	2282860	SAS	AEFGVW MAP
Quetiapine Fumarate						
Quétiapine (fumarate de)						
Tab	Orl	25mg	Jamp-Quetiapine	2330415	JPC	AEFGVW MAP
Co.		100mg	Jamp-Quetiapine	2330423	JPC	AEFGVW MAP
		200mg	Jamp-Quetiapine	2330458	JPC	AEFGVW MAP

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Aug 30/10	Sept 1/10
Risperidone								
Rispéridone								
Tab	Orl	0.25mg	Rbx-Risperidone	2328305	RAN	AEFGVW	MAP	
Co.								
		0.5mg	Rbx-Risperidone	2328313	RAN	AEFGVW	MAP	
		1mg	Rbx-Risperidone	2328321	RAN	AEFGVW	MAP	
		2mg	Rbx-Risperidone	2328348	RAN	AEFGVW	MAP	
		3mg	Rbx-Risperidone	2328364	RAN	AEFGVW	MAP	
		4mg	Rbx-Risperidone	2328372	RAN	AEFGVW	MAP	
Sildenafil Citrate								
Sildénafil (citrate de)								
Tab	Orl		ratio-Sildenafil R	2319500	RPH	Spec. Auth.	AAC	7.2940
Co.								
Simvastatin								
Simvastatine								
Tab	Orl	5mg	Simvastatin	2284723	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.								
		10mg	Simvastatin	2284731	SAS	AEFGVW	MAP	
		20mg	Simvastatin	2284758	SAS	AEFGVW	MAP	
		40mg	Simvastatin	2284766	SAS	AEFGVW	MAP	
		80mg	Simvastatin	2284774	SAS	AEFGVW	MAP	
Ticlopidine Hydrochloride								
Ticlopidine (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	250mg	Ticlopidine	2343045	SAS	AEFVW	MAP	
Co.								
Valacyclovir Hydrochloride								
Valacyclovir (chlorhydrate de)								
Cap	Orl	500mg	Mylan-Valacyclovir	2351579	MYL	AEFGVW	MAP	
Caps								

NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM

						to	MAP
						Aug 30/10	Sept 1/10
Finasteride							
Finastéride							
Tab	Orl	1mg	pms-Finasteride	2320169	PMS	AAC	1.3909
Co.							
Paroxetine							
Tab	Orl	10mg	Paroxetine	2282844	SAS	MAP	
Co.							
Tramadol Hydrochloride/Acetaminophen							
Tramadol (chlorhydrate de)/Acétaminophène							
Tab	Orl	37.5mg/325mg	Apo-Tramadol/Acetaminophen	2336790	APX	AAC	0.6264
Co.							

Date : August 6, 2010 / *Le 6 août 2010*

To / Dest. : Community Pharmacists / *Pharmaciens communautaires*

From / Exp. : Dr Paul Van Buynder, Deputy Chief Medical Officer / *Médecin-hygiéniste en chef adjoint*

Copies : NBPDP, NBPA, Central Serum Depot / *PMONB, APNB, Dépôt central de sérum*

Subject / Objet : TB medications- a change in supply and reimbursement of dispensing fees. /
Médicaments antituberculeux – modification du processus d’approvisionnement et de remboursement des frais connexes

I write to inform you of a change in the process to obtain TB medications and for reimbursement of the costs associated with the provision of these medications.

Je vous écris pour vous informer de la modification du processus d’approvisionnement en médicaments antituberculeux et de remboursement des frais qui y sont rattachés.

Beginning Tuesday August 24, 2010, the New Brunswick Prescription Drug program will manage the claims process for reimbursement of the dispensing fees and the cost of all TB drugs on behalf of the Office of the Chief Medical Officer of Health.

À compter du mardi 24 août 2010, le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick gèrera le processus de demande de remboursement des coûts des médicaments antituberculeux et des frais rattachés à la délivrance de ceux-ci au nom du Bureau du médecin-hygiéniste en chef.

Historically, *first-line* TB formulary medications were provided through the Central Serum Depot in Saint John. Requests for exceptional medications were adjudicated through the *CDC Unit Medical Officer* and provided through community pharmacies once approved. Dispensing fees and in the case of *second-line* medications, drug costs, were reimbursed through a paper-based process.

Les médicaments antituberculeux *de première intention* figurant sur la liste de médicaments assurés étaient jusqu’à maintenant fournis par le Dépôt central de sérum de Saint John. Les demandes exceptionnelles de médicaments étaient évaluées par le *médecin de l’Unité de contrôle des maladies transmissibles*; une fois les demandes approuvées, les médicaments étaient fournis par les pharmacies communautaires. Les frais de délivrance ainsi que les coûts de médicaments *de deuxième intention* étaient remboursés au moyen d’un processus manuel.

With the August change, community pharmacies will need to obtain *first-line* TB medications directly from their wholesaler or distributor. Reimbursement will occur through the existing electronic NBPDP process and fee schedule, the details of which will be sent to you by the NBPDP.

Après l’entrée en vigueur de ces modifications en août, les pharmacies communautaires devront obtenir les médicaments antituberculeux *de première intention* directement de leur grossiste ou de leur distributeur. Le remboursement des frais connexes sera effectué selon la grille tarifaire et le processus électronique actuels du PMONB. Les renseignements connexes vous seront communiqués par le PMONB.

There is no change to the prescription process. *First-line* drugs for the treatment of active or latent TB are provided to the client upon presentation of a prescription noting that they are for the "TB program". Please see the attached document, *TB Drug Formulary* for a list of pre-approved *first-line drugs*. As in the past, physicians must request approval for *second-line* medications directly through the *CDC Unit Medical Officer*. Medavie BlueCross will confirm with the CDC Unit that approval has been obtained prior to processing claims for these medications and/or dispensing fees.

This new process will allow for speedier compensation for community pharmacies as well as better surveillance of active and LTBI in New Brunswick.

Thank you for your continued contribution to the control of tuberculosis in New Brunswick.

Aucune modification n'est apportée au processus relatif aux ordonnances. Les médicaments *de première intention* pour le traitement de la tuberculose progressive ou latente sont fournis aux clients qui présentent une ordonnance sur laquelle est inscrite : « Plan TB ». Prière de consulter le document ci-joint intitulé *Formulaire de demande d'antituberculeux*; la liste des médicaments *de première intention* approuvés y figure. Comme c'était le cas auparavant, les médicaments *de deuxième intention* doivent être approuvés par le *médecin de l'Unité de contrôle des maladies transmissibles*. Le personnel de Croix Bleue Medavie vérifiera auprès de l'Unité de contrôle des maladies transmissibles si les ordonnances ont été approuvées avant de traiter les demandes de remboursement des coûts de ces médicaments ou des frais de délivrance connexes.

Ce nouveau processus permettra d'effectuer plus rapidement le remboursement des frais admissibles aux pharmacies communautaires et d'améliorer la surveillance de la tuberculose progressive et latente au Nouveau-Brunswick.

Je vous remercie de votre participation continue au contrôle de la tuberculose au Nouveau-Brunswick.

Original signed by / Original signé par :



D^r Paul Van Buynder
Deputy Chief Medical Officer / Médecin-hygiéniste en chef adjoint

Bulletin n° 793

Le 5 août 2010

RÉGIME PROVINCIAL DE MÉDICAMENTS ANTITUBERCULEUX DU NOUVEAU-BRUNSWICK NOUVELLES PROCÉDURES ÉLECTRONIQUES POUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Le Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) assurera, au nom du ministère de la Santé, la gestion du processus des demandes de règlement pour les pharmacies communautaires qui sont remboursées pour la dispensation et le coût des médicaments pour la gestion de la tuberculose (TB) active ou latente. La soumission électronique des demandes de règlement sera possible à compter du 24 août 2010.

Le régime « P » du PMONB a été mis en œuvre de manière à permettre l'analyse des demandes de règlement par voie électronique. Aux fins de facturation, les procédures suivantes doivent être suivies lorsqu'un patient (peu importe son lieu de résidence permanente) présente une ordonnance sur laquelle est inscrit « Régime TB » par l'auteur de la prescription.

- Un profil de patient doit être créé comme pour tout autre patient. Dans le champ d'ID du patient, entrer le numéro d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick du patient. Si un numéro d'assurance-maladie du N.-B. n'a pas été émis pour le patient, l'ID générique 999999999 peut être utilisé. *Le profil du patient doit être mis à jour aussitôt que possible une fois qu'un numéro d'assurance-maladie du N.-B. a été émis.* Note : le processus ci-dessus s'applique également aux bénéficiaires du PMONB.
- Dans le champ du régime, indiquer « P ».
- Dans le champ d'ID du patient, indiquer le numéro d'assurance-maladie du N.-B.
- Dans les champs sur le coût du médicament, indiquer le PAR ou le PAM approprié.
- Dans le champ des frais d'exécution, indiquer 9,40 \$ ou l'honoraire applicable de l'Annexe 3 des Règlements pris en vertu de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance* (les médecins pro-pharmaciens seront remboursés à 80 % des frais applicables).

NOTE IMPORTANTE : Les médicaments antituberculeux ne seront plus fournis par le Dépôt de sérum provincial. Les pharmacies doivent commander les médicaments en question directement de leur grossiste ou distributeur. Le Formulaire des médicaments pour la tuberculose du Nouveau-Brunswick est fourni à la page 2. Si des médicaments de deuxième intention, autres que ceux énumérés sont indiqués, l'auteur de la prescription doit demander une autorisation spéciale (AS) auprès du médecin de l'Unité de contrôle des maladies transmissibles. Une fois la demande d'autorisation spéciale approuvée, le système acceptera la demande de règlement automatiquement. Les pharmaciens devront consulter le PMONB (1-800-332-3691) à-propos du statut d'une autorisation spéciale pour un médicament de deuxième intention avant de soumettre la demande ou commander le médicament.

Pour de plus amples renseignements sur le traitement de la tuberculose active et latente, veuillez consulter les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 6^e édition, 2007* à <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbstand07-eng.php>

Formulaire des médicaments pour la tuberculose (TB) du Nouveau-Brunswick

Médicament / Forme / Voie / Concentration			Marque / Nom générique	DIN	Fabricant	\$
Ethambutol						
Co.	Oral	100 mg	Etibi	247960	VLN	PAR
		400 mg	Etibi	247979		
Isoniazid						
Co.	Oral	100 mg	pms-Isoniazid	577790	PMS	PAR
		300 mg	pms-Isoniazid	577804	PMS	
Sir.	Oral	50 mg / 5mL	Dom-Isoniazid	2181428	DOM	
			pms-Isoniazid	577812	PMS	
Pyrazinamide						
Co.	Oral	300 mg	Rifater	2148625	SAV	PAR
		500 mg	pms-Pyrazinamide	618810	PMS	
Rifampin						
Caps.	Oral	150 mg	Rifadin	2091887	SAV	PAR
			Rofact	393444	VLN	
		300 mg	Rifadin	2092808	SAV	
			Rofact	343617	VLN	

Bulletin n° 795

Le 29 septembre, 2010

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 9 novembre 2010 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 10 novembre 2010.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Nov 9/10	Nov 10/10
Acyclovir								
Tab	Orl	200mg	Acyclovir	2286556	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.								
		400mg	Acyclovir	2286564	SAS	AEFGVW	MAP	
		800mg	Acyclovir	2286572	SAS	AEFGVW	MAP	
Alprazolam								
Tab	Orl	0.25mg	Alprazolam	2349191	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.								
		0.5mg	Alprazolam	2349205	SAS	AEFGVW	MAP	
Amlodipine Besylate Bésylate d'amlodipine								
Tab	Orl	5mg	Amlodipine	2331284	SAS	AEFVW	MAP	
Co.								
		10mg	Amlodipine	2331292	SAS	AEFVW	MAP	
Baclofen Baclofène								
Tab	Orl	10mg	Baclofen	2287021	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.								
		20mg	Baclofen	2287048	SAS	AEFGVW	MAP	
Bicalutamide								
Tab	Orl	50mg	Bicalutamide	2325985	AHC	AEFVW	MAP	
Co.								
Cilazapril								
Tab	Orl	1mg	Cilazapril	2350963	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.								
		2.5mg	Cilazapril	2350971	SAS	AEFGVW	MAP	
		5mg	Cilazapril	2350998	SAS	AEFGVW	MAP	
Ciprofloxacin Hydrochloride Ciprofloxacin (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	750mg	Mint-Ciprofloxacin	2317443	MNT	W & Spec. Auth.	MAP	
Co.								
Domperidone Maleate Dompéridone (maléate de)								
Tab	Orl	10mg	Domperidone	2350440	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.								
Doxycycline Hyclate Doxycycline (hyclate de)								
Cap	Orl	100mg	Doxycycline	2351234	SAS	ABEFGVW	MAP	
Caps								

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 9/10 Nov 10/10

Doxycycline Hyclate							
Doxycycline (hyclate de)							
Tab	Orl	100mg	Doxycycline	2351242	SAS	ABEFGVW	MAP
Co.							
Fenofibrate							
Fénofibrate							
Cap	Orl	200mg	Fenofibrate Micro	2286092	SAS	AEFGVW	MAP
Caps							
Fentanyl Transdermal							
Fentanyl transdermal de							
Srd	Trd	12mcg	pms-Fentanyl MTX	2341379	PMS	W & Spec. Auth.	MAP
		25mcg	pms-Fentanyl MTX	2341387	PMS	W & Spec. Auth.	MAP
		50mcg	pms-Fentanyl MTX	2341395	PMS	W & Spec. Auth.	MAP
		75mcg	pms-Fentanyl MTX	2341409	PMS	W & Spec. Auth.	MAP
		100mcg	pms-Fentanyl MTX	2341417	PMS	W & Spec. Auth.	MAP
Finasteride							
Finastéride							
Tab	Orl	5mg	Mylan-Finasteride	2356058	MYL	Spec. Auth.	MAP
Co.							
Furosemide							
Furosémide							
Tab	Orl	20mg	Furosemide	2351420	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
		40mg	Furosemide	2351439	SAS	AEFGVW	MAP
		80mg	Furosemide	2351447	SAS	AEFGVW	MAP
Glyburide							
Tab	Orl	2.5mg	Glyburide	2350459	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
		5mg	Glyburide	2350467	SAS	AEFGVW	MAP
Hydroxyurea							
Hydroxyurée							
Cap	Orl	500mg	Hydroxyurea	2343096	SAS	AEFGVW	MAP
Caps							

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 9/10 Nov 10/10

Lamotrigine							
Tab	Orl	25mg	Lamotrigine	2343010	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
		100mg	Lamotrigine	2343029	SAS	AEFGVW	MAP
		150mg	Lamotrigine	2343037	SAS	AEFGVW	MAP
Leflunomide							
Tab	Orl	10mg	Leflunomide	2351668	SAS	Spec. Auth.	MAP
Co.							
		20mg	Leflunomide	2351676	SAS	Spec. Auth.	MAP
Letrozole							
Létrozole							
Tab	Orl	2.5mg	Letrozole	2338459	AHC	AEFVW	MAP
Co.							
Lorazepam							
Lorazépam							
Tab	Orl	0.5mg	Lorazepam	2351072	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
		1mg	Lorazepam	2351080	SAS	AEFGVW	MAP
		2mg	Lorazepam	2351099	SAS	AEFGVW	MAP
Metoprolol Tartrate							
Métoprolol (tartrate de)							
Tab	Orl	50mg	Sandoz Metoprolol (Type L)	2354187	SDZ	AEFGVW	MAP
Co.			Metoprolol (film coated)	2350394	SAS		
		100mg	Sandoz Metoprolol (Type L)	2354195	SDZ	AEFGVW	MAP
			Metoprolol (film coated)	2350408	SAS		
Naproxen							
Tab	Orl	250mg	Naproxen	2350750	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
		375mg	Naproxen	2350769	SAS	AEFGVW	MAP
		500mg	Naproxen	2350777	SAS	AEFGVW	MAP
Olanzapine							
Tab	Orl	2.5mg	Sandoz Olanzapine	2310341	SDZ	W & Spec. Auth.	MAP
Co.							
		5mg	Sandoz Olanzapine	2310368	SDZ	W & Spec. Auth.	MAP
		7.5mg	Sandoz Olanzapine	2310376	SDZ	W & Spec. Auth.	MAP

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

						to	MAP
						Nov 9/10	Nov 10/10
Olanzapine							
Tab	Orl	10mg	Sandoz Olanzapine	2310384	SDZ	W & Spec. Auth.	MAP
Co.		15mg	Sandoz Olanzapine	2310392	SDZ	W & Spec. Auth.	MAP
Oxybutynin Hydrochloride							
Oxybutynine (chlorhydrate d')							
Tab	Orl	5mg	Oxybutynin	2350238	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
Pioglitazone Hydrochloride							
Pioglitazone (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	30mg	Pioglitazone	2339587	AHC	Spec. Auth.	MAP
Co.		45mg	Pioglitazone	2339595	AHC	Spec. Auth.	MAP
Propafenone Hydrochloride							
Propafénone (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	150mg	Propafenone	2343053	SAS	AEFGVW	MAP
Co.		300mg	Propafenone	2343061	SAS	AEFGVW	MAP
Quetiapine Fumarate							
Quétiapine (fumarate de)							
Tab	Orl	300mg	Jamp-Quetiapine	2330466	JPC	AEFGVW	MAP
Co.							
Risedronate Sodium							
Risédronate sodique							
Tab	Orl	35mg	Apo-Risedronate	2353687	APX		
Co.			pms-Risedronate	2302209	PMS	Spec. Auth.	MAP
			ratio-Risedronate	2319861	RPH		4.8577
			Sandoz Risedronate	2327295	SDZ		
Sumatriptan Succinate							
Sumatriptan (succinate de)							
Tab	Orl	50mg	Sumatriptan	2286521	SAS	Spec. Auth.	MAP
Co.		100mg	Sumatriptan	2286548	SAS	Spec. Auth.	MAP
Terazosin Hydrochloride							
Térazosine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	1mg	Terazosin	2350475	SAS	AEF18+VW	MAP
Co.		2mg	Terazosin	2350483	SAS	AEF18+VW	MAP
		5mg	Terazosin	2350491	SAS	AEF18+VW	MAP
		10mg	Terazosin	2350505	SAS	AEF18+VW	MAP

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

						to	MAP
						Nov 9/10	Nov 10/10
Trazodone Hydrochloride							
Trazodone (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	50mg	Trazodone	2348772	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							

		100mg		Trazodone	2348780	SAS	AEFGVW	MAP
		150mg		Trazodone	2348799	SAS	AEFGVW	MAP
Valacyclovir								
Tab	Orl	500mg		Co-Valacyclovir	2331748	COB	AEFGVW	MAP
Co.								
Venlafaxine Hydrochloride								
Venlafaxine (chlorhydrate de)								
SRC	Orl	37.5mg		Venlafaxine XR	2354713	SAS	AEFGVW	MAP
Caps.L.L.								
		75mg		Venlafaxine XR	2354721	SAS	AEFGVW	MAP
		150mg		Venlafaxine XR	2354748	SAS	AEFGVW	MAP
Warfarin Sodium								
Warfarine sodique								
Tab	Orl	1mg		Warfarin	2344025	SAS	AEFGVW	MAP
Co.								
		2mg		Warfarin	2344033	SAS	AEFGVW	MAP
		2.5mg		Warfarin	2344041	SAS	AEFGVW	MAP
		3mg		Warfarin	2344068	SAS	AEFGVW	MAP
		4mg		Warfarin	2344076	SAS	AEFGVW	MAP
		5mg		Warfarin	2344084	SAS	AEFGVW	MAP
		6mg		Warfarin	2344092	SAS	AEFGVW	MAP
		10mg		Coumadin	1918362	BRI		
				Apo-Warfarin	2242929	APX		
				Mylan-Warfarin	2244467	MYL	AEFGVW	MAP
				Warfarin	2344114	SAS		
				Taro-Warfarin	2242687	TAR		
Zopiclone								
Tab	Orl	5mg		Zopiclone	2344122	SAS	AEFVW	MAP
Co.								
		7.5mg		Zopiclone	2282445	SAS	AEFVW	MAP

NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM

to MAP
 Nov 9/10 Nov 10/10

Alfuzosin Hydrochloride Alfuzosine (chlorhydrate d') ERT Orl 10mg Co.L.P.	Novo-Alfuzosin PR	2314282	NOP	MAP
Famotidine Tab Orl 20mg Co.	Famotidine	2351102	SAS	MAP
	Famotidine	2351110	SAS	MAP
Nabumetone Nabumétone Tab Orl 500mg Co.	Nabumetone	2343282	SAS	MAP
Naproxen ECT Orl 250mg Co.Ent.	Naproxen EC	2350785	SAS	MAP
	Naproxen EC	2350793	SAS	MAP
	Naproxen EC	2350807	SAS	MAP
Naproxen Sodium Naproxène sodique Tab Orl 275mg Co.	Naproxen Sodium	2351013	SAS	MAP
	Naproxen Sodium DS	2351021	SAS	MAP
Sumatriptan Succinate Sumatriptan (succinate de) Tab Orl 25mg Co.	Sumatriptan	2286513	SAS	MAP

Bulletin n° 796

Le 1^{er} octobre 2010

PROCÉDURES RELATIVES AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT ÉLECTRONIQUES POUR LE VACCIN CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE PAYÉ PAR LE GOUVERNEMENT ET ADMINISTRÉ PAR UN PHARMACIEN

Le Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), pour le compte du Bureau du médecin hygiéniste en chef (BMHC), assurera la gestion du processus de demande de règlement pour les pharmacies communautaires qui souhaitent obtenir un remboursement pour l'administration par un pharmacien du vaccin antigrippal trivalent inactivé (VTI) financés par le gouvernement aux personnes suivantes qui satisfont aux critères d'admissibilité du programme de vaccination contre la grippe saisonnière de la Santé publique :

- les enfants âgés de 5 à 18 ans ;
- les adultes âgés de 65 ans et plus ;
- les personnes atteintes d'une maladie chronique, âgés de cinq ans et plus, qui sont connues des pharmaciens qui leur fournissent habituellement des médicaments pour traiter cette maladie et pour qui un dossier à jour des médicaments est accessible (voir la liste des maladies chroniques admissibles dans le tableau 1 ci-dessous).

Le PMONB régime « I » a été mis sur pied pour permettre l'analyse de demandes de règlement électroniques. Un profil du patient doit être établi, comme pour tout autre patient, et doit inclure le nom, l'adresse, le numéro d'assurance-maladie du N.-B., la date de naissance et le sexe de la personne qui a reçu le vaccin, ainsi que la date d'administration du vaccin, le nom et le numéro de lot de ce dernier. Les procédures et les renseignements suivants sont requis aux fins de facturation.

- Dans le champ ID du patient, entrez le numéro d'assurance-maladie du N.-B. du patient. Note : cette directive s'applique aussi aux bénéficiaires du PMONB.
- Dans le champ Régime, entrez « I ». Note : cette directive s'applique aussi aux bénéficiaires du PMONB.
- Dans le champ Prescripteur, entrez « 8000 » ainsi que le numéro d'immatriculation du pharmacien qui a administré le vaccin.
- Dans le champ Médicament, entrez le DIN du Fluviral[®] : 02015986
- Dans le(s) champ(s) Coût du médicament, entrez zéro.
- Dans le champ Frais d'exécution, entrez 12,00 \$.

- Dans le champ Code d'intervention ou d'exception, entrez le code de l'APC « IB » pour les personnes qui souffrent d'au moins une des maladies chroniques énumérées dans le Tableau 1 ci-dessous.

Note : En vertu de la section 14 des règlements 2009-136 de la *Loi sur la santé publique*, les professionnels qui administrent un vaccin doivent fournir un carnet de vaccination à la personne qui reçoit le vaccin. Un reçu d'ordonnance informatisé peut satisfaire cette exigence.

Tableau 1. Critères pour l'administration du VTI par un pharmacien	
Personnes en santé	Personnes de 5 ans et plus souffrant d'une maladie chronique
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants âgés de 5 à 18 ans ▪ Adultes âgés de 65 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles cardiaques et pulmonaires (y compris la dysplasie broncho-pulmonaire, la fibrose kystique et l'asthme) ▪ Diabète sucré et autres maladies métaboliques ▪ Cancer, immunodéficience ou immunosuppression (due à une affection sous-jacente ou à une thérapie) ▪ Néphropathie ▪ Anémie et les hémoglobinopathies ▪ Affections qui compromettent l'évacuation des sécrétions respiratoires et qui sont associées à une augmentation du risque d'aspiration ▪ Enfants de 5 ans et plus et les adolescents souffrant d'affections nécessitant la prise d'acide acétylsalicylique pendant de longues périodes

Processus de distribution des VTI : Le Dépôt central de sérum communiquera avec les pharmaciens qui ont informé l'Association des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick de leur intention de participer à la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière pour leur donner plus de détails concernant la distribution.

Bulletin 798

Le 21 octobre, 2010

**Antiviraux assurés pour les bénéficiaires du PMONB
résidant dans des établissements de soins de longue durée**

**Renseignements à l'intention des pharmacies offrant des services aux
foyers de soins infirmiers agréés**

L'oseltamivir (Tamiflu[®]) et le zanamivir (Relenza[®]) sont offerts à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale aux bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée (comprend les foyers de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux). Santé publique a élaboré le protocole suivant aux fins de traitement des patients infectés et de la prophylaxie pendant l'épidémie de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- Dans le cas d'une épidémie d'infections respiratoires dans un établissement de soins de longue durée, le médecin traitant ou le conseiller médical/médecin résident de l'établissement s'entretiendra avec le médecin-hygiéniste régional afin de déterminer si la cause de l'épidémie est, ou est susceptible d'être, la grippe.
- Si la cause de l'épidémie est déterminée comme étant la grippe ou susceptible de l'être, le médecin-hygiéniste fera des recommandations générales par rapport à l'administration du médicament antigrippal dans l'établissement. La responsabilité des décisions concernant le traitement individuel des résidents pendant l'épidémie incombe toujours au médecin traitant. Voici le processus de couverture :
 - L'oseltamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V seulement et nécessitant une autorisation spéciale.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B.
 - Le Zanamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V seulement.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B dans les cas soupçonnés de résistance à l'oseltamivir.
- Il est important de commencer le traitement antiviral durant les 24 à 48 heures qui suivent le début des symptômes. Les médicaments antiviraux risquent de ne pas être efficaces si les résidents ont été malades pendant plus de 48 heures.
- Lien menant à des directives nationales et des renseignements sur les antiviraux : http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/vac_antiv/index-vacantiv-fra.php.

Processus de couverture de l'oseltamivir

Approbation d'une autorisation spéciale du PMONB :

Si le médecin-hygiéniste recommande le traitement antigrippal, le conseiller médical, le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou tout employé désigné par l'établissement avisera le PMONB du début du traitement à l'oseltamivir dans cet établissement en communiquant avec le service de renseignements du PMONB au 1-800-332-3691.

Après les heures de bureau, laissez un message contenant les renseignements suivants :

- la date du message;
- le nom et l'adresse de l'établissement de soins de longue durée;
- le nom de la pharmacie qui prépare les ordonnances afférentes à des antiviraux;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le responsable du PMONB devait préciser certains détails.

Il faut communiquer avec le pharmacien de l'établissement de soins de longue durée au même moment que le PMONB pour donner le temps de réserver et de distribuer la quantité requise d'antiviraux.

Paiement en ligne des demandes de règlement relatives aux antiviraux nécessitant une autorisation spéciale :

Lorsque le PMONB aura été informé par l'établissement de soins de longue durée qu'un traitement par l'oseltamivir a été commandé pour ses résidents, des responsables du programme procéderont à l'approbation d'une autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résidents de foyers de soins infirmiers) dans l'établissement. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale concernant l'oseltamivir aura été activée. La pharmacie pourra alors facturer les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents recevant des soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être accordée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB si elle compte des résidents recevant des soins de relève.

CRITÈRES D'AUTORISATION SPÉCIALE

Oseltamivir
(*Tamiflu®*)
Capsules de
75 mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation générale d'un médecin-hygiéniste sur le traitement antigrippal :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères d'une maladie analogue à la grippe et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de

- type A et B dans l'établissement ou la collectivité environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A ou B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée enrayée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement.
- * Selon les critères susmentionnés, *un établissement de soins de longue durée* désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

Zanamivir
(*Relenza*[®])
Alvéole de
5 mg pour
inhalation

Du cas des bénéficiaires qui répondent aux mêmes critères que pour l'oseltamivir et pour lesquels une résistance à l'oseltamivir est soupçonnée ou confirmée, ou pour lesquels l'oseltamivir est contre-indiqué.

Bulletin # 799

le 2 novembre, 2010

MISE À JOUR POUR LES PROCÉDURES RELATIVES AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT ÉLECTRONIQUES POUR LE VACCIN CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE PAYÉ PAR LE GOUVERNEMENT ET ADMINISTRÉ PAR UN PHARMACIEN

Cette mise à jour est pour vous informer que le vaccin antigrippal trivalent inactivé (VTI) peut être administré aux personnes sans numéro d'assurance-maladie qui vivent à l'extérieur de la province et qui sont au Nouveau-Brunswick en séjour temporaire. Pour être éligible au vaccin financé par le gouvernement, ces personnes doivent satisfaire aux critères d'admissibilité du programme de vaccination contre la grippe saisonnière de la Santé publique (voir : www.gnb.ca/grippe). Les critères pour l'administration par un pharmacien sont ci-dessous :

- les enfants âgés de 5 à 18 ans ;
- les adultes âgés de 65 ans et plus ;
- les personnes atteintes d'une maladie chronique, âgés de cinq ans et plus, qui sont connues des pharmaciens qui leur fournissent habituellement des médicaments pour traiter cette maladie et pour qui un dossier à jour des médicaments est accessible

Le PMONB régime « I » a été mis sur pied pour permettre l'analyse de demandes de règlement électroniques. Un profil du patient doit être établi, comme pour tout autre patient, et doit inclure le nom, l'adresse, le numéro d'assurance-maladie du N.-B. (**ou 999 999 999 pour les personnes qui vivent à l'extérieur de la province**); la date de naissance et le sexe de la personne qui a reçu le vaccin, ainsi que la date d'administration du vaccin, le nom et le numéro de lot de ce dernier. Les procédures et les renseignements suivants sont requis aux fins de facturation.

- Dans le champ ID du patient, entrez le numéro d'assurance-maladie du N.-B. du patient. Note : cette directive s'applique aussi aux bénéficiaires du PMONB. **Pour les cas où la personne est éligible mais habite à l'extérieur de la province entrez "999 999 999" au lieu du numéro d'assurance-maladie.**
- Dans le champ Régime, entrez « I ». Note : cette directive s'applique aussi aux bénéficiaires du PMONB.
- Dans le champ Prescripteur, entrez « 8000 » ainsi que le numéro d'immatriculation du pharmacien qui a administré le vaccin.
- Dans le champ Médicament, entrez le DIN du Fluviral® : 02015986
- Dans le(s) champ(s) Coût du médicament, entrez zéro.
- Dans le champ Frais d'exécution, entrez 12,00 \$.
- Dans le champ Code d'intervention ou d'exception, entrez le code de l'APC « IB » pour les personnes qui souffrent d'au moins une des maladies chroniques énumérées dans le Tableau 1 ci-dessous.

Note : En vertu de la section 14 des règlements 2009-136 de la *Loi sur la santé publique*, les professionnels qui administrent un vaccin doivent fournir un carnet de vaccination à la personne qui reçoit le vaccin. Un reçu d'ordonnance informatisé peut satisfaire cette exigence.

Bulletin n° 801

Le 30 novembre 2010

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 30 novembre 2010.

Ce bulletin porte sur les sujets suivants :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés
- Médicaments examinés, non inscrits

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également accessibles à partir de la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



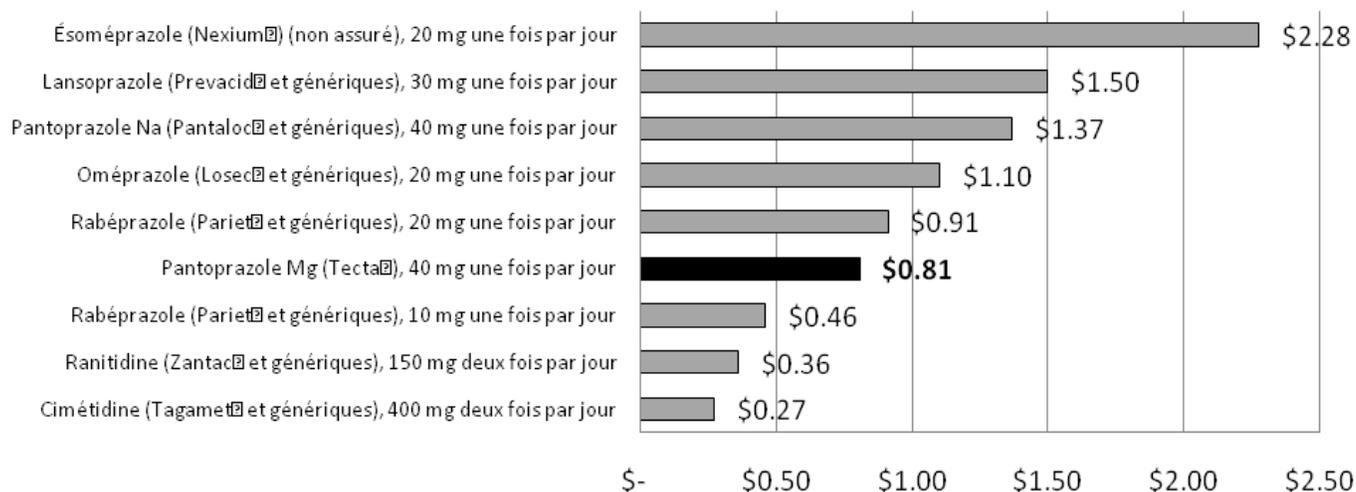
Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS AUX GARANTIES RÉGULIÈRES

Médicament / Forme / Voie / Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Acétaminophène							
Co	Orl	325 mg 500 mg	Acétaminophène	1938088 1939122	JPC	G	PAR
Acide acétylsalicylique							
Co	Orl	325 mg	AAS E.C.	2245443	JPC	AEFGVW	PAR
Diphénhydramine							
Co	Orl	25 mg 50 mg	Diphénhydramine	2257548 2257556	JPC	G	PAR
Sulfate ferreux							
Liq	Orl	75 mg / mL 150 mg / 5 mL	Sulfate ferreux	80008295 80008309	JPC	AEFGVW	PAR
Chlorhydrate de lopéramide							
Co	Orl	2 mg	Lopéramide	2256452	JPC	AEFGVW	PAR
Métronidazole							
Gel	Top	1 %	MetroGel®	2297809	GAC	AEFGVW	PAR
Pantoprazole magnésique*							
Ent.- sol.	Orl	40 mg	Tecta®	2267233	NYC	AEFGVW	PAR

Révision de la garantie - En raison d'une réduction de prix de la part du fabricant, **le pantoprazole magnésique (Tecta®) est maintenant une garantie régulière du PMONB (les restrictions sont enlevées)**. Tecta® est l'inhibiteur de la pompe à protons le moins cher si l'on considère le prix d'une dose standard.

Comparaison des coûts par jour des médicaments réducteurs d'acides



AJOUTS AUX GARANTIES RÉGULIÈRES (suite)

Médicament / Forme / Voie / Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Fumarate de quétiapine à libération prolongée					
Co	Orl	50 mg	Seroquel XR*	2300184	
		150 mg		2321513	
		200 mg		2300192	AZE AEEGVW PAR
		300 mg		2300206	
		400 mg		2300214	

*Seroquel XR[®] a été approuvé à titre de garantie régulière du PMONB. En plus de cet ajout, on procède actuellement à la mise en place d'un programme pilote préconisant l'utilisation de la carte SmartSample[®] offerte par Sampling Technologies Incorporated (STI), un programme appuyé par AstraZeneca Canada Inc.

Les cartes SmartSample[®] seront offertes par le médecin aux bénéficiaires du PMONB qui commencent à prendre Seroquel XR[®] ou dont Seroquel XR[®] remplace un autre médicament. Les bénéficiaires du PMONB présenteront une carte SmartSample[®] leur permettant d'obtenir une réserve d'échantillons de 30 jours de Seroquel XR[®] et jusqu'à deux autres ordonnances.

- La première ordonnance est couverte par la carte SmartSample[®].
- Les deux autres ordonnances seront couvertes par le PMONB.

Les bénéficiaires du PMONB doivent présenter une nouvelle carte SmartSample[®] pour Seroquel XR[®] tous les trois mois.

Les directives expliquant le traitement à l'aide d'ESI Canada seront clairement indiquées sur la carte SmartSample[®] pour Seroquel XR[®]. Si un patient du PMONB n'a pas de carte SmartSample[®] pour Seroquel XR[®], la demande de remboursement doit être soumise électroniquement à titre de garantie du PMONB.

Somatropine

Liq	Inj	5 mg / 1,5 mL	Omnitrope ^{MC}	2325063	SDZ	T	PAR
		10 mg / 1,5 mL		2325071			

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Darunavir

(Prezista[®])

Comprimés de 75 mg, 400 mg et 600 mg

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

- Fait partie d'un schéma thérapeutique du VIH chez les enfants ayant déjà reçu un traitement (bénéficiaires du régime U).

Nabilone

(Cesamet[®])

Capsules de 0,25 mg (nouvel ajout), 0,5 mg et 1 mg

Révision de la garantie - Il faut maintenant obtenir une autorisation spéciale pour toutes les doses de capsule.

- Indiqué pour le traitement des nausées et des vomissements graves associés à une chimiothérapie anticancéreuse.

Nota : Les bénéficiaires prenant déjà du nabilone n'auront pas besoin d'autorisation spéciale pour que le médicament soit couvert.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (suite)

Ondansétron
(Zofran ODT®)
Comprimé à dissolution
orale de 4 mg et 8 mg

Les demandes seront prises en considération pour le traitement de l'émèse chez les patients qui **ont du mal à avaler des comprimés** et qui :

- reçoivent une chimiothérapie modérément ou hautement émétogène ;
OU
- reçoivent une chimiothérapie intraveineuse ou de la radiothérapie et qui n'ont pas obtenu un contrôle adéquat avec d'autres antiémétiques offerts ;
OU
- reçoivent une chimiothérapie intraveineuse ou de la radiothérapie et qui ont souffert de vomissements suite à un cycle antérieur de chimiothérapie avec des effets secondaires intolérables aux autres antiémétiques, y compris les stéroïdes et les antagonistes dopaminergiques.

Seules les demandes pour les formes posologiques orales seront admissibles. Généralement, une seule dose orale administrée avant la chimiothérapie suffit pour contrôler les symptômes.

Certains patients peuvent avoir besoin d'un traitement supplémentaire jusqu'à 48 heures après la dernière dose de chimiothérapie ou le dernier traitement de radiothérapie. L'avantage au-delà de 48 heures n'a pas été établi.

Lorsqu'il est utilisé en combinaison avec l'aprépitant, une seule dose administrée avant la chimiothérapie sera remboursée.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Abatacept
(Orencia®)
Flacon de 250 mg

- Indiqué pour le traitement des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde active d'intensité modérée à grave qui :
 - n'ont pas réagi, ou ont manifesté des effets secondaires intolérables, à l'essai approprié d'une polythérapie comprenant au moins deux ARMM traditionnels (agents rhumatismaux modificateurs de la maladie). La polythérapie d'ARMM doit comprendre le méthotrexate, sauf en cas de contre-indication ou d'intolérance ; OU
 - ne sont pas candidats à une polythérapie d'ARMM et doivent avoir effectué un essai approprié d'au moins trois ARMM traditionnelles de suite, dont une doit comprendre la méthotrexate, sauf en cas de contre-indication ; ET
 - ont effectué un essai approprié de leflunomide, sauf en cas de contre-indication ou d'intolérance.
- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- Abatacept ne doit pas être utilisé en association avec des agents anti-TNF ou d'autres antagonistes du TNF.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS (suite)

Aprépitant

(*Emend*[®])

Capsule de 80 mg et 125 mg,
carte de trois

La garantie conditionnelle a été révisée pour inclure les cliniciens adjoints et les omnipraticiens en oncologie. Voici la garantie révisée :

Les demandes de règlement pour médicaments d'un maximum de 2 emballages de trois, ou six capsules, seront automatiquement remboursées tous les 28 jours lorsque l'ordonnance est rédigée par un oncologue ou un clinicien adjoint ou un omnipraticien en oncologie. Si des médicaments supplémentaires sont requis dans la période de 28 jours à la suite de l'ordonnance initiale, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.

Ondansétron

(*Zofran*[®] et génériques)

Comprimés de 4 et 8 mg

La garantie conditionnelle a été révisée pour inclure les cliniciens adjoints et les omnipraticiens en oncologie. Voici la garantie révisée :

Les demandes de règlement de médicaments pour un maximum de 12 comprimés d'ondansétron ou de 2 comprimés de granisétron ou de dolasétron seront automatiquement remboursées tous les 28 jours lorsque l'ordonnance est rédigée par un oncologue ou un clinicien adjoint ou un omnipraticien en oncologie. Si des médicaments supplémentaires sont requis dans la période de 28 jours à la suite de l'ordonnance initiale, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.

Granisétron

(*Kytril*[®] et générique)

Comprimés de 1 mg

Dolasétron

(*Anzemet*[®])

Comprimés de 100 mg

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

L'examen réalisé sur les produits suivants a conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Calcipotriol / bétaméthasone dipropionate

- nouvelle demande

(*Dovobet*[®])

Onguent

Certolizumab pegol

(*Cimzia*[®])

Seringue préremplie de 200 mg / mL

Chlorhydrate d'hydromorphone

(*Jurnista*[®])

Comprimés à libération prolongée de
4 mg, 8 mg, 16 mg, 32 mg

Dronédarone, chlorhydrate de

(*Multaq*[®])

Comprimés de 400 mg

Étabonate de lotéprednol

(*Lotemax*[®])

Suspension ophtalmique à 0,5 %

Héparines de faible poids moléculaire

– Prophylaxie principale chez les patients
avec un cathéter veineux central

(*divers*)

Injection

Raltégravir – pour les patients séropositifs
n'ayant jamais reçu de traitement

(*Isentress*[®])

Comprimés de 400 mg

Risétronate sodique

(*Actonel*[®])

Comprimés de 150 mg

Romiplostim

(*Nplate*[®])

250 µg, 500 µg

Saxagliptine

(*Onglyza*[®])

Comprimés de 5 mg

Bulletin n° 802

Le 1 décembre 2010

PMONB

Mise à jour du processus d'examen de l'utilisation des médicaments

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) comprend un processus d'examen de l'utilisation des médicaments (EUM) qui vise à cibler, à examiner et à décourager la consommation de narcotiques, de médicaments contrôlés et de benzodiazépine pouvant entraîner de l'abus ou un usage inapproprié dans le cadre du programme.

Le processus d'EUM sert à vérifier les demandes de remboursement des ordonnances des bénéficiaires du PMONB. Actuellement, lorsque la situation s'y prête et selon le processus d'EUM et l'avis des prescripteurs ainsi que des pharmaciens, il est possible de limiter les bénéficiaires du PMONB à un seul médecin et à une seule pharmacie pour les médicaments sur ordonnance remboursés dans le cadre du PMONB. De plus, les personnes suivant un traitement de substitution à la méthadone pour la dépendance aux opioïdes sont assujetties au même processus restrictif.

Le présent bulletin vise à vous informer que des changements apportés au PMONB permettront de mettre en place des restrictions exclusives aux ordonnances de narcotiques (y compris la méthadone), de drogues contrôlées et de benzodiazépine, de sorte que les bénéficiaires auront un accès accru aux autres catégories de médicaments (p. ex. les ordonnances d'antibiotiques prescrites dans les cliniques ouvertes en dehors des heures normales ou la fin de semaine seront remboursées). Ce changement entrera en vigueur le 15 décembre 2010 et visera toutes les personnes actuellement assujetties aux restrictions.

La pièce jointe A présente des renseignements supplémentaires et un résumé de la Ligne directrice canadienne sur l'utilisation sûre et efficace des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique attribuable à d'autres causes que le cancer. Ces renseignements pourraient vous être utiles.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également accessibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

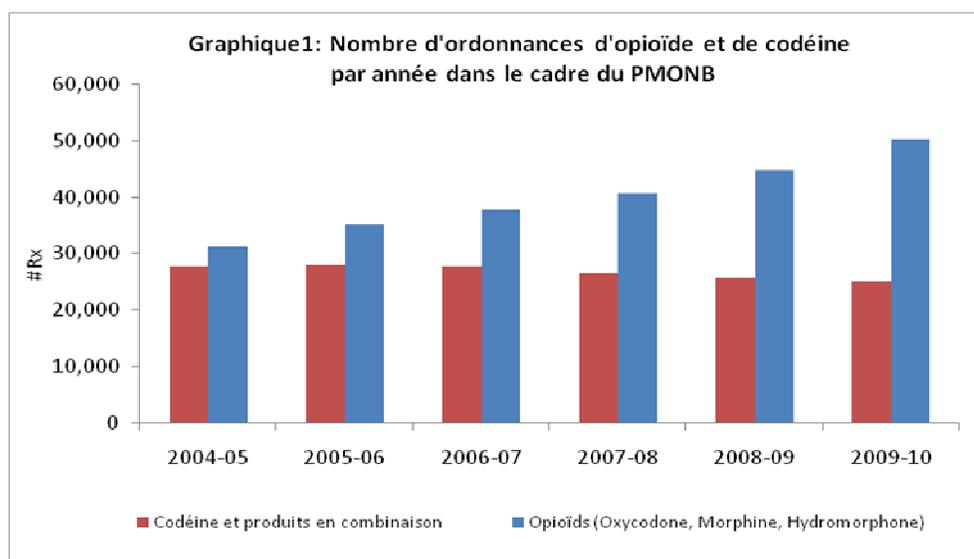
Pièce jointe A
Tendance de consommation des opioïdes et résumé de la Ligne directrice canadienne sur l'utilisation sûre et efficace des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique attribuable à d'autres causes que le cancer :
Renseignements à l'intention des fournisseurs de soins de santé

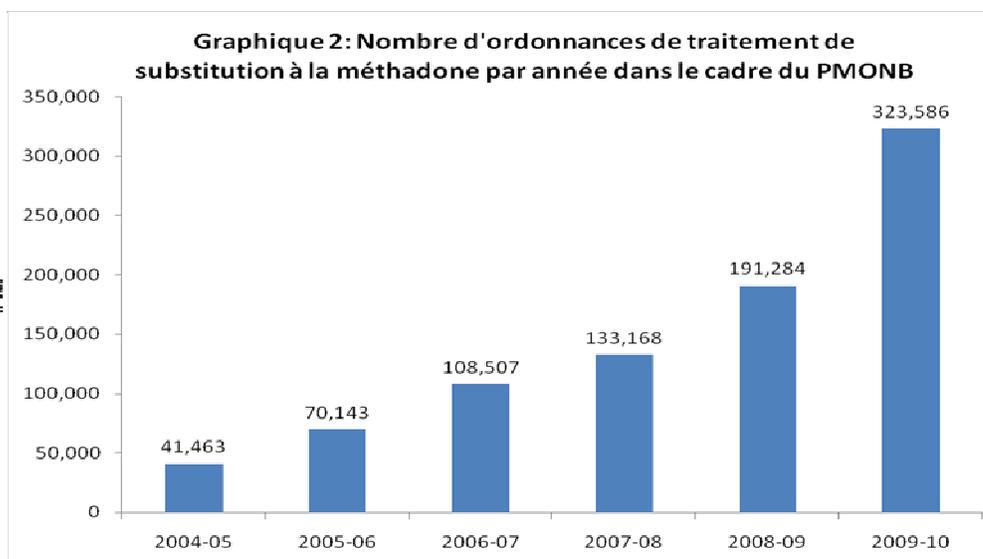
Par Melissa Hawkins, B.Sc. (phm) et Heidi L Liston, B.Sc. (phm) Pharm. D.

Tendance de consommation des opioïdes :

Au Canada, la consommation d'analgésiques opioïdes sur ordonnance a augmenté d'environ 50 % de 2000 à 2004.¹ Cette hausse a entraîné une augmentation des abus, des blessures graves et des décès par surdose parmi les patients traités aux opioïdes. Par la même occasion, il est important de reconnaître le fait que les analgésiques opioïdes jouent un rôle essentiel et qu'ils peuvent être utilisés de façon sûre et efficace dans le traitement de nombreux états de douleur chronique.²

De 2004 à 2010, le nombre d'ordonnances remboursées dans le cadre du PMONB a continué d'augmenter pour ce qui est des opioïdes, notamment l'oxycodone, la morphine et l'hydromorphone. Par ailleurs, on remarque une légère diminution des ordonnances de codéine et des produits combinés. Les coûts du PMONB imputables aux opioïdes est passé de 2,3 millions de dollars à 3,4 millions de dollars de 2004-2005 à 2009-2010. Durant cette même période, le nombre de bénéficiaires du PMONB recevant un traitement de substitution à la méthadone pour la dépendance aux opioïdes a augmenté de près de sept fois, comptant plus de 1 400 personnes au cours de l'exercice 2009-2010. Ce phénomène pourrait être partiellement attribuable au retrait de l'exigence relative au traitement cognitif et au counseling concomitants ; toutefois, ce facteur ne peut à lui seul expliquer une hausse de cette ampleur. Les coûts du PMONB imputables aux traitements de substitution à la méthadone est passé de 442 685 \$ en 2004-2005 à 4,6 millions de dollars en 2009-2010. Les graphiques 1 et 2 montrent le nombre d'ordonnances de méthadone au fil du temps. Le nombre d'ordonnances remboursées dans le cadre du PMONB pour les benzodiazépines continu également d'augmenter, la moyenne d'ordonnances par bénéficiaire se chiffrant maintenant à plus de 8, nombre qui était quelque peu supérieur à 6 en 2004-2005.





Résumé de la Ligne directrice canadienne sur l'utilisation sûre et efficace des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique attribuable à d'autres causes que le cancer :

L'abus de narcotiques, de médicaments contrôlés et de benzodiazépine suscite de plus en plus d'inquiétudes quant à la sécurité publique. Cette situation, jumelée à l'avis des médecins et au manque de directives fondées sur des preuves concernant l'usage des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique attribuable à d'autres causes que le cancer (DCAC), a incité les autorités canadiennes responsables de la réglementation médicale à former le Groupe de la Ligne directrice nationale sur l'utilisation des opioïdes (NOUGG). La DCAC touche de nombreux Canadiens. Une étude rapporte d'ailleurs que 27 % des aînés vivant à la maison souffrent de DCAC.³ Les opioïdes peuvent s'avérer un traitement efficace pour de nombreux états causant la DCAC. Le NOUGG a publié en avril 2010 la Ligne directrice canadienne sur l'utilisation sûre et efficace des opioïdes pour le traitement de la DCAC.²

Les concepts mis de l'avant dans la Ligne directrice canadienne comprennent l'utilisation d'ententes sur les ordonnances (p. ex. restreindre un patient à un seul médecin et à une seule pharmacie), la surveillance étroite des comportements anormaux en ce qui a trait aux médicaments et la collaboration avec les pharmaciens qui pourraient être en mesure de détecter l'usage inapproprié de médicaments. Le processus d'EUM du PMONB peut servir d'outil de soutien permettant aux prescripteurs et aux pharmaciens de mettre en œuvre certaines recommandations de la Ligne directrice et de cibler les bénéficiaires du PMONB susceptibles d'abuser des opioïdes.

Les trois groupes ayant participé à l'élaboration de la Ligne directrice canadienne sont le NOUGG, un groupe de recherche et un groupe consultatif national. Le rôle du NOUGG consistait à gérer et à surveiller l'élaboration ainsi que la mise en œuvre de la version définitive de la Ligne directrice. Le groupe de recherche devait quant à lui analyser la littérature, procéder à une évaluation critique et résumer les preuves, rédiger la première ébauche et passer en revue les recommandations après avoir reçu la rétroaction du groupe consultatif national. Le groupe consultatif national était composé de médecins, d'autres professionnels de la santé et de patients atteints de DCAC. Le mandat de ce groupe consistait à commenter les recommandations de la Ligne directrice et d'arriver à un consensus par rapport à celle-ci. La Ligne directrice a été approuvée par les autorités responsables de la réglementation médicale ; cependant, la Ligne directrice se veut un outil de soutien de la prise de décision clinique et non une norme régissant la pratique.

Il y a très peu de données probantes concernant l'usage des opioïdes pour traiter la DCAC. Par conséquent, il est important de reconnaître le fait que les recommandations de la Ligne directrice canadienne sont fortement fondées sur l'avis de spécialistes et sur le consensus du groupe consultatif national. Seulement 62 des 184 études portaient sur des échantillons aléatoires, les autres étant des études par observation. Les études comportaient généralement de courtes périodes de suivi et ne pouvaient permettre de mesurer d'importants résultats fonctionnels, comme le retour au travail, la déficience cognitive et la productivité. La Ligne directrice ne traite que de l'usage des opioïdes et ne vise pas les autres possibilités de traitement pharmacologiques et non pharmacologiques de la DCAC. Elle traite seulement de la DCAC et ne comprend pas les autres types de douleur (douleur aiguë, douleur palliative et douleur chronique attribuable au cancer).

La Ligne directrice comprend cinq ensembles de recommandations accompagnés de commentaires et d'un résumé des preuves à l'appui examinées. Les ensembles suivent le cheminement du traitement : décision d'amorcer le traitement aux opioïdes, réalisation d'un essai sur les opioïdes, suivi à long terme du traitement aux opioïdes, traitement aux opioïdes à long terme d'un groupe cible et gestion de l'abus des opioïdes et de la dépendance aux opioïdes chez les patients atteints de douleur chronique. Les principales recommandations et les outils retenus pour la mise en œuvre figurant dans la Ligne directrice sont résumés ci-dessous.

Recommandations

Premier ensemble – Décision d'amorcer le traitement aux opioïdes :

Évaluation complète du patient – Évaluer et documenter rigoureusement la douleur du patient, ses antécédents médicaux et psychologiques, son état psychique et ses antécédents de consommation.

- Outils disponibles : Guide d'évaluation complète, outils d'entrevue pour évaluer la consommation d'alcool et de drogue.

Évaluation des risques de dépendance – Envisager d'utiliser un outil d'évaluation afin de déterminer les risques que le patient développe une dépendance aux opioïdes. De nombreux outils offerts n'ont pas été suffisamment étudiés ou ne sont pas validés ; cependant, l'outil d'évaluation des opioïdes est grandement utilisé.

- Outils disponibles : outil d'évaluation du risque des opioïdes.

Dépistage de drogue dans l'urine – Il est possible de recourir au dépistage de drogue dans l'urine pour établir une mesure de base concernant le risque ou pour surveiller la conformité. Il faut cependant être à l'affût des avantages, des limites, du caractère approprié de la demande et de l'interprétation.

- Outils disponibles : outils d'éducation du patient, comparaison des tests réalisés dans les centres de soins de santé et en laboratoire, renseignements permettant d'interpréter les résultats.

Efficacité des opioïdes – Examiner la preuve de l'efficacité des opioïdes pour traiter l'état causant de la DCAC chez le patient. Des effets modérés de réduction de la douleur ont été démontrés dans les cas de douleur nociceptive d'origine musculosquelettique (p. ex. arthrose, lombalgie) et de douleur neuropathique. On a observé une légère amélioration des fonctions pour les mêmes états de santé.

- Outils disponibles : résumés des essais aléatoires et exemples d'états de santé pour lesquels les opioïdes ont été efficaces.

Consentement éclairé – Passer en revue les avantages, les risques, les effets néfastes et les complications potentiels du traitement aux opioïdes avec le patient. Il peut être utile d'établir des objectifs et de conclure une entente de traitement.

- Outils disponibles : résumé des avantages, des risques et des complications associés aux opioïdes, outils d'éducation du patient et modèle d'entente de traitement.

Sevrage graduel de la benzodiazépine – Envisager un sevrage graduel de la benzodiazépine, car son usage concomitant avec les opioïdes peut accroître le risque de sédation et de surdose et réduire les fonctions, surtout chez les personnes âgées.

- Outils disponibles : protocole de sevrage graduel de la benzodiazépine

Deuxième ensemble – Réalisation d'un essai sur les opioïdes

Rajustement des doses et conduite – Informer les patients qu'ils doivent éviter de conduire durant le rajustement de la dose, jusqu'à ce que la dose soit stable et ne cause plus d'effet de sédatif.

Sélection par étapes des opioïdes – Durant un essai d'opioïdes, choisissez l'agent opioïde qui convient le mieux au moyen d'une approche par étapes.

- Outils disponibles : guide de sélection des opioïdes et tableau montrant les questions relatives à la sécurité pour chaque agent.

Douleur faible à modérée	
<i>Traitement de première intention pour les cas de douleur faible à modérée :</i> Codéine ou tramadol	Douleur intense
<i>Traitement de deuxième intention pour les cas de douleur faible à modérée :</i> Morphine, oxycodone ou hydromorphone	<i>Traitement de première intention pour les cas de douleur intense :</i> Morphine, oxycodone ou hydromorphone
	<i>Traitement de deuxième intention pour les cas de douleur intense :</i> Fentanyl
	<i>Traitement de troisième intention pour les cas de douleur intense :</i> Méthadone

Dose optimale – Commencer par une faible dose d'opioïdes et augmenter la dose lentement tout en surveillant l'efficacité analgésique et les effets indésirables.

- Outils disponibles : tableau de la dose initiale suggérée et des horaires de rajustement.

Dose surveillée – Les DCAC peuvent généralement être soulagées efficacement à l'aide de doses égales ou supérieures à 200 mg de morphine par jour ou l'équivalent. Les doses plus élevées nécessitent une réévaluation.

Risque de mauvaise utilisation des opioïdes – Les patients qui sont plus susceptibles de faire une mauvaise utilisation des opioïdes doivent être surveillés de près afin que tout signe de comportement anormal lié aux médicaments soit décelé. Voici certains facteurs qui permettent de cibler ces patients : 1) antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme ; 2) sécurité incertaine à la maison ; 3) comportements anormaux liés aux médicaments par le passé.

- Outils disponibles : outil permettant de déceler tout signe de comportement anormal lié aux médicaments, conseils sur le rajustement des doses, surveillance des patients présentant un risque plus élevé.

Troisième ensemble – Surveillance du traitement aux opioïdes à long terme :

Surveillance – Une surveillance doit être effectuée afin de s'assurer que les opioïdes sont efficaces, que les patients n'éprouvent pas d'effets indésirables ou de complications diverses, et

qu'ils n'ont pas de comportements anormaux liés aux médicaments. La collaboration d'un médecin ou d'un pharmacien peut faciliter la surveillance des patients.

- Outils disponibles : renseignements sur les éléments de surveillance, outils de surveillance, exemple d'un dossier relatif à un traitement aux opioïdes.

Changement d'opioïdes ou abandon du traitement aux opioïdes – Si les patients éprouvent des effets indésirables non acceptables ou qu'un agent n'est pas suffisamment efficace, il est préférable de leur prescrire un agent opioïde différent ou d'abandonner le traitement et de réévaluer la situation.

- Outils disponibles : conseils sur les doses en cas de changement d'agent, protocole de sevrage des opioïdes, table de conversion des opioïdes.

Traitement à long terme et conduite – Certains facteurs peuvent nuire à la conduite des patients qui reçoivent un traitement aux opioïdes à long terme, notamment des douleurs intenses constantes, des troubles du sommeil et l'utilisation concomitante de médicaments qui pourraient provoquer de la somnolence.

Réexamen des étapes d'un traitement d'essai aux opioïdes – Il est recommandé que les patients qui ont reçu un traitement aux opioïdes pendant une longue période et qui n'ont pas initialement subi un traitement d'essai approprié fassent l'objet d'un suivi. Il faut veiller à ce que les activités suivantes aient été réalisées : diagnostiquer la douleur, dépister les risques, établir les objectifs, obtenir le consentement des patients, s'assurer que la dose est appropriée et vérifier l'efficacité des opioïdes.

Soins collaboratifs – Il peut être utile de consulter un médecin qui possède une expertise en matière de soulagement de la douleur ou de dépendance, et de recourir à des interventions au cours du traitement et à des modèles de soins partagés pour s'occuper de patients souffrant de DCAC. Une communication efficace entre les médecins de premier recours et les personnes consultées est essentielle pour que les soins soient donnés de façon appropriée et que le traitement aux opioïdes soit sécuritaire et efficace.

Quatrième ensemble – Traitement aux opioïdes à long terme d'un groupe cible :

Patients âgés – Certaines précautions doivent être prises en ce qui concerne les patients âgés qui reçoivent un traitement aux opioïdes, notamment des doses moins élevées au départ, un rajustement des doses plus lent, de plus grands intervalles entre les doses, un suivi et une surveillance plus fréquentes, et un sevrage des benzodiazépines au besoin. La prise d'hydromorphone ou d'oxycodone par voie buccale peut être préférable à la morphine.

- Outils disponibles : description des risques que présente un traitement aux opioïdes pour les personnes âgées, protocole de sevrage des benzodiazépines.

Patients adolescents – La mauvaise utilisation des opioïdes est plus fréquente chez les adolescents, et il se peut qu'il s'agisse d'un facteur de risque de dépendance aux opioïdes dans l'avenir. Les facteurs de risque d'une mauvaise utilisation comprennent un mauvais rendement scolaire, une plus grande disposition à prendre des risques, une dépression majeure et l'utilisation régulière d'alcool, de cannabis et de nicotine. Il faut rajuster les doses plus lentement, éviter les opioïdes dont on abuse fréquemment et établir un plan de traitement structuré dans le cas des patients adolescents souffrant de DCAC qui doivent clairement recevoir un traitement aux opioïdes et pour lesquels d'autres traitements ont échoué.

Patientes enceintes – Les doses des femmes enceintes qui reçoivent un traitement aux opioïdes à long terme devraient être réduites lentement jusqu'à la dose efficace la plus faible afin d'éviter les symptômes de sevrage, puis le traitement devrait être abandonné, dans la mesure du possible. Le tramadol n'est pas recommandé durant la grossesse, et on ignore s'il

est sécuritaire de prendre du fentanyl. Les patientes enceintes qui sont dépendantes aux opioïdes devraient être traitées avec de la méthadone.

- Outils disponibles : description des précautions post-partum.

Patients chez qui des troubles de comorbidité psychiatrique ont été diagnostiqués – Ces patients sont plus susceptibles de consommer abusivement de l'alcool et d'autres drogues, de somnoler et de tomber, de faire une surdose et de souffrir d'une dépression. Le traitement devrait généralement être réservé aux patients souffrant de DCAC bien définies pour lesquels les opioïdes sont efficaces. Les doses devraient être rajustées plus lentement, et les patients devraient fréquemment faire l'objet d'une surveillance.

Cinquième ensemble – Gestion de la mauvaise utilisation des opioïdes et de la dépendance aux opioïdes chez les patients souffrant de DCAC :

Le taux de prévalence d'une dépendance aux opioïdes chez les patients souffrant de DCAC est estimé à 3,3 %.

Options de traitement des dépendances – Les options comprennent des programmes de traitement à la méthadone ou à la buprénorphine, un traitement aux opioïdes structuré et un traitement fondé sur l'abstinence.

- Outils disponibles : Conseils et description des options de traitement.

Ordonnances frauduleuses – Les médecins devraient prendre des précautions afin d'éviter les ordonnances frauduleuses. Par exemple, ils devraient envoyer les ordonnances par télécopieur, utiliser du papier carbone, conserver les blocs d'ordonnances dans un endroit sécuritaire et travailler en collaboration avec les pharmaciens.

Comportement inacceptable des patients – Il faut disposer d'une approche afin de traiter avec des patients qui ne sont pas d'accord avec les ordonnances ou qui font preuve d'un comportement inacceptable. Il faut également connaître les obligations envers les patients, les employés et la société si on soupçonne un patient de prendre part à des activités illégales.

Politique de prescription d'opioïdes pour des soins actifs – Les établissements de soins actifs (p. ex. les services d'urgence) devraient être dotés des moyens nécessaires pour répondre aux besoins des patients souffrant de douleurs chroniques de façon appropriée et pour empêcher les patients qui cherchent à obtenir des opioïdes pour en faire une mauvaise utilisation ou un détournement de le faire.

Références :

- 1) Drugs: estimated world requirements for 2007: statistics from 2005. New York (NY): International Narcotics Control Board; 2006. (which is reference six in the review article of the NOUGG guidelines, Furlan, et al 2010)
- 2) Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain (Part A) 2010.
- 3) Ramage-Morin PL. Medication use among senior Canadians. Health Rep. 2009 Mar;20(1):37-44.

Des recommandations complètes, des outils de pratique et de plus amples renseignements se trouvent dans la Ligne directrice canadienne sur l'utilisation sûre et efficace des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique attribuable à d'autres causes que le cancer, à l'adresse suivante : <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid>. Le Michael G. DeGroote National Pain Centre de l'Université McMaster a la responsabilité de tenir à jour la Ligne directrice à mesure que de nouveaux éléments de preuve à l'appui deviennent disponibles.

Bulletin n° 803

Le 15 decembre, 2010

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 25 janvier 2011 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 26 janvier 2011.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Jan 25/11 Jan 26/11

Atenolol								
Aténolol								
Tab	Orl	25mg	phl-Atenolol	2247182	PHL	AEFGVW	MAP	
Co.								
		50mg	phl-Atenolol	2238316	PHL	AEFGVW	MAP	
		100mg	phl-Atenolol	2238318	PHL	AEFGVW	MAP	
Citalopram Hydrobromide								
Citalopram (bromhydrate de)								
Tab	Orl	20mg	Citalopram	2353660	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.								
		40mg	Citalopram	2353679	SAS	AEFGVW	MAP	
Clobazam								
Tab	Orl	10mg	Novo-Clobazam	2238334	NOP	AEFGVW	MAP	
Co.								
Dorzolamide Hydrochloride								
Dorzolamide (chlorhydrate de)								
Liq	Oph	2%	Sandoz Dorzolamide	2316307	SDZ	AEF18+VW	AAC 2.6260	
Dorzolamide Hydrochloride/Timolol Maleate								
Dorzolamide (chlorhydrate de)/Timolol (maléate de)								
Liq	Oph	2%/0.5%	Sandoz Dorzolamide/Timolol	2344351	SDZ	AEF18+VW	AAC 3.9770	
Enalapril Maleate								
Enalapril (maléate de)								
Tab	Orl	2.5mg	Ran-Enalapril	2352230	RAN	AEFGVW	MAP	
Co.								
		5mg	Ran-Enalapril	2352249	RAN	AEFGVW	MAP	
		10mg	Ran-Enalapril	2352257	RAN	AEFGVW	MAP	
		20mg	Ran-Enalapril	2352265	RAN	AEFGVW	MAP	
Finasteride								
Finastéride								
Tab	Orl	5mg	Finasteride	2355043	AHC	Spec. Auth.	MAP	
Co.			Co-Finasteride	2354462	COB			
Fluoxetine Hydrochloride								
Fluoxétine (chlorhydrate de)								
Cap	Orl	20mg	Fluoxetine	2286076	SAS	AEFGVW	MAP	
Caps								

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

						to	MAP
						Jan 25/11	Jan 26/11
Gabapentin							
Cap	Orl	100mg	Ran-Gabapentin	2319055	RAN	AEFGVW	MAP
Caps		300mg	Ran-Gabapentin	2319063	RAN	AEFGVW	MAP
		400mg	Ran-Gabapentin	2319071	RAN	AEFGVW	MAP
Galantamine Hydrobromide							
Galantamine (bromhydrate de)							
ERC	Orl	8mg	Mylan-Galantamine ER	2339439	MYL	Spec. Auth	AAC 2.4930
Caps.L.P.		16mg	Mylan-Galantamine ER	2339447	MYL	Spec. Auth	AAC 2.4930
		24mg	Mylan-Galantamine ER	2339455	MYL	Spec. Auth	AAC 2.4930
Meloxicam							
Tab	Orl	7.5mg	Meloxicam	2353148	SAS	AEFGVW	MAP
Co.		15mg	Meloxicam	2353156	SAS	AEFGVW	MAP
Metformin Hydrochloride							
Metformine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	500mg	Metformin	2353377	SAS	AEFGVW	MAP
Co.		850mg	Metformin	2353385	SAS	AEFGVW	MAP
Olanzapine							
ODT	Orl	5mg	Teva-Olanzapine ODT	2321343	TEV	W & Spec. Auth.	MAP
Co.D.O		10mg	Teva-Olanzapine ODT	2321351	TEV	W & Spec. Auth.	MAP
		15mg	Teva-Olanzapine ODT	2321378	TEV	W & Spec. Auth.	MAP
		20mg	Teva-Olanzapine ODT	2321386	TEV	Spec. Auth.	MAP
Ramipril/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	10mg/12.5mg	pms-Ramipril/HCTZ	2342154	PMS	AEFGVW	AAC 0.2865
Co.		10mg/25mg	pms-Ramipril/HCTZ	2342170	PMS	AEFGVW	AAC 0.2865
Ranitidine Hydrochloride							
Ranitidine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	150mg	Ran-Ranitidine	2336480	RAN	ABEFGVW	MAP
Co.		300mg	Ran-Ranitidine	2336502	RAN	ABEFGVW	MAP
Repaglinide							
Tab	Orl	0.5mg	Co-Repaglinide	2321475	COB	Spec. Auth.	AAC 0.2083
Co.		1mg	Co-Repaglinide	2321483	COB	Spec. Auth.	AAC 0.2165
		2mg	Co-Repaglinide	2321491	COB	Spec. Auth.	AAC 0.2441

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONBto MAP
Jan 25/11 Jan 26/11Ropinirole Hydrochloride
Ropinirole (chlorhydrate de)

Tab	Orl	0.25mg	Jamp-Ropinirole	2352338	JPC			
Co.			Ropinirole	2353040	SAS	AEFVW	MAP	
		1mg	Jamp-Ropinirole	2352346	JPC			
			Ropinirole	2353059	SAS	AEFVW	MAP	
		2mg	Jamp-Ropinirole	2352354	JPC			
			Ropinirole	2353067	SAS	AEFVW	MAP	
		5mg	Jamp-Ropinirole	2352362	JPC			
			Ropinirole	2353075	SAS	AEFVW	MAP	

Sertraline Hydrochloride
Sertraline (chlorhydrate de)

Cap	Orl	25mg	GD-Sertraline	2273683	GMD	AEFGVW	MAP	
Caps		50mg	GD-Sertraline	2273691	GMD	AEFGVW	MAP	
		100mg	GD-Sertraline	2273705	GMD	AEFGVW	MAP	

Tamsulosin Hydrochloride
Tamsulosine (chlorhydrate de)

SRC	Orl	0.4mg	Jamp-Tamsulosin	2352419	JPC	AEFVW	MAP	
Caps.L.L.								

Topiramate

Tab	Orl	25mg	Topiramate	2356856	SAS	Spec. Auth.	MAP	
Co.		100mg	Topiramate	2356864	SAS	Spec. Auth.	MAP	
		200mg	Topiramate	2356872	SAS	Spec. Auth.	MAP	

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**to MAP
Jan 25/11 Jan 26/11Fluoxetine Hydrochloride
Fluoxétine (chlorhydrate de)

Cap	Orl	10mg	Fluoxetine	2286068	SAS		MAP	
Caps								

Bulletin n° 804

Le 29 décembre 2010

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 29 décembre 2010.

Vous trouverez ce qui suit dans ce bulletin :

- **Ajouts aux produits habituellement assurés**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés mais ne figurant pas sur la liste**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste de distribution du bulletin, veuillez envoyer un message à BC_nbpd@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles à la page Web du PMONB à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-e.asp

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Je vous prie d'agréer, Madame / Monsieur, mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS AUX GARANTIES RÉGULIÈRES

Médicament / Forme / Voie / Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Dipropionate bétaméthasone							
Cr.	Top	0,05%	ratio-Topilene ratio-Topisone	0849650 0804991	RPH	AEFGVW	PAR
Ont	Top	0,05%	ratio-Topilene ratio-Topisone	0849669 0805009	RPH	AEFGVW	PAR
Lot	Top	0,05%	ratio-Topilene ratio-Topisone	1927914 0809187	RPH	AEFGVW	PAR

Médicaments pour soins palliatifs

Afin de faciliter les soins en fin de vie des patients à domicile, des médicaments couramment utilisés en médecine palliative ont été ajoutés aux produits habituellement assurés par le PMONB. L'utilisation de ces médicaments sera examinée dans un an pour évaluer si le statut de produits habituellement assurés sera maintenu.

Médicament / Forme / Voie / Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Glycopyrrolate							
Liq	Inj	0,2 mg/ml	Glycopyrrolate	2039508	SDZ	AEF	PAR
Lorazépam							
Liq	Inj	0,4 mg/ml	Lorazepam	2243278	SDZ	AEF	PAR
Méthotriméprazine							
Liq	Inj	25 mg/ml	Nozinan	1927698	SAV	AEFV	PAR
Midazolam							
Liq	Inj	1 mg/ml 5 mg/ml	Midazolam	2240285 2240286	SDZ	AEF	PAR
Scopolamine							
Liq	Inj	0,4 mg/ml 0,6 mg/ml	Scopolamine	0541869 0541877	HOS	AEF	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Calcipotriol / dipropionate de bétaméthasone
(*Xamiol*[®])
Gel 50 µg / 0,5 mg/g

Pour le traitement du psoriasis du cuir chevelu après absence de résultat avec un stéroïde topique utilisé seul ET l'absence de résultat avec un stéroïde topique utilisé en même temps que le calcipotriol utilisé seul.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (SUITE)

Thyrotropine alpha
(Thyrogen®)
Poudre pour injection 0,9
mg/ml

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

Comme traitement d'appoint pour la stimulation préthérapeutique en vue d'une ablation à l'iode radioactif du tissu thyroïdien résiduel chez les patients qui suivent une thérapie de suppression aux hormones thyroïdiennes et qui ont subi une thyroïdectomie totale ou quasi-totale pour un cancer bien différencié de la thyroïde, sans signe de cancer thyroïdien métastatique à distance.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Capécitabine
(Xeloda®)
Comprimés de 150 mg,
500 mg

Pour le traitement du cancer du sein métastatique chez les patients qui ont fait des progrès suite à des traitements de chimiothérapie antérieurs et qui ont un état de performance du ECOG de 0-2*.

Les demandes de capécitabine doivent être prescrites par un spécialiste en hématologie/oncologie. Le médicament sera approuvé pour une période de six mois à la fois.

* Les patients qui sont asymptomatiques et ceux qui sont symptomatiques et au lit moins de la moitié du temps.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu que ces derniers n'offraient pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas examinées.

Aripiprazole	(Abilify®)	Comprimés de 2 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg
Clindamycine / peroxyde de benzoyl – Acné vulgaire	(BenzaClin®)	Gel 1 % / 5 %
Drospirénone / éthinyloestradiol – Contraception, acné vulgaire	(Yaz®)	Comprimés de 3 mg / 0,02 mg
Fénofibrate nanocristaux – réexamen Hypertriglycéridémie ; hyperlipidémie mixte	(Lipidil EZ®)	Comprimés de 48 mg, 145 mg
Imatinib – pour traitement adjuvant des tumeurs stromales gastro-intestinales malignes	(Gleevec®)	Comprimés de 100 mg, 400 mg

Bulletin n° 807

Le 9 février, 2011

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 15 mars 2011 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 16 mars 2011.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Mar 15/11 Mar 16/11

Alendronate Sodium						
Alendronate sodique						
Tab	Orl	70mg	Alendronate	2352966	SAS	W & Spec. Auth. MAP
Co.						
Amlodipine Besylate						
Bésylate d'amlodipine						
Tab	Orl	2.5mg	Septa-Amlodipine	2357704	SPT	AEFVW MAP
Co.						
		5mg	Septa-Amlodipine	2357712	SPT	AEFVW MAP
		10mg	Septa-Amlodipine	2357720	SPT	AEFVW MAP
Amoxicillin						
Amoxicilline						
Cap	Orl	250mg	Amoxicillin	2352710	SAS	ABEFGVW MAP
Caps						
		500mg	Amoxicillin	2352729	SAS	ABEFGVW MAP
TabC	Orl	250mg	Amoxicillin	2352737	SAS	ABEFGVW MAP
Co.C						
Pws	Orl	25mg/mL	Amoxicillin	2352745	SAS	ABEFGVW MAP
Pds.						
			Amoxicillin (sugar-reduced)	2352761		
		50mg/mL	Amoxicillin	2352753	SAS	ABEFGVW MAP
			Amoxicillin (sugar-reduced)	2352788		
Azithromycin						
Azithromycine						
Tab	Orl	250mg	GD-Azithromycin	2274531	GMD	ABEFGVW MAP
Co.						
Betahistine Hydrochloride						
Bétahistine (chlorhydrate de)						
Tab	Orl	8mg	Novo-Betahistine	2280183	NOP	Spec. Auth. AAC
Co.						
Ciprofloxacin Hydrochloride						
Ciprofloxacine (chlorhydrate de)						
Tab	Orl	250mg	Ciprofloxacin	2353318	SAS	BW & Spec. Auth. MAP
Co.						
		500mg	Ciprofloxacin	2353326	SAS	BW & Spec. Auth. MAP
		750mg	Ciprofloxacin	2353334	SAS	BW & Spec. Auth. MAP
Citalopram Hydrobromide						
Citalopram (bromhydrate de)						
Tab	Orl	20mg	Septa-Citalopram	2355272	SPT	AEFVW MAP
Co.						

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Mar 15/11 Mar 16/11

Citalopram Hydrobromide								
Citalopram (bromhydrate de)								
Tab	Orl	40mg	Septa-Citalopram	2355280	SPT	AEFGVW	MAP	
Co.								
Clarithromycin								
Tab	Orl	250mg	Sandoz Clarithromycin	2266539	SDZ	ABEFGVW	MAP	
Co.								
		500mg	Sandoz Clarithromycin	2266547	SDZ	ABEFGVW	MAP	
Diclofenac Sodium								
Diclofénac sodique								
ECT	Orl	50mg	Diclofenac EC	2352397	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.Ent.								
SRT	Orl	75mg	Diclofenac SR	2352400	SAS	AEFGVW	MAP	
Co. L.L.								
Dorzolamide Hydrochloride/Timolol Maleate								
Dorzolamide (chlorhydrate de)/Timolol (maléate de)								
Liq	Oph	2%/0.5%	Apo-Dorzo-Timop	2299615	APX	AEF18+VW	AAC 3.9770	
Enalapril Maleate/Hydrochlorothiazide								
Enalapril (maléate de)/hydrochlorothiazide								
Tab	Orl	5mg/12.5mg	Apo-Enalapril/HCTZ	2352923	APX	AEFGVW	MAP	
Co.								
		10mg/25mg	Apo-Enalapril/HCTZ	2352931	APX	AEFGVW	MAP	
Galantamine Hydrobromide								
Galantamine (bromhydrate de)								
ERC	Orl	8mg	PAT-Galantamine ER	2316943	PPH	Spec. Auth	AAC 2.4930	
Caps.L.P.								
		16mg	PAT-Galantamine ER	2316951	PPH	Spec. Auth	AAC 2.4930	
		24mg	PAT-Galantamine ER	2316978	PPH	Spec. Auth	AAC 2.4930	
Lisinopril								
Tab	Orl	5mg	Sandoz Lisinopril	2289199	SDZ	AEFGVW	MAP	
Co.								
		10mg	Sandoz Lisinopril	2289202	SDZ	AEFGVW	MAP	
		20mg	Sandoz Lisinopril	2289229	SDZ	AEFGVW	MAP	
Lovastatin								
Lovastatine								
Tab	Orl	20mg	Lovastatin	2353229	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.								
		40mg	Lovastatin	2353237	SAS	AEFGVW	MAP	

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Mar 15/11 Mar 16/11

Omeprazole							
Oméprazole							
SRT	Orl	20mg	Teva-Omeprazole	2295415	TEV	ABEFGVW	MAP
Co. L.L.							
Quetiapine Fumarate							
Quétiapine (fumarate de)							
Tab	Orl	25mg	Quetiapine	2353164	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
		100mg	Quetiapine	2353172	SAS	AEFGVW	MAP
		200mg	Quetiapine	2353199	SAS	AEFGVW	MAP
		300mg	Quetiapine	2353202	SAS	AEFGVW	MAP
Ramipril/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	5mg/25mg	pms-Ramipril/HCTZ	2342162	PMS	AEFGVW	AAC 0.2263
Co.							
Ranitidine Hydrochloride							
Ranitidine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	150mg	Ranitidine	2353016	SAS	ABEFGVW	MAP
Co.							
		300mg	Ranitidine	2353024	SAS	ABEFGVW	MAP
Repaglinide							
Tab	Orl	0.5mg	pms-Repaglinide	2354926	PMS	Spec. Auth.	AAC 0.2083
Co.							
		1mg	pms-Repaglinide	2354934	PMS	Spec. Auth.	AAC 0.2165
		2mg	pms-Repaglinide	2354942	PMS	Spec. Auth.	AAC 0.2441
Sertraline Hydrochloride							
Sertraline (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	25mg	Sertraline	2353520	SAS	AEFGVW	MAP
Caps							
		50mg	Sertraline	2353539	SAS	AEFGVW	MAP
		100mg	Sertraline	2353547	SAS	AEFGVW	MAP
Tamsulosin Hydrochloride							
Tamsulosine (chlorhydrate de)							
ERT	Orl	0.4mg	Sandoz Tamsulosin CR	2340208	SDZ	AEFVW	AAC 0.4200
Co. L.P.							
Terbinafine Hydrochloride							
Terbinafine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	250mg	Terbinafine	2353121	SAS	Spec. Auth.	MAP
Co.							

NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM

				to	MAP		
				Mar 15/11	Mar 16/11		
Atomoxetine Hydrochloride							
Atomoxétine (chlorhydrate d')							
Cap	Orl	10mg	Apo-Atomoxetine	2318024	APO	AAC	2.3140
Caps		18mg	Apo-Atomoxetine	2318032	APO	AAC	2.6522
		25mg	Apo-Atomoxetine	2318040	APO	AAC	2.9281
		40mg	Apo-Atomoxetine	2318059	APO	AAC	3.3375
		60mg	Apo-Atomoxetine	2318067	APO	AAC	3.7024
		80mg	Apo-Atomoxetine	2318075	APO	AAC	3.9961
		100mg	Apo-Atomoxetine	2318083	APO	AAC	4.3521
Diclofenac Potassium							
Diclofénac potassique							
Tab	Orl	50mg	Diclofenac K	2351684	SAS	MAP	
Co.							
Esomeprazole Magnesium Trihydrate							
Esomeprazole magnésien trihydraté							
ERT	Orl	40mg	Apo-Esomeprazole	2339102	APX	AAC	1.8690
Co. L.P.							

Bulletin n° 809

Le 15 mars 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 15 mars 2011.

Ce bulletin porte sur les sujets suivants :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également accessibles à partir de la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

AJOUTS AUX GARANTIES RÉGULIÈRES

Médicament / Forme / Voie / Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Tartrate de brimonidine							
Liq	Oph	0,15 %	Alphagan P® Apo-Brimonidine P	02248151 02301334	ALL APX	AEFVW	PAM
Candésartan / hydrochlorothiazide							
Co	Orl	32 mg / 12,5 mg 32 mg / 25 mg	Atacand Plus® Atacand Plus®	02332922 02332957	AZE	AEFGVW	PAR
Dexaméthasone (phosphate disodique)							
Liq	Inj	4 mg / mL	Dexaméthasone-OMEGA	02204266	OMG	AEFGVW	PAM
Estradiol							
Co	Orl	0,5 mg	Estrace®	02225190	SHI	AEFGVW	PAR
Décanoate de flupentixol							
Liq	Inj	20 mg 100 mg	Mylan-Flupentixol Mylan-Flupentixol	02242363 02242364	MYL	AEFGV	PAR
Chlorhydrate d'imipramine							
Co	Orl	75 mg	Imipramine	00644579	AAP	AEFGVW	PAR
Interféron bêta-1a (cartouche)							
Liq	Inj	22 mcg / 0,5 mL 44 mcg / 0,5 mL	Rebif® Rebif®	02318253 02318261	EMD	H	PAR
Interféron bêta-1b							
Liq	Inj	Trousse de départ	Betaseron®	02169649	BAY	H	PAR
Perindopril / Indapamide							
Co	Orl	8 mg / 2,5 mg	Coversyl Plus HD®	02321653	SEV	AEFGVW	PAR
Chlorhydrate de vérapamil							
Co.L.L	Orl	240 mg	Novo-Veramil SR	02211920	NOP	AEFGVW	PAR

Médicaments ne nécessitant plus d'autorisation spéciale

Tamsulosine CR							
Co	Orl	0,4 mg	Flomax CR® Sandoz Tamsulosin CR	02270102 02340208	BOE SDZ	AEFVW	PAM

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Oxycodone CR

(*OxyContin*[®])

Comprimés à libération

contrôlée de 15 mg, 30 mg et
60 mg

(nouvelles puissances)

Indiqué pour le traitement de la douleur modérée à grave liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne.

Témazolomide

(*Temodal*[®])

Capsules de 5 mg, 20 mg,
100 mg, 140 mg, 180 mg et
250 mg

Indiqué pour le traitement des patients ayant récemment reçu un diagnostic de gliome de degré élevé avec un bon indice de performance (indice de Karnofsky supérieur ou égal à 60 %), lorsqu'il est utilisé en combinaison avec la radiothérapie ou en tant que traitement auxiliaire après radiothérapie jusqu'à 6 cycles au maximum.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Hp-PAC[®]

(capsule de lansoprazole de
30 mg, capsule d'amoxicilline
de 500 mg, comprimé de
clarithromycine de 500 mg)

Indiqué pour le traitement des patients souffrant d'une infection à la bactérie *H. pylori* et d'un ulcère duodéal actif. Ce traitement doit être limité à une période de 7 jours dans le cas du traitement de première intention.

Nota : En cas d'échec du traitement contre une infection à la bactérie *H. pylori* ou de réinfection, le traitement de deuxième intention doit être limité à une période de 7 à 14 jours, pourvu qu'au moins 4 semaines se soient écoulées depuis le traitement de première intention. De plus, si l'échec du traitement ou la réinfection se produit dans les trois mois suivant le traitement de première intention, un antibiotique différent doit être utilisé.

Olanzapine ODT

(*Zyprexa*[®], *Zydis*[®] et
marques génériques)

Comprimés à dissolution
orale de 5 mg, 10 mg et
15 mg et 20 mg

Mêmes statut des garanties et critères que pour les comprimés d'olanzapine. S'il vous plaît voir le Formulaire du PMONB.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

L'examen réalisé sur les produits suivants a conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

Calcitriol

(*Silkis*[®])

3µg/g onguent

Bulletin n° 810

Le 22 mars, 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 2 mai 2011 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 3 mai 2011.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							May 2/11	May 3/11
Valsartan								
Tab	Orl	80mg	Ran-Valsartan	2363100	RAN			
Co.			Sandoz Valsartan	2356759	SDZ	AEFGVW	AAC	0.5916
			Teva-Valsartan	2356651	TEV			
160mg								
			Ran-Valsartan	2363119	RAN			
			Sandoz Valsartan	2356767	SDZ	AEFGVW	AAC	0.5916
			Teva-Valsartan	2356678	TEV			
320mg								
			Sandoz Valsartan	2356775	SDZ	AEFGVW	AAC	0.5686
			Teva-Valsartan	2356686	TEV			
Valsartan/Hydrochlorothiazide								
Tab	Orl	80mg/12.5mg	Sandoz Valsartan/HCT	2356694	SDZ	AEFGVW	AAC	0.5916
Co.			Teva-Valsartan/HCTZ	2356996	TEV			
160mg/12.5mg								
			Sandoz Valsartan/HCT	2356708	SDZ	AEFGVW	AAC	0.5916
			Teva-Valsartan/HCTZ	2357003	TEV			
160mg/25mg								
			Sandoz Valsartan/HCT	2356716	SDZ	AEFGVW	AAC	0.5916
			Teva-Valsartan/HCTZ	2357011	TEV			
320mg/12.5mg								
			Sandoz Valsartan/HCT	2356724	SDZ	AEFGVW	AAC	0.5823
			Teva-Valsartan/HCTZ	2357038	TEV			
320mg/25mg								
			Sandoz Valsartan/HCT	2356732	SDZ	AEFGVW	AAC	0.5823
			Teva-Valsartan/HCTZ	2357046	TEV			

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

							to	MAP
							May 2/11	May 3/11
Valsartan								
Tab	Orl	40mg	Ran-Valsartan	2363062	RAN			
Co.			Sandoz Valsartan	2356740	SDZ		AAC	0.5822
			Teva-Valsartan	2356643	TEV			

Bulletin n° 811

Le 25 mars 2011

Demands de remboursement pour la méthadone

Les changements suivants seront apportés aux critères des demandes de remboursement pour la méthadone du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB).

Frais d'exécution d'ordonnance

Les frais d'exécution d'ordonnance des demandes de remboursement pour la méthadone admissibles seront les suivants :

11,75 \$	À compter du 1 ^{er} avril 2011
10,60 \$	À compter du 1 ^{er} juin 2011
9,40 \$	À compter du 1 ^{er} septembre 2011

La facturation électronique est effectuée par la pharmacie de façon journalière dans le cas des bénéficiaires du PMONB qui reçoivent les doses à emporter et l'administration de doses devant témoin. Une seule demande de remboursement par jour est autorisée.

Garanties admissibles pour la méthadone

À compter du 1^{er} avril 2011, les médicaments Metadol^{MC} 1 mg / mL, solution orale, et Metadol^{MC} 10 mg / mL, concentré oral, feront partie des médicaments du Formulaire du PMONB nécessitant une autorisation spéciale et seront assortis des mêmes critères que la solution orale composée de méthadone.

1. Indiqués pour le traitement de la douleur grave liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne comme solution de rechange à d'autres opioïdes.
2. Indiqués pour le traitement de la dépendance aux opioïdes.

Ces produits peuvent être utilisés au lieu de la méthadone en poudre et sont remboursés au même montant que la solution orale composée de méthadone.

Nota : Les demandes de remboursement des comprimés de Metadol^{MC} continueront d'être examinées comme demandes d'autorisation spéciale pour le traitement de la douleur liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne.

Prix admissible maximum (PAM)

À compter du 1^{er} avril 2011, un PAM de 0,0050 \$ par mg s'appliquera à la solution orale composée de méthadone, au Metadol^{MC}, solution orale et concentré, comme le montre le tableau ci-dessous.

Produit	Indication	NIP / NIM	PAM (par mg)
Solution orale composée de méthadone	Dépendance aux opioïdes	00999734	0,0050
Solution orale composée de méthadone	Douleur chronique	00999801	0,0050
Metadol ^{MC} 1 mg / mL, solution orale	Dépendance aux opioïdes Douleur chronique	02247694	0,0050
Metadol ^{MC} 10 mg / mL, concentré oral	Dépendance aux opioïdes Douleur chronique	02241377	0,0050

Les demandes de remboursement pour ces produits doivent être présentées avec les NIP / DIN applicables.

L'unité de mesure (quantité) pour la facturation des demandes de remboursement pour la solution orale composée de méthadone et la solution orale et le concentré de Metadol^{MC} est le milligramme (mg). Par exemple, une dose de 70 mg de méthadone doit être facturée comme une quantité de 70.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Bulletin n° 813

Le 4 mai, 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 14 juin 2011 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 15 juin 2011.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
June 14/11 June15/11

Amlodipine Besylate								
Bésylate d'amlodipine								
Tab	Orl	5mg	Mint-Amlodipine	2362651	MNT	AEFVW	MAP	
Co.								
		10mg	Mint-Amlodipine	2362678	MNT	AEFVW	MAP	
Clarithromycin								
Tab	Orl	250mg	Ran-Clarithromycin	2361426	RAN	ABEFGVW	MAP	
Co.								
		500mg	Ran-Clarithromycin	2361434	RAN	ABEFGVW	MAP	
Etidronate Disodium/Calcium Carbonate								
Etidronate disodique/carbonate de calcium								
Tab	Orl	400mg/500mg	Etidrocal	2353210	SAS	AEFVW	MAP	
Co.								
Gabapentin								
Cap	Orl	100mg	GD-Gabapentin	2285819	GMD	AEFGVW	MAP	
Caps			Gabapentin	2353245	SAS			
		300mg	GD-Gabapentin	2285827	GMD	AEFGVW	MAP	
			Gabapentin	2353253	SAS			
		400mg	GD-Gabapentin	2285835	GMD	AEFGVW	MAP	
			Gabapentin	2353261	SAS			
Tab	Orl	600mg	GD-Gabapentin	2285843	GMD	AEFGVW	MAP	
Co.								
		800mg	GD-Gabapentin	2285851	GMD	AEFGVW	MAP	
Irbesartan								
Tab	Orl	75mg	Co-Irbesartan	2328070	COB			
Co.			pms-Irbesartan	2317060	PMS	AEFGVW	AAC	0.6049
			ratio-Irbesartan	2316390	TEV			
			Sandoz Irbesartan	2328461	SDZ			
		150mg	Co-Irbesartan	2328089	COB			
			pms-Irbesartan	2317079	PMS	AEFGVW	AAC	0.6049
			ratio-Irbesartan	2316404	TEV			
			Sandoz Irbesartan	2328488	SDZ			
		300mg	Co-Irbesartan	2328100	COB			
			pms-Irbesartan	2317087	PMS	AEFGVW	AAC	0.6049
			ratio-Irbesartan	2316412	TEV			
			Sandoz Irbesartan	2328496	SDZ			
Irbesartan/Hydrochlorothiazide								
Tab	Orl	150mg/12.5mg	Co-Irbesartan/HCT	2357399	COB			
Co.			pms-Irbesartan/HCTZ	2328518	PMS			
			Ran-Irbesartan/HCTZ	2363208	RAN	AEFGVW	AAC	0.6049
			ratio-Irbesartan/HCTZ	2330512	TEV			
			Sandoz Irbesartan/HCT	2337428	SDZ			

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
June 14/11 June15/11

Irbesartan/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	300mg/12.5mg	Co-Irbesartan/HCT	2357402	COB		
Co.			pms-Irbesartan/HCTZ	2328526	PMS		
			Ran-Irbesartan/HCTZ	2363216	RAN	AEFGVW	AAC 0.6049
			ratio-Irbesartan/HCTZ	2330520	TEV		
			Sandoz Irbesartan/HCT	2337436	SDZ		
		300mg/25mg	Co-Irbesartan/HCT	2357410	COB		
			pms-Irbesartan/HCTZ	2328534	PMS		
			Ran-Irbesartan/HCTZ	2363224	RAN	AEFGVW	AAC 0.6008
			ratio-Irbesartan/HCTZ	2330539	TEV		
			Sandoz Irbesartan/HCT	2337444	SDZ		
Lansoprazole							
SRC	Orl	15mg	Lansoprazole	2357682	SAS	Spec. Auth.	MAP
Co.							
		30mg	Lansoprazole	2357690	SAS	Spec. Auth.	MAP
Mirtazapine							
ODT	Orl	15mg	Auro-Mirtazapine OD	2299801	ARO	AEFGVW	MAP
Co.							
		30mg	Auro-Mirtazapine OD	2299828	ARO	AEFGVW	MAP
		45mg	Auro-Mirtazapine OD	2299836	ARO	AEFGVW	MAP
Morphine SR							
Morphine (sulfate de)							
SRT	Orl	15mg	Morphine SR	2350815	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
		30mg	Morphine SR	2350890	SAS	AEFGVW	MAP
		60mg	Morphine SR	2350912	SAS	AEFGVW	MAP
		100mg	Morphine SR	2350920	SAS	AEFGVW	MAP
		200mg	Morphine SR	2350947	SAS	AEFGVW	MAP
Nevirapine							
Névirapine							
Tab	Orl	200mg	Auro-Nevirapine	2318601	ARO		
Co.			Teva-Nevirapine	2352893	TEV	U	AAC 2.4692
Pravastatin Sodium							
Pravastatine sodique							
Tab	Orl	10mg	Pravastatin	2356546	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
		20mg	Pravastatin	2356554	SAS	AEFGVW	MAP
		40mg	Pravastatin	2356562	SAS	AEFGVW	MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONBto MAP
June 14/11 June 15/11

Rabeprazole Sodium							
Rabéprazole sodique							
ECT	Orl	10mg	Rabeprazole EC	2356511	SAS	ABEFGVW	MAP
Co. Ent							
		20mg	Rabeprazole EC	2356538	SAS	ABEFGVW	MAP
Ramipril/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	2.5mg/12.5mg	pms-Ramipril/HCTZ	2342138	PMS	AEFGVW	AAC 0.2250
Co.							
		5mg/12.5mg	pms-Ramipril/HCTZ	2342146	PMS	AEFGVW	AAC 0.2263
Repaglinide							
Tab	Orl	0.5mg	Sandoz Repaglinide	2357453	SDZ	Spec. Auth.	MAP
Co.							
		1mg	Sandoz Repaglinide	2357461	SDZ	Spec. Auth.	MAP
		2mg	Sandoz Repaglinide	2357488	SDZ	Spec. Auth.	MAP
Risperidone							
Rispéridone							
Tab	Orl	0.25mg	Risperidone	2356880	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
		0.5mg	Risperidone	2356899	SAS	AEFGVW	MAP
		1mg	Risperidone	2356902	SAS	AEFGVW	MAP
		2mg	Risperidone	2356910	SAS	AEFGVW	MAP
		3mg	Risperidone	2356929	SAS	AEFGVW	MAP
		4mg	Risperidone	2356937	SAS	AEFGVW	MAP
Valsartan							
Tab	Orl	80mg	Co-Valsartan	2337495	COB	AEFGVW	MAP
Co.							
		160mg	Co-Valsartan	2337509	COB	AEFGVW	MAP
		320mg	Co-Valsartan	2337517	COB	AEFGVW	MAP

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**to MAP
June 14/11 June 15/11

Atomoxetine Hydrochloride							
Atomoxétine (chlorhydrate d')							
Cap	Orl	10mg	Apo-Atomoxetine	2318024	APO	AAC	2.3140
Caps							
		18mg	Apo-Atomoxetine	2318032	APO	AAC	2.6522
		25mg	Apo-Atomoxetine	2318040	APO	AAC	2.9281

NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM

to MAP
June 14/11 June 15/11

Esomeprazole Magnesium Trihydrate
Esoméprazole magnésien trihydraté
ERT Orl 40mg
Co. L.P.

Apo-Esomeprazole 2339102 APX

AAC 1.8690

Valsartan
Tab Orl 40mg
Co.

Co-Valsartan 2337487 COB

MAP

Bulletin n° 814

Le 30 mai 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

La présente mise à jour du formulaire Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 30 mai 2011.

Ce bulletin comprend :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Thérapie biologique pour le traitement de l'arthrite rhumatoïde - Comparaison des coûts**
- **Médicaments examinés, non inscrits**
- **Changements - DIN**

Pour vous inscrire ou vous désinscrire de la liste de courriels de notification du bulletin, veuillez envoyer un courriel à l'adresse suivante : BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou appeler au 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp

Si vous avez des questions, veuillez nous joindre au 1-800-332-3691.

AJOUTS AUX GARANTIES RÉGULIÈRES

Médicament/Forme/Voie/ Puissance	Nom de marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Desmopressine Orodispersible Sublinguale 240 µg	DDAVP Melt	02285010	FEI	EFG-18	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Desmopressine

(DDAVP®)

10 µg/vaporisateur nasal-doseur et
0,1 mg/mL préparation intranasale

Changement dans l'état des garanties – Nécessite maintenant une autorisation spéciale

- Pour le traitement des patients atteints de diabète insipide.

L'utilisation des préparations nasales n'est plus indiquée pour les patients atteints d'énurésie nocturne à cause d'un risque d'hyponatrémie.

Desmopressine

(DDAVP®)

0,1 mg et 0,2 mg comprimé;
60 µg, 120 µg, 240 µg melts

Nouvelle indication ajoutée aux critères :

- Pour le traitement des patients âgés de 18 ans ou plus atteints de diabète insipide ou d'énurésie nocturne.

Nota : Les formes orales et les solutions pour injection de desmopressine sont des garanties régulières pour les régimes EFG-18.

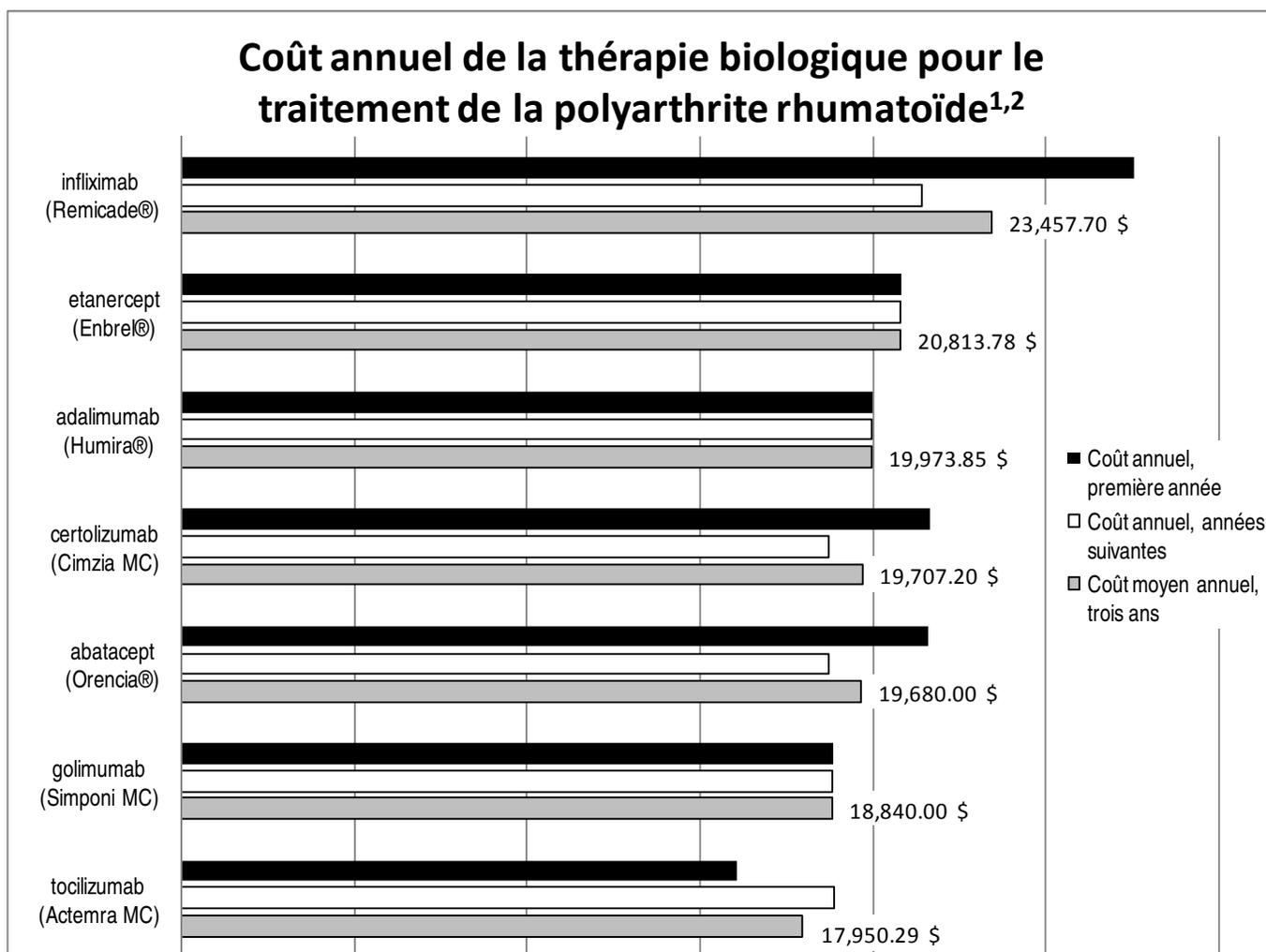
Tocilizumab

(Actemra®)

80 mg, 200 mg, 400 mg flacons à
dose unique (20 mg/mL)

- Pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde active modérée à sévère qui :
 - Ont eu une réponse inadéquate à un essai approprié d'une polythérapie d'au moins deux agents de rémission de la maladie (DMARD) traditionnels. Un des traitements impliquant des DMARD doit inclure le méthotrexate, sauf si contre-indiqué ou non toléré, OU
 - Ne sont pas candidats pour un traitement impliquant des DMARD, doivent avoir reçu au moins trois traitements consécutifs impliquant des DMARD traditionnels, dont un incluant le méthotrexate, sauf si contre-indiqué, ET
 - Ont eu une réponse inadéquate à un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (TNF) alpha.
- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'approbation initiale sera pour 16 semaines à raison de 4 mg/kg
- Les demandes de continuation du traitement doivent inclure de l'information qui prouve une réponse clinique.
- Aucune augmentation de la dose supérieure à 8 mg/kg par 4 semaines permise ou une dose maximale de 800 mg par infusion pour les individus qui pèsent plus de 100 kg.
- Ne sera pas remboursé en combinaison avec d'autres agents biologiques.

COMPARAISON DES COÛTS



1. Coûts calculés en utilisant les prix au détaillant de McKesson, mars 2011. Aucune majoration de prix ou honoraire professionnel.
2. Dose basée sur un patient de 75 kg et sur les renseignements sur le produit du fabricant.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

La révision du produit ci-dessous a permis de découvrir qu'il n'offrait pas d'avantage thérapeutique et/ou d'avantage à l'égard des frais, supérieurs à des thérapies existantes. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Niacine – resoumission

(*Niaspan*®)

500 mg, 750 mg, 1000 mg
comprimés à libération prolongée

CHANGEMENTS - DIN

Des DIN nouveaux et uniques ont été attribués aux seringues préremplies Fragmin® et Innohep®. Veuillez utiliser le DIN approprié lors d'une demande de règlement pour ces produits.

Seringue de daltéparine (Fragmin®)

5 000 IU/mL, 0,2 mL	Nouveau DIN 02132648
7 500 IU/mL, 0,3 mL	02352648
10 000 IU/mL, 0,4 mL	02352656
12 500 IU/mL, 0,5 mL	02352664
15 000 IU/mL, 0,6mL	02352672
18 000 IU/mL, 0,72 mL	02352680

Seringue de tinzaparine (Innohep®)

2 500 IU/mL, 0,25 mL	Nouveau DIN (en vigueur en juillet 2011) 02229755
3 500 IU/mL, 0,35 mL	02358158
4 500 IU/mL, 0,45 mL	02358166
10 000 IU/mL, 0,5 mL	02231478
14 000 IU/mL, 0,7 mL	02358174
18 000 IU/mL, 0,9 mL	02358182

Bulletin n° 815

Le 15 juin, 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 26 juillet 2011 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 27 juillet 2011.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							July 26/11	July 27/11
Candesartan Cilexetil								
Candésartan Cilexétil								
Tab	Orl	8mg	Apo-Candesartan	2365359	APO	AEFGVW	AAC	0.5700
Co.			Sandoz Candesartan	2326965	SDZ			
		16mg	Apo-Candesartan	2365367	APO	AEFGVW	AAC	0.5700
			Sandoz Candesartan	2326973	SDZ			
Irbesartan								
Tab	Orl	75mg	Teva-Irbesartan	2315971	TEV	AEFGVW	MAP	
Co.								
		150mg	Teva-Irbesartan	2315998	TEV	AEFGVW	MAP	
		300mg	Teva-Irbesartan	2316005	TEV	AEFGVW	MAP	
Irbesartan/Hydrochlorothiazide								
Tab	Orl	150mg/12.5mg	Teva-Irbesartan/HCTZ	2316013	TEV	AEFGVW	MAP	
Co.								
		300mg/12.5mg	Teva-Irbesartan/HCTZ	2316021	TEV	AEFGVW	MAP	
		300mg/25mg	Teva-Irbesartan/HCTZ	2316048	TEV	AEFGVW	MAP	
Levetiracetam								
Lévétiracétam								
Tab	Orl	250mg	Levetiracetam	2353342	SAS	Spec. Auth.	MAP	
Co.								
		500mg	Levetiracetam	2353350	SAS	Spec. Auth.	MAP	
		750mg	Levetiracetam	2353369	SAS	Spec. Auth.	MAP	
Risperidone								
Rispéridone								
Tab	Orl	0.25mg	Mint-Risperidon	2359790	MNT	AEFGVW	MAP	
Co.								
		0.5mg	Mint-Risperidon	2359804	MNT	AEFGVW	MAP	
		1mg	Mint-Risperidon	2359812	MNT	AEFGVW	MAP	
		2mg	Mint-Risperidon	2359820	MNT	AEFGVW	MAP	
		3mg	Mint-Risperidon	2359839	MNT	AEFGVW	MAP	
		4mg	Mint-Risperidon	2359847	MNT	AEFGVW	MAP	
Zolmitriptan								
Tab	Orl	2.5mg	Mylan-Zolmitriptan	2369036	MYL			
Co.			pms-Zolmitriptan	2324229	PMS	Spec.Auth.	AAC	6.8586
			Sandoz-Zolmitriptan	2362988	SDZ			
			Teva-Zolmitriptan	2313960	TEV			

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

						to	MAP
						July 26/11	July 27/11
Zolmitriptan							
ODT	Orl	2.5mg	pms-Zolmitriptan ODT	2324768	PMS		
Co.D.O.			Sandoz-Zolmitriptan ODT	2362996	SDZ	Spec. Auth.	AAC 6.8625
			Teva-Zolmitriptan OD	2342545	TEV		

NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM

						to	MAP
						July 26/11	July 27/11
Candesartan Cilexetil							
Candésartan Cilexétil							
Tab	Orl	4mg	Apo-Candesartan	2365340	APX		
Co.			Sandoz Candesartan	2326957	SDZ	AAC	0.3400
Olanzapine							
Tab	Orl	20mg	Teva-Olanzapine	2359707	TEV	MAP	
Co.							

Bulletin n° 816

Le 11 juillet 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 11 juillet 2011.

Ce bulletin comprend:

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, non inscrits**
- **Remboursement de médicaments d'origine lorsqu'un produit générique existe**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également accessibles à partir de la page Web du PMONB : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions, veuillez nous joindre au 1-800-332-3691.

AJOUTS AUX GARANTIES RÉGULIÈRES

Médicament / Forme / Voie / Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Degarelix					
Pds. SC					
80mg/vial	Firmagon®	02337029	FEI	AEF+18VW	PAR
120mg/vial	Firmagon®	02337037			
Piperacillin/Tazobactam					
Pds. Inj					
2g/0.25g	Tazocin®	02170817	PFI		
	Piperacillin/Tazobactam	02308444	APX	W	PAM
	Piperacillin/Tazobactam	02299623	SDZ		
3g/0.375g	Tazocin®	02170795	PFI		
	Piperacillin/Tazobactam	02308452	APX	W	PAM
	Piperacillin/Tazobactam	02299631	SDZ		
4g/0.5g	Tazocin®	02170809	PFI		
	Piperacillin/Tazobactam	02308460	APX	W	PAM
	Piperacillin/Tazobactam	02299658	SDZ		

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Everolimus

(*Afinitor*®)

Comprimés de 10mg

Traitement du néphrocarcinome métastatique à cellules claires après l'échec du traitement initial par les inhibiteurs de la tyrosine kinase du récepteur du VEGF, soit le sunitinib ou le sorafenib.

Nilotinib

(*Tasigna*®)

Capsules de 200mg

Traitement de la leucémie myéloïde chronique (LMC) à chromosome Philadelphie positive (Ph+) en phase chronique ou en phase accélérée chez les adultes qui sont:

- réfractaire ou intolérant à l'imatinib, ou
- intolérant à dasatinib

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

L'examen réalisé sur les produits suivants a conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

Capecitabine – Traitement du cancer de l'estomac métastatique en concomitance avec le trastuzumab

(*Xeloda*®)

Comprimés de 150mg, 500mg

Gefitinib – Traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules

(*Iressa*®)

Comprimés de 250mg

REMBOURSEMENT DE MÉDICAMENTS D'ORIGINE LORSQU'UN PRODUIT GÉNÉRIQUE EXISTE

Selon le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), si des produits génériques interchangeable peuvent remplacer un médicament d'origine, les pharmacies ne reçoivent un remboursement que pour le médicament générique le moins coûteux. Les bénéficiaires qui choisissent de se procurer un produit d'origine alors qu'un produit générique existe doivent payer la différence.

Dans le cadre du PMONB, les demandes de remboursement de médicaments d'origine sont prises en considération dans le cas où un bénéficiaire a eu une réaction d'hypersensibilité causée par un ingrédient non médicinal contenu dans un produit générique interchangeable. Les demandes peuvent être faites en donnant des détails sur la réaction d'hypersensibilité sur [un formulaire de demande d'autorisation spéciale](#).

Renseignements sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments génériques est disponible sur le site Web de Santé Canada à <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/med/med-gen-fra.php>.

Bulletin n° 817

Le 19 août 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 19 août, 2011

Ce bulletin comprend:

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Préparations extemporanées – Changement temporaire aux garanties**
- **Ajouts relatives aux autorisations specials**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également accessibles à partir de la page Web du PMONB : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions, veuillez nous joindre au 1-800-332-3691.

AJOUTS AUX GARANTIES RÉGULIÈRES

Médicament / Forme / Voie / Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Acide azélaïque							
Gel	Top	15%	Finacea®	02270811	BAY	AEFGVW	PAR
Bimatoprost							
Liq	Oph	0,01%	Lumigan®RC	02324997	ALL	AEFGVW	PAR
Insuline glulisine							
Liq	SC	100U/mL	Apidra®	02279479	SAV	EFG-18	PAR

PRÉPARATIONS EXTEMPORANÉES - CHANGEMENT TEMPORAIRE AUX GARANTIES

Ajout

Puisqu'il y avait une pénurie chez le fabricant de comprimés de 2,5 mg, 5 mg et 10 mg de médroxyprogestérone, un composé de médroxyprogestérone a été ajouté comme garantie régulière temporaire en attendant que les doses commerciales soient disponibles. Veuillez noter que les demandes de règlement pour des préparations extemporanées seront remboursées au prix d'achat réel des ingrédients plus les frais d'ordonnance applicables.

Nom du produit	NIP	Régimes	\$
Medroxyprogesterone composé pour administration orale	00903682	AEFGVW	PAR

Retraits

Les produits composés suivants avaient été ajoutés comme garanties temporaires en 2010 puisqu'il y avait pénurie chez le fabricant de comprimés de 10 mg d'amitriptyline et de comprimés de 0,025 mg, 0,1 mg et 0,2 mg de clonidine. Ces produits composés ont été retirés des garanties, car les doses commerciales sont maintenant disponibles.

Nom du produit	NIP
Amitriptyline 10 mg composé pour administration orale	00903048
Clonidine 0,025 mg, 0,1 mg et 0,2 mg composé pour administration orale	00999330

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Denosumab

(Prolia®)

Seringue préremplie de 60mg/mL

Indiqué pour les femmes souffrant d'ostéoporose postménopausique, pour qui les bisphosphonates oraux sont couverts, mais contre-indiqués en raison d'hypersensibilité ou d'anomalies de l'œsophage (par ex. une sténose de l'œsophage ou une achalasie). Ces femmes doivent répondre à au moins deux des critères suivants :

- Âge >75 ans
- Une fracture par fragilité osseuse précédente
- Un score T de densité minérale osseuse (DMO) \leq -2,5

Insuline glulisine

(Apidra®)

Cartouche de 3mL

Pour les patients atteints de diabète de type I ou II qui ont souvent des épisodes d'hypoglycémie postprandiale, des heures de repas imprévisibles, une résistance à l'insuline ou qui utilisent une injection sous-cutanée continue d'insuline.

Les ordonnances rédigées par des endocrinologues et des internistes du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale. Les renouvellements prescrits par d'autres praticiens ne nécessiteront pas d'autorisation spéciale.

Nota : L'insuline glulisine est une garantie régulière applicable aux régimes EFG < 18 ans.

Insuline lispro

(Humalog®)

Kwikpen (stylo préremplie) de 3mL

Pour les patients atteints de diabète de type I ou II qui ont souvent des épisodes d'hypoglycémie postprandiale, des heures de repas imprévisibles, une résistance à l'insuline ou qui utilisent une injection sous-cutanée continue d'insuline.

Les ordonnances rédigées par des endocrinologues et des internistes du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale. Les renouvellements prescrits par d'autres praticiens ne nécessiteront pas d'autorisation spéciale.

Lévodopa/carbidopa/entacapone

(Stalevo®)

Comprimés de 75/18,75/200 mg,
125mg/31,25mg/200mg

Indiqué pour le traitement de patients atteints de la maladie de Parkinson

- qui sont actuellement traités par lévodopa/carbidopa à libération immédiate et entacapone, ou
- qui sont mal stabilisés et connaissent d'importants symptômes de perte d'efficacité malgré l'utilisation d'une thérapie optimale à l'aide de la lévodopa/décarboxylase.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (SUITE)

Oseltamivir
(Tamiflu®)
Capsules de 30mg, 45mg
(nouvelles puissances)

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation d'un médecin-chef des services de santé :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères de la grippe en tant que maladie et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de type A et B dans l'établissement ou la communauté environnante.
 - Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A et B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée épuisée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement.
- * Selon les critères susmentionnés, un établissement de SLD désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

L'examen réalisé sur les produits suivants a conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

Botulinum Toxin Type A	(Botox®)	200 Unités/fiole d'Allergan
Canakinumab	(Ilaris®)	150mg fiole
Prasugrel hydrochloride	(Effient®)	10mg comprimés
Sapropterin	(Kuvan®)	100mg comprimés

Vaccin contre la grippe saisonnière payé par le gouvernement et administré par un pharmacien (2011-12)

Le Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), pour le compte du Bureau du médecin hygiéniste en chef, assurera la gestion du processus de demande de règlement pour les pharmacies communautaires qui souhaitent obtenir un remboursement pour l'administration par un pharmacien du vaccin antigrippal trivalent inactivé (VTI) financés par le gouvernement aux personnes suivantes qui satisfont aux critères d'admissibilité du programme de vaccination contre la grippe saisonnière de la Santé publique :

ADMISSIBILITÉ AU VACCIN – VTI ADMINISTRÉ PAR LES PHARMACIENS

1. Les adultes et les enfants souffrant des maladies chroniques suivantes, qui sont connus par des pharmaciens en raison de la préparation d'ordonnance pour des médicaments qui traitent leur maladie et pour qui un profil pharmaceutique à jour est disponible:
 - maladies cardiaques ou pulmonaires (notamment dysplasie bronchopulmonaire, fibrose kystique et asthme);
 - diabète sucré et autres maladies métaboliques;
 - cancer, troubles liés à l'immunodépression (résultant d'une maladie sous-jacente ou d'un traitement);
 - maladies rénales;
 - anémie ou hémoglobinopathie;
 - affections qui compromettent l'évacuation des sécrétions respiratoires ou qui sont associées à une augmentation du risque d'aspiration;
 - obésité morbide (IMC ≥ 40); et
 - affections qui nécessitent un traitement prolongé par l'AAS (aspirine) chez les enfants et les adolescents.
2. les personnes de 65 ans et plus
3. les enfants en santé de 5 à 18 ans

Pour plus d'information, veuillez consulter le mémo ci-joint envoyé par le médecin hygiéniste en chef le 5 octobre 2011.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement doivent être soumises en vertu le régime “I” du PMONB. Un profil du patient doit être établi, comme pour tout autre patient, et doit inclure le nom, l’adresse, le numéro d’assurance-maladie du N.-B., la date de naissance et le sexe de la personne qui a reçu le vaccin, ainsi que la date d’administration du vaccin, le nom et le numéro de lot de ce dernier. Les procédures et les renseignements suivants sont requis aux fins de facturation.

Champ	Renseignements Requis
ID du patient	Le numéro d’assurance-maladie du N.-B. du patient. Note : cette directive s’applique aussi aux bénéficiaires du PMONB. Pour les cas où la personne est éligible mais habite à l’extérieur de la province entrez “999 999 999” au lieu du numéro d’assurance-maladie
Régime	“I” Note: cette directive s’applique aussi aux bénéficiaires du PMONB
Prescripteur	“8000” ainsi que le numéro d’immatriculation du pharmacien qui a administré le vaccin
Médicament	Fluviral [®] DIN: 02015986
Coût du médicament	Zéro
Frais d’ordonnance	12,00 \$
Code d’intervention ou d’exception	Le code de l’APC “IB” pour les personnes qui souffrent d’au moins une des maladies chroniques énumérées dans le tableau ci-dessus

Note : En vertu de la section 14 des règlements 2009-136 de la *Loi sur la santé publique*, les professionnels qui administrent un vaccin doivent fournir un carnet de vaccination à la personne qui reçoit le vaccin. Un reçu d’ordonnance informatisé peut satisfaire cette exigence.

COMMANDE DE VACCIN

Tous les pharmaciens qui ont informé l’Association des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick de leur intention de participer à la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière doivent envoyer par télécopieur leur commande de vaccins au Dépôt central de sérum au (506) 648-6477. Les renseignements ci-dessous doivent être inclus dans la commande :

- Nombre de doses requises
- Adresse de livraison et nom de la pharmacie
- Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource
- Date préférée de livraison

Le 5 octobre 2011

Destinataires : Tous les professionnels de la santé

Objet : Vaccination anti-grippale annuelle 2011-2012

Chers collègues,

Formulation du vaccin

Le vaccin saisonnier trivalent pour 2011-2012 contient les trois mêmes composantes que le vaccin 2010-2011. Il s'agit des souches apparentées à A/California/7/2009 (H1N1), à A/Perth/16/2009 (H3N2) et à B/Brisbane/60/2008 (lignée B/Victoria).

Le FLUVIRAL[®] (en flacons de 10 doses) sera offert dans le cadre du programme de la Santé publique.

Admissibilité au vaccin

Cette année, les groupes admissibles au VTI gratuit sont:

1. les adultes et les enfants souffrant des maladies chroniques suivantes, selon les recommandations pour la vaccination anti-grippale de la saison 2011-2012 du Comité consultatif national de l'immunisation:
 - maladies cardiaques ou pulmonaires (notamment dysplasie bronchopulmonaire, fibrose kystique et asthme);
 - diabète sucré et autres maladies métaboliques;
 - cancer, troubles liés à l'immunodépression (résultant d'une maladie sous-jacente ou d'un traitement);
 - maladies rénales;
 - anémie ou hémoglobinopathie;
 - affections qui compromettent l'évacuation des sécrétions respiratoires ou qui sont associées à une augmentation du risque d'aspiration;
 - obésité morbide (IMC \geq 40); et
 - affections qui nécessitent un traitement prolongé par l'AAS (aspirine) chez les enfants et les adolescents.
2. Résidents de maisons de soins infirmiers et d'autres établissements de soins de longue durée, quel que soit leur âge.
3. les personnes de 65 ans et plus;
4. les enfants en santé de six mois à 18 ans;
5. les femmes enceintes;
6. autochtones;
7. les personnes pouvant transmettre la grippe à des sujets à risque élevé:
 - contacts familiaux (adultes et enfants) des personnes présentant un risque élevé de complications associées à la grippe (que la personne à risque élevé soit immunisée ou non) et correspondant à la description du paragraphe 1;
 - contacts familiaux des enfants âgés de moins de six mois;
 - contacts familiaux des enfants âgés de six mois à 59 mois,
 - personnes faisant partie d'un ménage où la mère accouchera pendant la saison grippale.

Pour plus de renseignements, veuillez référer à la Déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation pour la vaccination anti-grippale de la saison 2011-2012 <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php>

Administration du vaccin contre la grippe saisonnière

Le vaccin contre la grippe saisonnière sera offert au Nouveau-Brunswick par quatre grands types d'intervenants : les fournisseurs de soins de santé primaires, les infirmières en santé publique, les pharmaciens certifiés et les Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON).

La vaccination continuera d'être offerte à tous les groupes admissibles par les fournisseurs de soins de santé primaires.

La Santé publique participera activement à la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière en organisant des séances de vaccination pédiatrique, ainsi que des séances de vaccination spécialisées.

Les Infirmières de l'Ordre de Victoria seront chargées de vacciner les groupes suivants :

- enfants de six mois à 18 ans;
- femmes enceintes;
- adultes de 65 ans et plus;
- contacts familiaux des enfants âgés de moins de six mois;
- contacts familiaux des enfants âgés de six mois à 59 mois;
- personnes faisant partie d'un ménage où la mère accouchera pendant la saison grippale.

Les enfants âgés de 5 à 18 ans, les adultes de 65 ans et plus, ainsi que les personnes atteintes d'une maladie chronique âgées de 5 ans et plus, qui sont connus des pharmaciens, pourront être vaccinés dans certaines pharmacies.

Posologie chez les enfants

Une seule dose doit être administrée aux enfants ayant déjà reçu le vaccin contre la grippe saisonnière (comme pour les adultes).

Deux doses doivent être administrées aux enfants âgés de six mois à neuf ans qui reçoivent le vaccin contre la grippe saisonnière pour la première fois. Un intervalle minimum de quatre semaines doit être respecté entre ces deux doses.

En ce qui concerne le VTI injecté par voie intramusculaire, la dose est à présent de 0,5 ml, quel que soit l'âge de la personne vaccinée.

L'allergie aux œufs n'est plus considérée comme une contre-indication à l'administration du VTI. Ce vaccin peut être administré aux personnes allergiques aux œufs sans test cutané préalable, sur la base d'une évaluation des risques de réaction grave qui guidera la méthode de vaccination.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec votre bureau régional de la Santé publique.

Sincères salutations,



D^{re} Eilish Cleary
Médecin-hygiéniste en chef

Bulletin n° 818

Le 12 octobre, 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 17 octobre, 2011.

Ce bulletin comprend:

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Pegfilgrastim (Neulasta^{MD})**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également accessibles à partir de la page Web du PMONB : www.qnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

Si vous avez des questions, veuillez nous joindre au 1-800-332-3691.

AJOUTS AUX GARANTIES RÉGULIÈRES

Médicament / Forme / Voie / Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Interféron bêta-1b							
Liq	Inj	0.3mg/fiole	Extavia®	02337819	NVR	H	PAR
Telmisartan/hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	80mg/25mg	Micardis® Plus	02318709	BOE	AEFGVW	PAR
Estradiol							
Co.	Vag	10mcg	Vagifem®10	02325462	NNO	AEFGVW	PAR
Fentanyl							
Srd	Trd	12mcg	Duragesic® Mat	02334186	JAN	W	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Fentanyl
(Duragesic® Mat)
système transdermique de
12mcg/h

Indiqué dans le traitement de la douleur maligne ou de la douleur bénigne chronique chez les patients adultes:

- qui étaient précédemment traités par administration continue d'opioïdes (c.-à-d. qui ont déjà pris des opioïdes); ou
- qui sont incapables de prendre un traitement par voie orale.

PEGFILGRASTIM (NEULASTA^{MD})

Le pegfilgrastim (Neulasta^{MD}) était un avantage admissible du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) dans le cadre d'un projet pilote visant à en surveiller l'utilisation. Il était fourni par une pharmacie désignée par l'intermédiaire du programme *Victory Pharmacy* d'Amgen Canada, mais il n'en sera plus ainsi pour les bénéficiaires du PMONB à compter du 17 octobre 2011.

Le pegfilgrastim figure maintenant sur la liste des médicaments assurés nécessitant une autorisation spéciale, et les demandes de règlement admissibles seront remboursées lorsqu'elles seront présentées par une pharmacie du Nouveau-Brunswick. En plus de ce changement, un programme utilisant la technologie des cartes à puce assuré par STI Technologies Limited (STI) et appuyé par Amgen Canada est actuellement mis en place pour le remboursement des demandes de règlement.

Les demandes de règlement pour le pegfilgrastim présentées par les pharmacies seront remboursées en fonction d'un prix maximal admissible fixé par le PMONB. La différence entre le prix maximal admissible et le prix d'achat réel du pegfilgrastim, jusqu'à concurrence de 7,5 % du prix catalogue du fabricant, sera remboursée au moyen de la carte à puce de STI. Les directives expliquant le traitement sont indiquées sur chaque carte à puce. Si un bénéficiaire du PMONB ne possède pas de carte à puce de STI pour le pegfilgrastim, veuillez communiquer avec STI au 1-877-790-1991.

Amgen Canada fournira les cartes à puce de STI aux médecins afin qu'ils les distribuent aux bénéficiaires du PMONB qui respectent les critères d'autorisation spéciale à l'égard du pegfilgrastim. Les critères d'autorisation spéciale restent les mêmes et ils sont précisés ci-dessous.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Pegfilgrastim
(Neulasta^{MD})
seringue préremplie de 6 mg

Les demandes de règlement seront étudiées lorsque le médicament sera prescrit ou recommandé par un hématologue ou un oncologue médical à un patient qui satisfait aux critères suivants:

Chimiothérapie et traitements concomitants

- Prophylaxie:
 - Patients n'ayant subi aucun autre traitement et recevant un schéma posologique caractéristique d'un traitement de chimiothérapie myélosuppressive modéré à intensif (c.-à-d. incidence de neutropénie fébrile ≥ 40 p. 100). La neutropénie fébrile est définie comme une température $\geq 38,5$ °C ou $> 38,0$ °C à trois reprises dans une période de 24 heures et une neutropénie caractérisée par un nombre absolu de neutrophiles $< 0,5 \times 10^9 / l$.
- Prophylaxie secondaire:
 - Patients recevant un traitement de chimiothérapie myélosuppressive qui ont eu un épisode de neutropénie fébrile, de neutropénie septique ou de neutropénie profonde lors d'un premier cycle de chimiothérapie;
 - Patients dont la dose a été réduite ou dont le traitement a été retardé de plus d'une semaine en raison d'une neutropénie.
- Posologie médicament administré en concomitance avec un traitement de chimiothérapie:
 - La dose recommandée de pegfilgrastim est une seule injection sous-cutanée de 6 mg, administrée une fois par cycle de chimiothérapie. Il faut attendre au moins 24 heures après un traitement de chimiothérapie cytotoxique avant d'administrer le pegfilgrastim.

Le pegfilgrastim n'est pas indiqué dans les cas suivants et les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas étudiées:

- Tumeurs malignes myéloïdes;
- Patients en pédiatrie atteints d'un cancer et subissant un traitement de chimiothérapie myélosuppressive;
- Neutropénies bénignes;
- Transplantation de cellules souches;
- Traitement préventif de la neutropénie fébrile dans le cadre d'un traitement palliatif.

Nota: La dose de filgrastim (Neupogen^{MD}) est de 5 mcg/kg/jour. Pour les patients de poids ≤ 60 kg à qui l'on prescrit 300 mcg de filgrastim pendant une période de 9 jours ou moins, le coût du traitement est inférieur au coût d'un traitement de 6 mg de pegfilgrastim.

Bulletin n° 820

Le 26 octobre, 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 6 décembre 2011 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 7 décembre 2011.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Dec 6/11	Dec 7/11
Atenolol Aténolol Tab Co.	Orl	25mg	Mint-Atenol	2368013	MNT	AEFGVW	MAP	
		50mg	Mint-Atenol	2368021	MNT	AEFGVW	MAP	
		100mg	Mint-Atenol	2368048	MNT	AEFGVW	MAP	
Carbamazepine Carbamazépine Sus Susp	Orl	100mg/5mL	Taro-Carbamazepine	2367394	TAR	AEFGVW	AAC	0.0540
Cyclobenzaprine Hydrochloride Cyclobenzaprine (chlorhydrate de) Tab Co.	Orl	10mg	Auro-Cyclobenzaprine	2348853	ARO	AEFGVW	MAP	
Diltiazem Hydrochloride Diltiazem (chlorhydrate de) CDC Caps.L.C.	Orl	120mg	pms-Diltiazem CD	2355752	PMS	AEFGVW	MAP	
		180mg	pms-Diltiazem CD	2355760	PMS	AEFGVW	MAP	
		240mg	pms-Diltiazem CD	2355779	PMS	AEFGVW	MAP	
		300mg	pms-Diltiazem CD	2355787	PMS	AEFGVW	MAP	
Finasteride Finastéride Tab Co.	Orl	5mg	Jamp-Finasteride	2357224	JPC	Spec. Auth.	MAP	
Gabapentin Gabapentine Cap Caps	Orl	100mg	Auro-Gabapentin	2321203	ARO	AEFGVW	MAP	
		300mg	Auro-Gabapentin	2321211	ARO	AEFGVW	MAP	
		400mg	Auro-Gabapentin	2321238	ARO	AEFGVW	MAP	
Lactulose Lactulose Liq Liq	Orl	667mg/mL	Teva-Lactulose	2331551	TEV	Spec. Auth.	MAP	
Latanoprost Liq Liq	Oph	0.005%	Apo-Latanoprost	2296527	APX	AEFGVW	AAC	8.2140
Letrozole Létrozole Tab Co.	Orl	2.5mg	Myl-Letrozole	2372169	MYL	AEVW	MAP	

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Dec 6/11	Dec 7/11
Montelukast Sodium Montélukast Sodique								
Gran	Orl	4mg	Sandoz Montelukast	2358611	SDZ	Spec. Auth.	AAC	0.2734
Gran								
TabC	Orl	4mg	pms-Montelukast	2354977	PMS			
Co.C			Sandoz Montelukast	2330385	SDZ	Spec. Auth.	AAC	1.0208
			Teva-Montelukast	2355507	TEV			
		5mg	pms-Montelukast	2354985	PMS			
			Sandoz Montelukast	2330393	SDZ	Spec. Auth.	AAC	1.2075
			Teva-Montelukast	2355515	TEV			
Tab	Orl	10mg	pms-Montelukast FC	2373947	PMS			
Co.			Sandoz Montelukast	2328593	SDZ	Spec. Auth.	AAC	1.7735
			Teva-Montelukast	2355523	TEV			
Olanzapine								
Tab	Orl	2.5mg	Mylan-Olanzapine	2337878	MYL	W & Spec. Auth.	MAP	
Co.		5mg	Mylan-Olanzapine	2337886	MYL	W & Spec. Auth.	MAP	
		7.5mg	Mylan-Olanzapine	2337894	MYL	W & Spec. Auth.	MAP	
		10mg	Mylan-Olanzapine	2337908	MYL	W & Spec. Auth.	MAP	
		15mg	Mylan-Olanzapine	2337916	MYL	W & Spec. Auth.	MAP	
ODT	Orl	10mg	Apo-Olanzapine ODT	2360624	APX	W & Spec. Auth.	MAP	
Co.D.O.		15mg	Apo-Olanzapine ODT	2360632	APX	W & Spec. Auth.	MAP	
		20mg	Apo-Olanzapine ODT	2360640	APX	Spec. Auth.	MAP	
Pioglitazone Hydrochloride Pioglitazone (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	30mg	Jamp-Pioglitazone	2365529	JPC	Spec. Auth.	MAP	
Co.		45mg	Jamp-Pioglitazone	2365537	JPC	Spec. Auth.	MAP	
Rabeprazole Sodium Rabéprazole sodique								
ECT	Orl	20mg	Sandoz Rabeprazole	2314185	SDZ	ABEFGVW	MAP	
Co. Ent.								
Raloxifene Hydrochloride Raloxifene (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	60mg	pms-Raloxifene	2358921	PMS	Spec. Auth.	MAP	
Co.								
Ranitidine Hydrochloride Ranitidine (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	150mg	Myl-Ranitidine	2367378	MYL	ABEFGVW	MAP	
Co.		300mg	Myl-Ranitidine	2367386	MYL	ABEFGVW	MAP	

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Dec 6/11	Dec 7/11
Risedronate Sodium Risédronate sodique								
Tab	Orl	35mg	Mylan-Risedronate	2357984	MYL	Spec. Auth.	MAP	
Co.								
Risperidone Rispéridone								
ODT	Orl	1mg	pms-Risperidone ODT	2291789	PMS	W & Spec. Auth.	AAC	0.7725
Co.D.O.								
		2mg	pms-Risperidone ODT	2291797	PMS	W & Spec. Auth.	AAC	1.5281
Sumatriptan Succinate Sumatriptan (Succinate de)								
Liq	SC	6mg/0.5mL	Sumatriptan Sun	2361698	TAR	Spec. Auth.	AAC	30.8600
Liq								
Terbinafine Hydrochloride Terbinafine (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	250mg	Auro-Terbinafine	2320134	ARO	Spec. Auth.	MAP	
Co.								

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

							to	MAP
							Dec. 6/11	Dec. 7/11
Memantine Hydrochloride Mémantine (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	10mg	Apo-Memantine	2366487	APX		MAP	
Co.								
Mometasone Furoate Mométasone (furoate de)								
Crn	Top	0.1%	Taro-Mometasone	2367157	TAR		AAC	0.5263
Cr.								

Bulletin 821

Le 2 novembre 2011

**Antiviraux assurés pour les bénéficiaires du PMONB
résidant dans des établissements de soins de longue durée**

**Renseignements à l'intention des pharmacies offrant des services aux
foyers de soins infirmiers agréés**

L'oseltamivir (Tamiflu®) et le zanamivir (Relenza®) sont offerts à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale aux bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée (comprend les foyers de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux). Santé publique a élaboré le protocole suivant aux fins de traitement des patients infectés et de la prophylaxie pendant l'épidémie de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- Dans le cas d'une épidémie d'infections respiratoires dans un établissement de soins de longue durée, le médecin traitant ou le conseiller médical/médecin résident de l'établissement s'entretiendra avec le médecin-hygiéniste régional afin de déterminer si la cause de l'épidémie est, ou est susceptible d'être, la grippe.
- Si la cause de l'épidémie est déterminée comme étant la grippe ou susceptible de l'être, le médecin-hygiéniste fera des recommandations générales par rapport à l'administration du médicament antigrippal dans l'établissement. La responsabilité des décisions concernant le traitement individuel des résidents pendant l'épidémie incombe toujours au médecin traitant. Voici le processus de couverture :
 - L'oseltamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V seulement et nécessitant une autorisation spéciale.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B.
 - Le Zanamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V seulement.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B dans les cas soupçonnés de résistance à l'oseltamivir ou l'oseltamivir est contre-indiqué.
- Il est important de commencer le traitement antiviral durant les 24 à 48 heures qui suivent le début des symptômes. Les médicaments antiviraux risquent de ne pas être efficaces si les résidents ont été malades pendant plus de 48 heures.
- Lien menant à des renseignements sur les antiviraux : <http://www.ammi.ca/guidelines>

Processus de couverture de l'oseltamivir

Approbation d'une autorisation spéciale du PMONB :

Si le médecin-hygiéniste recommande le traitement antigrippal, le conseiller médical, le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou tout employé désigné par l'établissement avisera le PMONB du début du traitement à l'oseltamivir dans cet établissement en communiquant avec le service de renseignements du PMONB au 1-800-332-3691.

Après les heures de bureau, laissez un message contenant les renseignements suivants :

- la date du message;
- le nom et l'adresse de l'établissement de soins de longue durée;
- le nom de la pharmacie qui prépare les ordonnances afférentes à des antiviraux;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le responsable du PMONB devait préciser certains détails.

Il faut communiquer avec le pharmacien de l'établissement de soins de longue durée au même moment que le PMONB pour donner le temps de réserver et de distribuer la quantité requise d'antiviraux.

Paiement en ligne des demandes de règlement relatives aux antiviraux nécessitant une autorisation spéciale :

Lorsque le PMONB aura été informé par l'établissement de soins de longue durée qu'un traitement par l'oseltamivir a été commandé pour ses résidents, des responsables du programme procéderont à l'approbation d'une autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résidents de foyers de soins infirmiers) dans l'établissement. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale concernant l'oseltamivir aura été activée. La pharmacie pourra alors facturer les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents recevant des soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être accordée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB si elle compte des résidents recevant des soins de relève.

CRITÈRES D'AUTORISATION SPÉCIALE

Oseltamivir
(*Tamiflu®*)
Capsules de
75 mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation générale d'un médecin-hygiéniste sur le traitement antigrippal :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères d'une maladie analogue à la grippe et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de

- type A et B dans l'établissement ou la collectivité environnante.
 - Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A ou B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée enrayée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement.
- * Selon les critères susmentionnés, *un établissement de soins de longue durée* désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

Zanamivir
(*Relenza*[®])
Alvéole de
5 mg pour
inhalation

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée qui répondent aux mêmes critères de traitement, ou aux mêmes critères de prophylaxie que pour l'oseltamivir, *et*

- pour lesquels une résistance à l'oseltamivir est soupçonnée ou confirmée, *ou*
- pour lesquels l'oseltamivir est contre-indiqué.

Bulletin n° 822

Le décembre 7, 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 17 janvier 2012 seront assujetties au PAM à compter du 18 janvier 2012.

Veillez noter, s.v.p.: Les listes de produits interchangeable ajoutés au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en version papier ne seront plus distribuées.

Une version électronique est disponible sur la page Web du PMONB à l'adresse:

<http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Jan. 17/12 Jan.18/12

Atenolol Aténolol									
Tab	Orl	25mg	Mar-Atenolol	2371979	MAR	AEFGVW	MAP		
Co.		50mg	Mar-Atenolol	2371987	MAR	AEFGVW	MAP		
		100mg	Mar-Atenolol	2371995	MAR	AEFGVW	MAP		
Betahistine Hydrochloride Bétahistine (Dichlorhydrate de)									
Tab	Orl	16mg	Co-Betahistine	2374757	COB	Spec. Auth.	MAP		
Co.		24mg	Co-Betahistine	2374765	COB	Spec. Auth.	MAP		
Candesartan Cilexetil Candésartan Cilexétil									
Tab	Orl	8mg	Co-Candesartan	2376539	COB	AEFGVW	MAP		
Co.		16mg	Co-Candesartan	2376547	COB	AEFGVW	MAP		
		32mg	Co-Candesartan	2376555	COB	AEFGVW	AAC	0.8795	
Clopidogrel Bisulfate Clopidogrel (Bisulfate de)									
Tab	Orl	75mg	Apo-Clopidogrel	2252767	APX				
Co.			Mylan-Clopidogrel	2351536	MYL	W & Spec. Auth.	AAC	1.3152	
			Sandoz Clopidogrel	2359316	SDZ				
Diclofenac Sodium Diclofénaç Sodique									
SRT	Orl	75mg	Apo-Diclo SR	2162814	APX	AEFGVW	MAP		
Co.L.L		100mg	Apo-Diclo SR	2091194	APX	AEFGVW	MAP		
Latanoprost Liq Liq									
Liq	Oph	0.005%	Co-Latanoprost	2254786	COB	AEFGVW	MAP		
Letrozole Létrozole									
Tab	Orl	2.5mg	Ran-Letrozole	2372282	RAN	AEFVW	MAP		
Co.									
Metoprolol Tartrate Métoprolol (Tartrate de)									
Tab	Orl	25mg	pms-Metoprolol-L	2248855	PMS	AEFGVW	MAP		
Co.									
Montelukast Sodium Montélukast Sodique									
Tab	Orl	10mg	Mylan-Montelukast	2368226	MYL	Spec. Auth.	MAP		
Co.									
Mycophenolate Mofetil Mycophénolate Mofétil									
Cap	Orl	250mg	Apo-Mycophenolate	2352559	APX				
Caps			Novo-Mycophenolate	2364883	TEV				
			Mylan-Mycophenolate	2371154	MYL	R	AAC	1.0310	
			Sandoz Mycophenolate	2320630	SDZ				

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONBto MAP
Jan. 17/12 Jan. 18/12Mycophenolate Mofetil
Mycophénolate Mofétil

Tab	Orl	500mg	Apo-Mycophenolate	2352567	APX			
Co			Novo-Mycophenolate	2348675	TEV	R	AAC	2.0620
			Mylan-Mycophenolate	2370549	MYL			
			Sandoz Mycophenolate	2313855	SDZ			

Olanzapine

ODT	Orl	5mg	Apo-Olanzapine ODT	2360616	APX	W & Spec. Auth.	MAP
-----	-----	-----	--------------------	---------	-----	-----------------	-----

Co.D.O.

Ondansetron Hydrochloride Dihydrate

Ondansétron Dihydraté (Chlorhydrate d')

Tab	Orl	4mg	Mar-Ondansetron	2371731	MAR	W & Spec. Auth.	MAP
-----	-----	-----	-----------------	---------	-----	-----------------	-----

Co.

		8mg	Mar-Ondansetron	2371758	MAR	W & Spec. Auth.	MAP
--	--	-----	-----------------	---------	-----	-----------------	-----

Risperidone

Rispéridone

Tab	Orl	0.25mg	Jamp-Risperidone	2359529	JPC	AEFGVW	MAP
-----	-----	--------	------------------	---------	-----	--------	-----

Co.

		0.5mg	Jamp-Risperidone	2359537	JPC	AEFGVW	MAP
--	--	-------	------------------	---------	-----	--------	-----

		1mg	Jamp-Risperidone	2359545	JPC	AEFGVW	MAP
--	--	-----	------------------	---------	-----	--------	-----

		2mg	Jamp-Risperidone	2359553	JPC	AEFGVW	MAP
--	--	-----	------------------	---------	-----	--------	-----

		3mg	Jamp-Risperidone	2359561	JPC	AEFGVW	MAP
--	--	-----	------------------	---------	-----	--------	-----

		4mg	Jamp-Risperidone	2359588	JPC	AEFGVW	MAP
--	--	-----	------------------	---------	-----	--------	-----

NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /**PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**to MAP
Jan. 17/12 Jan. 18/12

Candesartan Cilexetil

Candésartan Cilexétil

Tab	Orl	4mg	Co-Candesartan	2376520	COB		MAP
-----	-----	-----	----------------	---------	-----	--	-----

Co.

Valacyclovir

Valacyclovir

Tab	Orl	1000mg	Apo-Valacyclovir	2354705	APX		AAC	3.3924
-----	-----	--------	------------------	---------	-----	--	-----	--------

Co.

Bulletin n° 823

Le 20 décembre 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 20 décembre 2011.

Ce bulletin comprend:

- **Ajouts relatives aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, non inscrits**
- **[Bulletin d'information sur la thérapie optimale](#)**

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a un résumé des messages cliniques clés au sujet de la thérapie de deuxième et de troisième intention du diabète de type 2 destiné à éclairer la prise de décisions pour la professionnels de la santé. Par ces recommandations, l'ACMTS souhaite favoriser l'ordonnance et l'utilisation optimales des antidiabétiques pour le plus grand bien des patients et dans un souci de promotion de la viabilité du système de santé du Canada. L'ACMTS a formulé ces recommandations fondées sur les données probantes issues des études méthodiques et des analyses économiques en collaboration avec des experts du Canada et après avoir consulté le public et d'autres intervenants.

Si vous avez des questions, veuillez nous joindre au 1-800-332-3691.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Aripiprazole

(*Abilify^{MC}*)

comprimés de 2mg, 5mg, 10mg,
15mg, 20mg, 30mg

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés (pas liée à la démence) chez les patients qui présentent une intolérance, une contre-indication ou des antécédents d'échec thérapeutique avec des agents antipsychotiques moins coûteux.

Fébuxostat

(*Uloric[®]*)

comprimés de 80mg

Pour les patients avec la goutte symptomatique en cas d'hypersensibilité avérée à l'allopurinol. L'hypersensibilité à l'allopurinol est rare et se caractérise par une éruption cutanée majeure, de la fièvre, une atteinte organique multiple, une lymphadénopathie et des anomalies hématologiques (éosinophilie, lymphocytes atypiques).
Nota : Une intolérance ou absence de réponse à l'allopurinol ne satisfait pas aux critères ci-dessus.

Lacosamide

(*Vimpat[®]*)

comprimés de 50mg, 100mg,
150mg, 200mg

Pour le traitement d'appoint des crises épileptiques partielles réfractaires chez les patients qui conformément aux critères suivants :

- sous les soins d'un médecin expérimenté dans le traitement de l'épilepsie, et
- traité déjà par au moins deux antiépileptiques, et
- les autres antiépileptiques sont inefficaces ou contre-indiqués.

Héparines à faible poids moléculaires:

Daltéparine sodique

Énoxaparine sodique

Nadroparine calcique

Tinzaparine sodique

(*Fragmin^{MD}*, *Lovenox[®]*,
Lovenox[®] HP, *Fraxiparine[®]*
Forte, *Innohep[®]*)

Consultez la liste de médicaments du PMONB pour connaître tous les produits.

Nouvelles indications ajoutée au critère d'autorisation:

Pour le traitement et la prévention secondaire d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique ou d'embolie pulmonaire (PE) pour une période maximale de 6 mois pour les patients souffrant de cancer chez qui le warfarin n'est pas une option.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Sitagliptin

(*Januvia*[®])

comprimés de 100mg

Pour les patients atteints de diabète de type 2 dont la maîtrise glycémique est inadéquate chez qui l'ajout d'un troisième médicament à une dose maximale de metformine et sulfonylurée est nécessaire et pour qui l'insuline NPH n'est pas une option.

Sitagliptine / Metformine

(*Janumet*[®])

comprimés de 50mg/500mg,

50mg/850mg et

50mg/1000mg

Pour les patients atteints de diabète de type 2 lorsque l'insuline NPH n'est pas une option possible et que le régime thérapeutique comprend la metformine, une sulfonylurée et la sitagliptine à des doses stables afin de remplacer la metformine et la sitagliptine de ce régime.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

L'examen réalisé sur les produits suivants a conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

Paliperidone palmitate

Nouvelle soumission

(*Invega*[®] *Sustenna*TM)

Seringue préremplie de 50mg, 75mg, 100mg, 150mg

Velaglucerase alfa

(*Vpriv*[®])

Fiole de 400 unités



Traiter le patient atteint de diabète de type 2

La prévalence du diabète de type 2 au Canada étant en hausse, il est fort probable que bon nombre de vos patients en soient atteints. Vous êtes bien placé pour savoir que si le traitement de cette maladie est le moins efficace, la maîtrise glycémique ne sera pas au rendez-vous et cela entraînera à terme de graves complications, notamment la cécité, l'insuffisance rénale terminale ou l'amputation d'un membre inférieur. La question est de savoir comment planifier au mieux le traitement du diabète de type 2.

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) aimerait vous aider à répondre à cette question. La prise en charge du diabète, soit les sujets des analogues de l'insuline, de l'autosurveillance glycémique et des traitements de deuxième et de troisième intention du diabète de type 2, constitue une priorité pour l'ACMTS dans ses activités de promotion de la pratique optimale. Consciente de l'importance de l'information sur ces sujets pour le médecin et d'autres professionnels de la santé, l'ACMTS a minutieusement passé en revue les données probantes sur l'efficacité clinique et la rentabilité afin d'offrir des conseils pratiques sur la prise en charge optimale du diabète.

Prise en charge du diabète de type 2

En règle générale, la prise en charge du diabète de type 2 passe d'abord par des modifications du style de vie et la prescription d'un antidiabétique oral.

La **metformine** est l'antidiabétique oral recommandé en **première intention** dans la plupart des cas de diabète de type 2 lorsque les modifications du style de vie ne parviennent pas à elles seules à rétablir l'équilibre glycémique. De fait, des données sur l'utilisation des médicaments indiquent que la metformine est prescrite en première intention à près de 60 % des personnes diabétiques (type 2) au Canada.

Comme le diabète de type 2 est une maladie évolutive, la maîtrise glycémique est de plus en plus difficile avec le temps de sorte que d'autres antidiabétiques oraux ou l'insuline doivent venir s'ajouter au

régime thérapeutique. Mais, le choix des médicaments dans le traitement de deuxième ou de troisième intention du diabète de type 2 n'a pas toujours été clairement balisé.

Traitement de deuxième intention

Lorsque la metformine ne rétablit pas complètement l'équilibre glycémique, des options s'offrent au clinicien. Les lignes directrices actuelles ne s'entendent pas sur le traitement de deuxième intention, et rares sont les sources de données probantes mentionnées à l'appui de leurs recommandations. Par ailleurs, le coût des antidiabétiques oraux grimpe au Canada ; ainsi, le coût moyen de l'ordonnance d'un antidiabétique oral pour les régimes d'assurance-médicaments publics a pratiquement doublé en 10 ans (de 11,31 \$ en 1998 à 20,77 \$ en 2007)¹. L'augmentation de coût est vraisemblablement due, en partie à tout le moins, à l'apparition sur le marché d'antidiabétiques coûteux.

Pour dissiper l'incertitude et offrir des recommandations éclairées par des données probantes quant au traitement de deuxième intention du diabète de type 2, l'ACMTS a entrepris l'étude méthodique des données probantes d'ordre clinique provenant de 49 essais cliniques comparatifs et randomisés et l'analyse coût-efficacité des médicaments employés en deuxième intention (voir le tableau 1). Le Comité d'experts en examen s'est inspiré des évaluations clinique et économique pour formuler des recommandations sur la thérapie optimale.

Tous les médicaments produisent une diminution statistiquement significative du taux d'hémoglobine glyquée (HbA1C), qui va de 0,6 % à 1,0 % selon le médicament, et il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les classes de médicaments. Les épisodes d'hypoglycémie prononcée sont très rares quel que soit le médicament ; cependant, le risque d'hypoglycémie en général est plus élevé avec les insulines, les sulfonyles et les analogues du méglitinide qu'avec les autres médicaments. Comparativement à la metformine seule, les sulfonyles, les analogues du méglitinide, les thiazolidinediones (TZD) et les insulines occasionnent tous un gain de poids modeste (de 1,8 kg à 3 kg) ; les inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4) et les

inhibiteurs de la glucosidase alpha n'influent pas sur le poids, tandis que les analogues du peptide 1 apparenté au glucagon (GLP-1 pour glucagon-like peptide-1) sont associés à une perte de poids (environ 1,8 kg). Pour cause d'insuffisance des données probantes, il n'est pas possible d'estimer l'effet des antidiabétiques de deuxième intention sur les complications diabétiques à long terme ou sur la mortalité. Notons cependant que l'innocuité à long terme des sulfonyles et des insulines humaines est connue puisqu'elles ont fait l'objet de l'étude marquante United Kingdom Prospective Diabetes Study².

La sulfonyle s'avère la solution la plus rentable dans le traitement de deuxième intention lorsque la metformine en monothérapie ne rétablit pas complètement l'équilibre glycémique, en raison principalement de son coût plus économique que celui de l'insuline ou des nouveaux antidiabétiques. Lorsque les hypothèses ou les éléments pris en compte dans la modélisation varient afin de mettre à l'épreuve la robustesse de l'analyse, les résultats à propos de la rentabilité ne bronchent pas pour ainsi dire.

Tableau 1: Classes de médicaments examinées dans l'étude sur le traitement de 2ième ou de 3ième intention

Sulfonyles*
Analogues du méglitinide
Inhibiteurs de la glucosidase alpha
TZD
Inhibiteurs de la DPP-4
Analogues du GLP-1
Insulines: <ul style="list-style-type: none">• Insulines basales• Insulines en bolus• Insulines biphasiques

*Examinées dans le traitement de deuxième intention exclusivement.

Tout bien considéré :

Lorsque la **metformine** en monothérapie ne rétablit pas complètement l'équilibre glycémique, une sulfonyle devrait s'ajouter au régime thérapeutique dans la plupart des cas de diabète de type 2.

Traitement de deuxième intention = metformine + une sulfonyle

Traitements de deuxième et de troisième intention du diabète de type 2

Bulletin d'information sur la thérapie optimale de l'ACMTS

Bithérapie : metformine + sulfonylurée

Réduction du taux d'HbA1C : ↓ de 0,8 %*

Fluctuation du poids : ↑ de 2 kg*

Risque annuel d'hypoglycémie nécessitant l'aide d'un tiers :

1 patients sur 175[†]

Coût journalier supplémentaire :

De 0,12 \$ à 0,49 \$^{‡,§}

*En moyenne.

†D'après les données de Home et coll. (2007)³.

‡À la moitié de la dose maximale de glyburide, de glicazide et de glimépiride.

§Coût du grossiste (excluant la marge bénéficiaire et les honoraires de pharmacien) tiré du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario, à l'exception du coût du glimépiride qui provient de la liste des médicaments bioéquivalents assurés du Manitoba.

Traitement de troisième intention

Comme c'est le cas à propos du traitement de deuxième intention, l'incertitude règne quant au choix du traitement de troisième intention le plus judicieux du diabète de type 2 lorsque la metformine couplée à une sulfonylurée ne parvient plus à équilibrer l'hyperglycémie. La plupart des lignes directrices recommandent l'insulinothérapie en troisième intention, mais d'autres préconisent soit l'insulinothérapie, soit l'adjonction d'un troisième antidiabétique oral.

Dans le cadre de son projet pilote d'examen thérapeutique, l'ACMTS a entrepris une analyse clinique et une analyse économique afin d'évaluer l'efficacité, les effets néfastes et la rentabilité des médicaments indiqués dans le traitement de troisième intention du diabète de type 2. Le Comité d'experts en examen a passé en revue les résultats de ces analyses avant de formuler des recommandations éclairées par des données probantes sur le traitement de troisième intention du diabète de type 2, lorsque la metformine et une sulfonylurée ne rétablissent pas l'équilibre glycémique.

Les données probantes sur les classes de médicaments indiqués dans le traitement de troisième intention du diabète de type 2 proviennent de 33 essais cliniques comparatifs et randomisés (voir le tableau 1).

Comparativement à la bithérapie englobant la metformine et une sulfonylurée, la trithérapie comprenant la metformine, une sulfonylurée et un inhibiteur de la DPP-4, un analogue du GLP-1, une TZD ou une insuline administrée en bolus produit une diminution statistiquement significative du taux d'HbA1C allant de 0,9 % à 1,2 %, tandis que l'adjonction d'un analogue du méglitinide ou d'un inhibiteur de la glucosidase alpha à la bithérapie n'a pas cet effet. L'insuline basale, l'insuline biphasique, l'insuline administrée en bolus et les TZD entraînent toutes un gain de poids (de 2 kg à 5 kg) ; les inhibiteurs de la DPP-4 et les inhibiteurs de la glucosidase alpha sont sans effet sur le poids, alors que les analogues du GLP-1 sont associés à une perte de poids (environ 1,6 kg). Par rapport aux autres comparateurs actifs, les stratégies insuliniques comportent un plus grand risque d'hypoglycémie en général ; notons toutefois que les épisodes d'hypoglycémie prononcée sont rares quel que soit le traitement.

Trithérapie : metformine+ sulfonylurée + insuline NPH :

Réduction du taux d'HbA1C : ↓ de 1,2 %*

Fluctuation du poids : ↑ de 2 kg*

Risque annuel d'hypoglycémie nécessitant l'aide d'un tiers :

1 patients sur 85[†]

Coût journalier supplémentaire : 1,09 \$^{‡,§}

*En moyenne.

†D'après les données de Holman et coll. (2009)⁴ et de Singh et coll. (2009)⁵.

‡À la dose de 40 unités par jour.

§ Coût du grossiste (excluant la marge bénéficiaire et les honoraires de pharmacien) tiré du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario.

Pour cause d'insuffisance des données probantes, il est impossible d'évaluer l'efficacité comparative des antidiabétiques de troisième intention sur le plan des complications à long terme d'importance clinique. À souligner cependant que l'innocuité à long terme des insulines humaines est connue puisqu'elles ont fait l'objet de l'étude marquante United Kingdom Prospective Diabetes Study².

Les constatations de l'analyse économique indiquent que l'adjonction d'insuline isophane (NPH) à la metformine et à la sulfonylurée constitue le traitement de troisième intention le plus rentable. Les résultats demeurent robustes devant la plupart des hypothèses et des éléments pris en compte dans la modélisation.

Tout bien considéré :

Lorsque la bithérapie par la metformine et une sulfonylurée ne rétablit pas complètement l'équilibre glycémique, l'insuline NPH devrait s'ajouter au régime thérapeutique dans la plupart des cas de diabète de type 2.

Traitement de troisième intention = metformine + sulfonylurée + insuline NPH*

*Malgré que les données probantes à cet égard soient limitées et contradictoires, il peut être bénéfique de remplacer l'insuline NPH (action intermédiaire) par un analogue de l'insuline à action prolongée quand l'insuline NPH cause de l'hypoglycémie intolérable. Il faut savoir toutefois que l'hypoglycémie prononcée dans le diabète de type 2 est relativement rare.

Pour plus d'informations, rendez-vous à www.cadth.ca/t2dm-pdf-fr

Rappelez-vous les précédentes recommandations de l'ACMTS fondées sur des données probantes à propos de l'autosurveillance glycémique : www.cadth.ca/smbg-pdf-fr

Références

1. Current utilization of second- and third-line therapies in patients with type 2 diabetes [Internet]. Ottawa: CADTH; 2010. [cité le 11 septembre 2010]. Accessible à : <http://www.cadth.ca/media/pdf/C1110-CU-Report-2nd-3rd-Line-Agents-final-e.pdf>
2. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet. 1998 Sep 12;352(9131):854-65.
3. Home PD, et al. Diabet Med. 2007;24(6):626-34.
4. Holman RR, et al. N Engl J Med. 2009 Oct 29;361(18):1736-47.
5. Singh SR, et al. CMAJ. 2009 Feb 17;180(4):385-97.

Ce bulletin d'information sur la thérapie optimale est publié par :

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) est un organisme national qui a pour but de fournir aux décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux en matière de soins de santé des informations et des conseils crédibles et impartiaux, fondés sur des données probantes, sur l'efficacité et l'efficacité des médicaments et d'autres technologies de la santé.

600-865, avenue Carling
Ottawa (Ontario) K1S 5S8
Tél. : 613-226-2553
Télécopieur : 613-226-5392
www.acmts.ca

Nous réservons un bon accueil à votre rétroaction.

Veillez nous faire parvenir vos commentaires à : cadthfeedback@cadth.ca

Les renseignements dans le présent document ne peuvent pas remplacer le jugement clinique lors du traitement du patient. L'ACMTS n'est pas responsable des dommages ou préjudices qui peuvent résulter de l'utilisation, à bon ou à mauvais escient, de l'information implicite et explicite dans ce document.

Les énoncés, les conclusions et les points de vue exprimés ici ne représentent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada ou d'un gouvernement provincial ou territorial.

La production du présent document a été rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada.

Bulletin n° 824

Le 18 janvier 2012

AVIS IMPORTANT

LE PMONB CESSERA DE FOURNIR DES MISES À JOUR EN VERSION PAPIER INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT POUR RECEVOIR LES AVIS PAR COURRIEL

À compter du **1^{er} mars 2012**, le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) cessera de fournir les documents suivants en version papier :

- Formulaire complet du PMONB (publié tous les trimestres) ;
- Bulletins de mise à jour du Formulaire du PMONB ;
- Mises à jour de la liste des prix maximums du PMONB ;
- Liste des médecins prescripteurs (semestrielle et mises à jour).

Les versions électroniques sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse suivante :
www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

Pour vous assurer de recevoir les renseignements importants sur les nouvelles mises à jour publiées, vous **devez** vous inscrire en ligne à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp. **Vous devez vous réinscrire, même si vous recevez les avis présentement par courriel.** Cliquez sur l'encadré jaune « Inscription pour recevoir des avis par courriel » qui se trouve dans la section Professionnels en Santé du site Web.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca ou composer le 1-800-332-3691.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Bulletin n° 825

Le 18 janvier 2012

Mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Le changement ci-après s'appliquera aux bénéficiaires du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) qui reçoivent le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral.

À compter du 1^{er} janvier 2012, le plafond de la quote-part annuelle passera de 250 \$ à 500 \$ par année civile. La quote-part pour chaque ordonnance (9,05 \$ par ordonnance) ne changera pas.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca.

Bulletin n° 826

Le 25 janvier, 2012

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 21 février 2012 seront assujetties au PAM à compter du 22 février 2012.

Veillez noter, s.v.p.: Les listes de produits interchangeables ajoutés au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en version papier ne seront plus distribuées.

Une version électronique est disponible sur la page Web du PMONB à l'adresse:

<http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Feb. 21/12 Feb. 22/12

Clopidogrel Bisulfate							
Clopidogrel (Bisulfate de)							
Tab	Orl	75mg	Co-Clopidogrel	2303027	COB		
Co.			Teva-Clopidogrel	2293161	TEV	W & Spec. Auth.	MAP
Simvastatin							
Simvastatine							
Tab	Orl	5mg	Mint-Simvastatin	2372932	MNT	AEFGVW	MAP
Co.		10mg	Mint-Simvastatin	2372940	MNT	AEFGVW	MAP
		20mg	Mint-Simvastatin	2372959	MNT	AEFGVW	MAP
		40mg	Mint-Simvastatin	2372967	MNT	AEFGVW	MAP
		80mg	Mint-Simvastatin	2372975	MNT	AEFGVW	MAP

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

Atomoxetine Hydrochloride							
Atomoxétine (chlorhydrate d')							
Cap	Orl	10mg	Novo-Atomoxetine	2314541	TEV		MAP
Caps		18mg	Novo-Atomoxetine	2314568	TEV		MAP
		25mg	Novo-Atomoxetine	2314576	TEV		MAP
		40mg	Novo-Atomoxetine	2314584	TEV		MAP
		60mg	Novo-Atomoxetine	2314592	TEV		MAP

Bulletin n° 827

Le 1 février, 2012

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 6 mars 2012 seront assujetties au PAM à compter du 7 mars 2012.

Veillez noter, s.v.p.: Les listes de produits interchangeables ajoutés au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en version papier ne seront plus distribuées. Une version électronique est disponible sur la page Web du PMONB à l'adresse:
<http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse:
<http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Mar 6/12	Mar 7/12
Amiodarone Hydrochloride								
Amiodarone (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	200mg	Ava-Amiodarone	2364263	AVA	AEFGVW	MAP	
Co.								
Amlodipine Besylate								
Bésylate d'amlodipine								
Tab	Orl	2.5mg	Amlodipine	2326795	PDL	AEFVW	MAP	
			Mar-Amlodipine	2371707	MAR			
Co.								
		5mg	Amlodipine	2326809	PDL	AEFVW	MAP	
			Mar-Amlodipine	2371715	MAR			
Co.								
		10mg	Amlodipine	2326817	PDL	AEFVW	MAP	
			Mar-Amlodipine	2371723	MAR			
Co.								
Amlodipine/Atorvastatin								
Amlodipine/Atorvastatine								
Tab	Orl	5mg/10mg	GD-Amlodipine/Atorvastatin	2362759	GMD	Spec. Auth.	AAC	1.4976
Co.								
		5mg/20mg	GD-Amlodipine/Atorvastatin	2362767	GMD	Spec. Auth.	AAC	1.7056
		5mg/40mg	GD-Amlodipine/Atorvastatin	2362775	GMD	Spec. Auth.	AAC	1.7836
		5mg/80mg	GD-Amlodipine/Atorvastatin	2362783	GMD	Spec. Auth.	AAC	1.7836
		10mg/10mg	GD-Amlodipine/Atorvastatin	2362791	GMD	Spec. Auth.	AAC	1.8200
		10mg/20mg	GD-Amlodipine/Atorvastatin	2362805	GMD	Spec. Auth.	AAC	2.0280
		10mg/40mg	GD-Amlodipine/Atorvastatin	2362813	GMD	Spec. Auth.	AAC	2.1060
		10mg/80mg	GD-Amlodipine/Atorvastatin	2362821	GMD	Spec. Auth.	AAC	2.1060
Co.								
Atenolol								
Aténolol								
Tab	Orl	25mg	Ava-Atenolol	2360969	AVA	AEFGVW	MAP	
Co.								
Atorvastatin Calcium								
Atorvastatin calcique								
Tab	Orl	10mg	Mylan-Atorvastatin	2373203	MYL	AEFVW	MAP	
Co.								
		20mg	Mylan-Atorvastatin	2373211	MYL	AEFVW	MAP	
		40mg	Mylan-Atorvastatin	2373238	MYL	AEFVW	MAP	
		80mg	Mylan-Atorvastatin	2373246	MYL	AEFVW	MAP	
Co.								
Azithromycin								
Azithromycine								
Tab	Orl	250mg	Ava-Azithromycin	2363364	AVA	ABEFGVW	MAP	
Co.								
Pws.	Orl	100mg/5mL	Ava-Azithromycin	2363372	AVA	ABEFGVW	MAP	
Pds		200mg/5mL	Ava-Azithromycin	2363380	AVA	ABEFGVW	MAP	

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURES POUR LE PMONB

to
Mar 6/12 MAP
Mar 7/12

Carvedilol							
Carvédilol							
Tab	Orl	3.125mg	Carvedilol	2364913	SAS	Spec. Auth.	MAP
Co.		6.25mg	Carvedilol	2364921	SAS	Spec. Auth.	MAP
		12.5mg	Carvedilol	2364948	SAS	Spec. Auth.	MAP
		25mg	Carvedilol	2364956	SAS	Spec. Auth.	MAP
Citalopram Hydrobromide							
Citalopram (bromhydrate de)							
Tab	Orl	10mg	Mar-Citalopram	2371871	MAR	AEFGVW	MAP
Co.			Mint-Citalopram	2370077	MNT		
		20mg	Mar-Citalopram	2371898	MAR	AEFGVW	MAP
		40mg	Mar-Citalopram	2371901	MAR	AEFGVW	MAP
Clarithromycin							
Tab	Orl	250mg	Ava-Clarithromycin	2366371	AVA	ABEFGVW	MAP
Co.		500mg	Ava-Clarithromycin	2366398	AVA	ABEFGVW	MAP
Diltiazem Hydrochloride							
Diltiazem (chlorhydrate de)							
CDC	Orl	120mg	Co-Diltiazem CD	2370611	COB	AEFGVW	MAP
Caps.L.C.		180mg	Co-Diltiazem CD	2370638	COB	AEFGVW	MAP
		240mg	Co-Diltiazem CD	2370646	COB	AEFGVW	MAP
Fluvoxamine Maleate							
Fluvoxamine (maléate de)							
Tab	Orl	50mg	Ava-Fluvoxamine	2363763	AVA	AEFGVW	MAP
Co.		100mg	Ava-Fluvoxamine	2363771	AVA	AEFGVW	MAP
Latanoprost							
Liq	Oph	0.005%	GD-Latanoprost	2373041	GMD	AEFGVW	MAP
Liq							
Letrozole							
Létrozole							
Tab	Orl	2.5mg	Mar-Letrozole	2373424	MAR	AEFVW	MAP
Co.							
Lisinopril/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	10mg/12.5mg	Lisinopril/HCTZ (Type Z)	2362945	SAS	AEFGVW	MAP
Co.			Sandoz Lisinopril HCT	2302365	SDZ		
		20mg/12.5mg	Lisinopril/HCTZ (Type Z)	2362953	SAS	AEFGVW	MAP
			Sandoz Lisinopril HCT	2302373	SDZ		
		20mg/25mg	Lisinopril/HCTZ (Type Z)	2362961	SAS	AEFGVW	MAP
			Sandoz Lisinopril HCT	2302381	SDZ		

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURES POUR LE PMONB

							to	MAP
							Mar 6/12	Mar 7/12
Losartan Potassium Losartan Potassique								
Tab	Orl	25mg	Co-Losartan	2354829	COB			
Co.			Mylan-Losartan	2368277	MYL	AEFGVW	AAC	0.6295
			pms-Losartan	2309750	PMS			
			Sandoz Losartan	2313332	SDZ			
		50mg	Apo-Losartan	2353504	APX			
			Co-Losartan	2354837	COB			
			Mylan-Losartan	2368285	MYL	AEFGVW	AAC	0.6295
			pms-Losartan	2309769	PMS			
			Sandoz Losartan	2313340	SDZ			
			Teva-Losartan	2357968	TEV			
		100mg	Apo-Losartan	2353512	APX			
			Co-Losartan	2354845	COB			
			Mylan-Losartan	2368293	MYL	AEFGVW	AAC	0.6295
			pms-Losartan	2309777	PMS			
			Sandoz Losartan	2313359	SDZ			
			Teva-Losartan	2357976	TEV			
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide Losartan Potassique/Hydrochlorothiazide								
Tab	Orl	50/12.5mg	Apo-Losartan/HCTZ	2371235	APX			
Co.			Mylan-Losartan HCTZ	2378078	MYL	AEFGVW	AAC	0.6295
			Sandoz Losartan HCT	2313375	SDZ			
		100/12.5mg	Apo-Losartan/HCTZ	2371243	APX			
			Mylan-Losartan HCTZ	2378086	MYL	AEFGVW	AAC	0.6163
			Sandoz Losartan HCT	2362449	SDZ			
			Teva-Losartan/HCTZ	2377144	TEV			
		100/25mg	Apo-Losartan/HCTZ	2371251	APX			
			Mylan-Losartan HCTZ	2378094	MYL	AEFGVW	AAC	0.6295
			Sandoz Losartan HCT	2313383	SDZ			
			Teva-Losartan/HCTZ	2377152	TEV			
Montelukast Sodium Montélukast Sodique								
Tab	Orl	10mg	Apo-Montelukast	2374609	APX	Spec. Auth.	MAP	
Co.								
Olanzapine Olanzapine ODT		5mg	Olanzapine ODT	2352974	SAS	W & Spec. Auth.	MAP	
Co.D.O.		10mg	Olanzapine ODT	2352982	SAS	W & Spec. Auth.	MAP	
		15mg	Olanzapine ODT	2352990	SAS	W & Spec. Auth.	MAP	

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURES POUR LE PMONB

							to	MAP
							Mar 6/12	Mar 7/12
Pramipexole Dihydrochloride Tab Orl Co.	0.25mg	Ava-Pramipexole	2363305	AVA	AEFVW	MAP		
	0.5mg	Ava-Pramipexole	2363313	AVA	AEFVW	MAP		
	1mg	Ava-Pramipexole	2363321	AVA	AEFVW	MAP		
	1.5mg	Ava-Pramipexole	2363348	AVA	AEFVW	MAP		
Risperidone Rispéridone Tab Orl Co.	0.25mg	Ava-Risperidone Mar-Risperidone	2367173 2371766	AVA MAR	AEFGVW	MAP		
	0.5mg	Ava-Risperidone Mar-Risperidone	2367181 2371774	AVA MAR	AEFGVW	MAP		
	1mg	Ava-Risperidone Mar-Risperidone	2367203 2371782	AVA MAR	AEFGVW	MAP		
	2mg	Ava-Risperidone Mar-Risperidone	2367211 2371790	AVA MAR	AEFGVW	MAP		
	3mg	Ava-Risperidone Mar-Risperidone	2367238 2371804	AVA MAR	AEFGVW	MAP		
	4mg	Ava-Risperidone Mar-Risperidone	2367246 2371812	AVA MAR	AEFGVW	MAP		
ODT Orl Co.D.O.	3mg	pms-Risperidone ODT	2370697	PMS	W & Spec. Auth.	AAC	2.2913	
	4mg	pms-Risperidone ODT	2370700	PMS	W & Spec. Auth.	AAC	3.0638	
Tamsulosin Hydrochloride Tamsulosine (chlorhydrate de) ERT Orl Co.L.P.	0.4mg	Ava-Tamsulosin CR	2366231	AVA	AEFVW	MAP		
Telmisartan Tab Orl Co.	40mg	Mylan-Telmisartan	2376717	MYL	AEFGVW	AAC	0.5648	
		Sandoz Telmisartan	2375958	SDZ				
		Teva-Telmisartan	2320177	TEV				
	80mg	Mylan-Telmisartan	2376725	MYL	AEFGVW	AAC	0.5648	
		Sandoz Telmisartan	2375966	SDZ				
		Teva-Telmisartan	2320185	TEV				
Valsartan/Hydrochlorothiazide Tab Orl Co.	80mg/12.5mg	Mylan-Valsartan-HCTZ	2373734	MYL	AEFGVW	MAP		
	160mg/12.5mg	Mylan-Valsartan-HCTZ	2373742	MYL	AEFGVW	MAP		
	160mg/25mg	Mylan-Valsartan-HCTZ	2373750	MYL	AEFGVW	MAP		
	320mg/12.5mg	Mylan-Valsartan-HCTZ	2373769	MYL	AEFGVW	MAP		
	320mg/25mg	Mylan-Valsartan-HCTZ	2373777	MYL	AEFGVW	MAP		

NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM

						to	MAP
						Mar 6/12	Mar 7/12
Cefprozil							
Pwr.	Orl	125mg/5mL	Sandoz Cefprozil	2303426	SDZ	MAP	
Pds.		250mg/5mL	Sandoz Cefprozil	2303434	SDZ	MAP	
Tab	Orl	250mg	Sandoz Cefprozil	2302179	SDZ	MAP	
Co.		500mg	Sandoz Cefprozil	2302187	SDZ	MAP	

Bulletin n° 828

le 9 février 2012

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

L'OXYCONTIN[®] N'EST PLUS DISPONIBLE

Cette mise à jour du formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 9 février 2012.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Arrêt de production de l'OxyContin[®]
- Possibilités offertes aux utilisateurs d'OxyContin[®]
- Médicaments (incluant OxyNEO^{MC}) examinés, non inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

ARRÊT DE PRODUCTION DE L'OXYCONTIN®

Purdue Pharma a annoncé qu'il cessera de produire et de distribuer l'OxyContin® dès le 29 février 2012. Les DIN touchés sont énumérés ci-dessous.

OxyContin®	Posologie	DIN	Posologie	DIN
	comprimé de 5 mg	02258129	comprimé de 30 mg	02323206
	comprimé de 10 mg	02202441	comprimé de 40 mg	02202476
	comprimé de 15 mg	02323192	comprimé de 60 mg	02323214
	comprimé de 20 mg	02202468	comprimé de 80 mg	02202484

De ce fait, dès le 15 février 2012, aucune nouvelle demande d'autorisation spéciale pour l'OxyContin® ne sera considérée par le PMONB. L'OxyNEO^{MC}, une nouvelle formulation d'oxycodone à longue durée d'action, a été examinée et n'est pas ajoutée au formulaire du PMONB.

POSSIBILITÉS OFFERTES AUX UTILISATEURS D'OXYCONTIN®

Dès le 1^{er} mars 2012, les bénéficiaires du PMONB qui utilisent actuellement l'OxyContin® (et qui étaient couverts dans les trois mois précédant le 1^{er} mars 2012) seront couverts pour l'OxyNEO^{MC}. Les bénéficiaires du PMONB passant à l'OxyNEO^{MC} devront obtenir une nouvelle ordonnance si le médecin le juge nécessaire, mais n'auront **pas** besoin de demander une nouvelle autorisation spéciale. En effet l'autorisation visant l'OxyContin® s'appliquera à l'OxyNEO^{MC}. Dans toutes autres circonstances, l'OxyNEO^{MC} ne sera **pas** pris en considération pour une autorisation spéciale.

Pour le moment, le formulaire du PMONB compte plusieurs autres médicaments opioïdes de courte ou de longue durée d'action, tels que la codéine, la morphine, l'hydromorphone et les timbres de fentanyl ainsi que des produits non-narcotiques pour le traitement de la douleur. Vous pouvez consulter le formulaire du PMONB à la page Web suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp> ou téléphoner au 1-800-332-3691 pour obtenir plus d'information sur les produits inscrits.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu que ces derniers n'offraient pas d'avantage thérapeutique important ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Oxycodone à longue durée d'action	(OxyNEO ^{MC})	Comprimés à libération prolongée de 10, 15, 20, 30, 40, 60 et 80 mg
Cyclosporine - sécheresse oculaire modérée à modérément grave	(Restasis®)	Émulsion ophtalmique à 0,05 %
Maraviroc - traitement de l'infection à VIH-1 chez l'adulte n'ayant pas subi de traitement encore	(Celcentri®)	Comprimés de 150mg et 300mg
Roflumilast - maladie pulmonaire obstructive chronique	(Daxas®)	Comprimés de 500 µg

Bulletin n° 829

Le 14 mars, 2012

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 15 avril 2012 seront assujetties au PAM à compter du 16 avril 2012.

Veillez noter, s.v.p.: Les listes de produits interchangeables ajoutés au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en version papier ne seront plus distribuées.

Une version électronique est disponible sur la page Web du PMONB à l'adresse:

<http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Apr 15/12	Apr 16/12
Clopidogrel Bisulfate Clopidogrel (bisulfate de)								
Tab	Orl	75mg	pms-Clopidogrel	2348004	PMS	W & Spec. Auth.	MAP	
Co.								
Rizatriptan Benzoate Rizatriptan (benzoate de)								
ODT	Orl	5mg	Co-Rizatriptan ODT	2374730	COB	Spec. Auth.	AAC 11.1150	
Co.D.O.								
		10mg	Co-Rizatriptan ODT	2374749	COB	Spec. Auth.	AAC 11.1150	
Tamsulosin Hydrochloride Tamsulosine (chlorhydrate de)								
ERT	Orl	0.4mg	Apo-Tamsulosin CR	2362406	APX	AEFVW	MAP	
Co.L.P.								
Telmisartan/Hydrochlorothiazide								
Tab	Orl	80mg/12.5mg	Mylan-Telmisartan HCTZ	2373564	MYL	AEFGVW	AAC 0.5648	
Co.								
		80mg/25mg	Mylan-Telmisartan HCTZ	2373572	MYL	AEFGVW	AAC 0.5648	
Topiramate								
Tab	Orl	25mg	Auro-Topiramate	2345803	ARO	Spec. Auth.	MAP	
Co.								
		100mg	Auro-Topiramate	2345838	ARO	Spec. Auth.	MAP	
		200mg	Auro-Topiramate	2345846	ARO	Spec. Auth.	MAP	

Bulletin n° 830

Le 4 avril, 2012

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 1 mai 2012 seront assujetties au PAM à compter du 2 mai 2012.

Veillez noter, s.v.p.: Les listes de produits interchangeables ajoutés au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en version papier ne seront plus distribuées.

Une version électronique est disponible sur la page Web du PMONB à l'adresse:

<http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPD P BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
May 1/12 May 2/12

Amlodipine Besylate Bésylate d'amlodipine								
Tab	Orl	2.5mg	Jamp-Amlodipine	2357186	JPC	AEFVW	MAP	
Co.		5mg	Jamp-Amlodipine	2357194	JPC	AEFVW	MAP	
		10mg	Jamp-Amlodipine	2357208	JPC	AEFVW	MAP	
Bisoprolol Fumarate Fumarate de bisoprolol								
Tab	Orl	5mg	Ava-Bisoprolol	2363887	AVA	AEFVW	MAP	
Co.		10mg	Ava-Bisoprolol	2363895	AVA	AEFVW	MAP	
Clindamycin Hydrochloride Clindamycine (chlorhydrate de)								
Cap	Orl	150mg	Ava-Clindamycin	2364719	AVA	ABEFGVW	MAP	
Caps.		300mg	Ava-Clindamycin	2364727	AVA	ABEFGVW	MAP	
Diltiazem Hydrochloride Diltiazem (chlorhydrate de)								
ERC	Orl	120mg	Co-Diltiazem T	2370441	COB	AEFVW	MAP	
Cap. L.P.		180mg	Co-Diltiazem T	2370492	COB	AEFVW	MAP	
		240mg	Co-Diltiazem T	2370506	COB	AEFVW	MAP	
		300mg	Co-Diltiazem T	2370514	COB	AEFVW	MAP	
		360mg	Co-Diltiazem T	2370522	COB	AEFVW	MAP	
Domperidone Maleate Dompéridone (maléate de)								
Tab	Orl	10mg	Ava-Domperidone	2364271	AVA	AEFGVW	MAP	
Co.								
Entacapone								
Tab	Orl	200mg	Teva-Entacapone	2375559	TEV	Spec. Auth.	AAC	0.8020
Co.								
Famciclovir								
Tab	Orl	125mg	Ava-Famciclovir	2366827	AVA	AEFGVW	MAP	
Co.		250mg	Ava-Famciclovir	2366835	AVA	AEFGVW	MAP	
		500mg	Ava-Famciclovir	2366843	AVA	AEFGVW	MAP	
Fenofibrate Fénofibrate								
Tab	Orl	100mg	Fenofibrate-S	2356570	SAS	AEFGVW	MAP	
Co.		160mg	Fenofibrate-S	2356589	SAS	AEFGVW	MAP	

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
May 1/12 May 2/12

Finasteride Finastéride							
Tab Co.	Orl	5mg	Apo-Finasteride	2365383	APX	Spec.Auth.	MAP
Furosemide Furosémide							
Tab Co.	Orl	20mg	Ava-Furosemide	2364573	AVA	AEFGVW	MAP
		40mg	Ava-Furosemide	2364581	AVA	AEFGVW	MAP
		80mg	Ava-Furosemide	2364603	AVA	AEFGVW	MAP
Gliclazide							
Tab Co.	Orl	80mg	Ava-Gliclazide	2363518	AVA	ABEFGVW	MAP
Hydromorphone Hydrochloride Hydromorphone (chlorhydrate d')							
Tab Co.	Orl	1mg	Teva-Hydromorphone	2319403	TEV	AEFGVW	MAP
		2mg	Teva-Hydromorphone	2319411	TEV	AEFGVW	MAP
		4mg	Teva-Hydromorphone	2319438	TEV	AEFGVW	MAP
		8mg	Teva-Hydromorphone	2319446	TEV	AEFGVW	MAP
Irbesartan							
Tab Co.	Orl	75mg	Irbesartan Mylan-Irbesartan	2372347 2347296	SAS MYL	AEFGVW	MAP
		150mg	Irbesartan Mylan-Irbesartan	2372371 2347318	SAS MYL	AEFGVW	MAP
		300mg	Irbesartan Mylan-Irbesartan	2372398 2347326	SAS MYL	AEFGVW	MAP
Irbesartan/Hydrochlorothiazide							
Tab Co.	Orl	150mg/12.5mg	Irbesartan/HCTZ	2372886	SAS	AEFGVW	MAP
		300mg/12.5mg	Irbesartan/HCTZ	2372894	SAS	AEFGVW	MAP
		300mg/25mg	Irbesartan/HCTZ	2372908	SAS	AEFGVW	MAP
Levofloxacin Lévofloxacine							
Tab Co.	Orl	250mg	Ava-Levofloxacin	2361027	AVA	VW & Spec.Auth.	MAP
		500mg	Ava-Levofloxacin	2361035	AVA	VW & Spec.Auth.	MAP
Lisinopril							
Tab Co.	Orl	5mg	Jamp-Lisinopril	2361531	JPC	AEFGVW	MAP
		10mg	Jamp-Lisinopril	2361558	JPC	AEFGVW	MAP
		20mg	Jamp-Lisinopril	2361566	JPC	AEFGVW	MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
May 1/12 May 2/12

Losartan Potassium Losartan potassique									
Tab	Orl	25mg	Apo-Losartan	2379058	APX	AEFGVW	MAP		
Co.									
Meloxicam									
Tab	Orl	7.5mg	Ava-Meloxicam	2365545	AVA	AEFGVW	MAP		
Co.									
		15mg	Ava-Meloxicam	2365553	AVA	AEFGVW	MAP		
Metformin Hydrochloride Metformine (chlorhydrate de)									
Tab	Orl	500mg	Ava-Metformin	2364506	AVA	AEFGVW	MAP		
Co.									
		850mg	Ava-Metformin	2364514	AVA	AEFGVW	MAP		
Metoprolol Tartrate Métoprolol (tartrate de)									
Tab	Orl	25mg	Jamp-Metoprolol-L	2356813	JPC	AEFGVW	MAP	0.0611	
Co.									
		50mg	Jamp-Metoprolol-L	2356821	JPC	AEFGVW	MAP	0.1164	
		100mg	Jamp-Metoprolol-L	2356848	JPC	AEFGVW	MAP	0.2112	
Mycophenolate Mofetil Mycophénolate Mofétil									
Tab	Orl	500mg	Co-Mycophenolate	2379996	COB	R	MAP		
Co.									
Nabilone									
Cap	Orl	0.5mg	pms-Nabilone	2380900	PMS	Spec. Auth.	AAC	1.5513	
Caps			Ran-Nabilone	2358085	RAN				
		1mg	pms-Nabilone	2380919	PMS	Spec. Auth.	AAC	3.1025	
			Ran-Nabilone	2358093	RAN				
Olanzapine									
Tab	Orl	2.5mg	Olanzapine	2372819	SAS	W & Spec. Auth.	MAP		
Co.									
		5mg	Olanzapine	2372827	SAS	W & Spec. Auth.	MAP		
		7.5mg	Olanzapine	2372835	SAS	W & Spec. Auth.	MAP		
		10mg	Olanzapine	2372843	SAS	W & Spec. Auth.	MAP		
		15mg	Olanzapine	2372851	SAS	W & Spec. Auth.	MAP		
Omeprazole Oméprazole									
SRT	Orl	20mg	Ran-Omeprazole	2374870	RAN	ABEFGVW	MAP		
Co.L.L.									
Oxycodone Hydrochloride/Acetaminophen Oxycodone (chlorhydrate d')/acétaminophène									
Tab	Orl	5mg/325mg	Oxycodone/Acet	2361361	SAS	AEFGVW	MAP		
Co.									

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
May 1/12 May 2/12

Pantoprazole Sodium Pantoprazole sodique ECT Orl Co.Ent.	40mg	Pantoprazole	2370808	SAS	Spec. Auth.	MAP		
Rabeprazole Sodium Rabéprazole sodique ECT Orl Co.Ent.	10mg	Apo-Rabeprazole	2345579	APX	ABEFGVW	MAP		
	20mg	Apo-Rabeprazole	2345587	APX	ABEFGVW	MAP		
Ramipril Cap Orl Caps.	2.5mg	Ramipril	2374846	SAS	AEFGVW	MAP		
	5mg	Ramipril	2374854	SAS	AEFGVW	MAP		
	10mg	Ramipril	2374862	SAS	AEFGVW	MAP		
Rosuvastatin Calcium Rosuvastatin calcique Tab Orl Co.	10mg	Apo-Rosuvastatin	2337983	APX				
		Co-Rosuvastatin	2339773	COB				
		Mylan-Rosuvastatin	2381273	MYL				
		pms-Rosuvastatin	2378531	PMS	AEFVW	AAC	0.6800	
		Ran-Rosuvastatin	2382652	RAN				
		Sandoz Rosuvastatin	2338734	SDZ				
		Teva-Rosuvastatin	2354616	TEV				
	20mg	Apo-Rosuvastatin	2337991	APX				
		Co-Rosuvastatin	2339781	COB				
		Mylan-Rosuvastatin	2381281	MYL				
		pms-Rosuvastatin	2378558	PMS	AEFVW	AAC	0.8500	
		Ran-Rosuvastatin	2382660	RAN				
		Sandoz Rosuvastatin	2338742	SDZ				
		Teva-Rosuvastatin	2354624	TEV				
	40mg	Apo-Rosuvastatin	2338009	APX				
		Co-Rosuvastatin	2339803	COB				
		Mylan-Rosuvastatin	2381303	MYL				
		pms-Rosuvastatin	2378566	PMS	AEFVW	AAC	0.9950	
		Ran-Rosuvastatin	2382679	RAN				
		Sandoz Rosuvastatin	2338750	SDZ				
		Teva-Rosuvastatin	2354632	TEV				
Sertraline Hydrochloride Sertraline (chlorhydrate de) Cap Orl Caps.	25mg	Ran-Sertraline	2374552	RAN	AEFGVW	MAP		
	50mg	Ran-Sertraline	2374560	RAN	AEFGVW	MAP		
	100mg	Ran-Sertraline	2374579	RAN	AEFGVW	MAP		

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
May 1/12 May 2/12

Simvastatin							
Simvastatine							
Tab	Orl	5mg	Mar-Simvastatin	2375036	MAR	AEFGVW	MAP
Co.							
		10mg	Mar-Simvastatin	2375044	MAR	AEFGVW	MAP
		20mg	Mar-Simvastatin	2375052	MAR	AEFGVW	MAP
		40mg	Mar-Simvastatin	2375060	MAR	AEFGVW	MAP
		80mg	Mar-Simvastatin	2375079	MAR	AEFGVW	MAP
Sotalol Hydrochloride							
Sotalol (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	80mg	Ava-Sotalol	2363674	AVA	AEFGVW	MAP
Co.							
		160mg	Ava-Sotalol	2363682	AVA	AEFGVW	MAP
Sumatriptan							
Tab	Orl	50mg	Ava-Sumatriptan	2366258	AVA	Spec. Auth.	MAP
Co.							
		100mg	Ava-Sumatriptan	2366266	AVA	Spec. Auth.	MAP
Telmisartan/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	80mg/12.5mg	Teva-Telmisartan HCTZ	2330288	TEV	AEFGVW	MAP
Co.							
		80mg/25mg	Teva-Telmisartan HCTZ	2379252	TEV	AEFGVW	MAP
Valsartan							
Tab	Orl	80mg	Ava-Valsartan	2367122	AVA	AEFGVW	MAP
Co.							
		160mg	Ava-Valsartan	2367130	AVA	AEFGVW	MAP
		320mg	Ava-Valsartan	2367149	AVA	AEFGVW	MAP
Valsartan/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	80mg/12.5mg	Ava-Valsartan HCT	2367068	AVA	AEFGVW	MAP
Co.							
		160mg/12.5mg	Ava-Valsartan HCT	2367076	AVA	AEFGVW	MAP
		160mg/25mg	Ava-Valsartan HCT	2367084	AVA	AEFGVW	MAP
		320mg/12.5mg	Ava-Valsartan HCT	2367092	AVA	AEFGVW	MAP
		320mg/25mg	Ava-Valsartan HCT	2367106	AVA	AEFGVW	MAP
Venlafaxine Hydrochloride							
Venlafaxine (chlorhydrate de)							
SRC	Orl	37.5mg	GD-Venlafaxine XR	2360020	GMD	AEFGVW	MAP
Cap.L.L.			Ran-Venlafaxine XR	2380072	RAN		
		75mg	GD-Venlafaxine XR	2360039	GMD	AEFGVW	MAP
			Ran-Venlafaxine XR	2380080	RAN		
		150mg	GD-Venlafaxine XR	2360047	GMD	AEFGVW	MAP
			Ran-Venlafaxine XR	2380099	RAN		

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

						to	MAP
						May 1/12	May 2/12
Zopiclone							
Tab	Orl	5mg	Ava-Zopiclone	2363534	AVA	AEFVW	MAP
Co.		7.5mg	Ava-Zopiclone	2363542	AVA	AEFVW	MAP

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

						to	MAP
						May 1/12	May 2/12
Atomoxetine Hydrochloride							
Atomoxétine (chlorhydrate d')							
Cap	Orl	18mg	Mylan-Atomoxetine	2378930	MYL		MAP
Caps.		25mg	Mylan-Atomoxetine	2378949	MYL		MAP
		40mg	Mylan-Atomoxetine	2378957	MYL		MAP
		60mg	Mylan-Atomoxetine	2378965	MYL		MAP
Esomeprazole Magnesium Trihydrate							
Esoméprazole magnésien trihydraté							
ERT	Orl	20mg	Apo-Esomeprazole	2339099	APX		AAC 1.8690
Co.L.P.							
Rosuvastatin Calcium							
Rosuvastatin calcique							
Tab	Orl	5mg	Apo-Rosuvastatin	2337975	APX		
Co.			Co-Rosuvastatin	2339765	COB		
			Mylan-Rosuvastatin	2381265	MYL		
			pms-Rosuvastatin	2378523	PMS		AAC 0.6450
			Ran-Rosuvastatin	2382644	RAN		
			Sandoz Rosuvastatin	2338726	SDZ		
			Teva-Rosuvastatin	2354608	TEV		
Valacyclovir							
Tab	Orl	1000mg	pms-Valacyclovir	2381230	PMS		MAP
Co.							
Valsartan							
Tab	Orl	40mg	Ava-Valsartan	2367114	AVA		MAP
Co.							

Bulletin n° 831

Le 20 avril 2012

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 20 avril 2012.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critère révisé**
- **Médicaments retirés du formulaire**
- **Médicaments évalués et non inscrits**
- **Analyse des demandes de règlement pour le pegfilgrastim (Neulasta®)**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS AUX GARANTIES RÉGULIÈRES

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Tacrolimus Caps.L.P. Orl 3 mg	Advagraf®	02331667	ASL	R	PAR
Glucagon Pds Inj. Flacon de 1 mg	GlucaGen®	02333619	NNO	AEFGVW	PAR
Flacon de 1 mg	GlucaGen® HypoKit	02333627	NNO	AEFGVW	PAR
Lipase/Protéase/Amylase Co. Orl 16000U/60000U/ 60000U	Viokase® 16	02241933	AXC	BEFG	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Imiquimod
(Aldara®)
Crème à 5 %

Nouvelles indications ajoutée au critère d'autorisation :

Pour le traitement du carcinome basocellulaire superficiel confirmé par biopsie :

- Avec une tumeur de ≤ 2 cm ET
- Situé sur le tronc, les extrémités ou le cou (à l'exclusion des mains et des pieds) ET
- Lorsqu'une chirurgie ou la radiothérapie n'est pas indiquée comme traitement
 - lésions récurrentes dans une région déjà irradiées OU
 - lésions multiples, trop nombreuses pour être irradiées ou enlevées par chirurgie.
- Période d'approbation : six semaines

Nota : La gestion par chirurgie devrait être considérée comme un traitement de première ligne pour les carcinomes basocellulaires superficiels chez la plupart des patients, particulièrement pour les lésions isolées.

Lapatinib
(Tykerb™)
Comprimés de 250 mg

Lorsqu'utilisé en combinaison avec la capécitabine, pour le traitement de deuxième ligne d'un cancer du sein avancé ou métastatique HER2-positif en progression après des traitements au trastuzumab (p. ex., des taxanes, des anthracyclines, le trastuzumab) et pour les patients dont le statut de rendement ECOG se situe entre 0 et 2.

Période initiale d'approbation : 6 mois

Critère de renouvellement : Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Période de renouvellement : 6 mois

Nota : Les demandes ne seront pas considérées pour le traitement de deuxième ligne d'un cancer du sein métastatique HER2-positif en combinaison avec le trastuzumab ou comme adjuvant.

AUTORISATIONS SPÉCIALES - CRITÈRE RÉVISÉ

Fludarabine

(*Fludara*[®])

Comprimés de 10 mg

Pour le traitement de première ligne de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en combinaison avec le rituximab (avec ou sans cyclophosphamide).

MÉDICAMENTS RETIRÉS DU FORMULAIRE

Flavoxate

(*Urispas*[®] et génériques)

Comprimés de 200 mg

Le Comité consultatif d'experts de l'Atlantique a recommandé que le flavoxate soit retiré du formulaire.

Selon le Comité, le médicament est plus coûteux et n'offre pas d'avantage thérapeutique important comparativement à d'autres thérapies existantes.

Rosiglitazone

(*Avandia*[®])

Comprimés de 2 mg, 4 mg et 8 mg

Le Comité consultatif d'experts de l'Atlantique a recommandé que les produits du rosiglitazone soient retirés du formulaire en raison de restrictions mises en place par Santé Canada. Ces restrictions sont fondées sur des données de sécurité suggérant un plus grand risque de problèmes cardiaques graves.

Rosiglitazone/Metformin

(*Avandamet*[®])

Comprimés 1 mg/500 mg,
2 mg/500 mg, 4 mg/500 mg,
2 mg/1 000 mg et 4 mg/1 000 mg

Les bénéficiaires qui reçoivent actuellement du rosiglitazone en raison d'une autorisation spéciale ne seront pas touchés par le changement.

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Aminolévulinatate de méthyle

(*Metvix*TM)

Crème topique 168 mg/g

Thalidomide

(*Thalomid*[®])

Capsules de 50 mg, 100 mg et 200 mg

ANALYSE DES DEMANDES DE RÈGLEMENT POUR PEGFILGRASTIM (NEULASTA[®])

Rappel : les demandes de règlement présentées par les pharmacies pour le Neulasta[®] devraient être **pour 0,6 ml**. Le bulletin n° 749 du PMONB du 14 avril 2009 en faisait mention. Les demandes de règlement pour des quantités de plus de 0,6 ml feront l'objet d'une vérification.

Bulletin n° 832

Le 31 mai, 2012

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 26 juin 2012 seront assujetties au PAM à compter du 27 juin 2012.

Veillez noter, s.v.p.: Les listes de produits interchangeables ajoutés au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en version papier ne seront plus distribuées.

Une version électronique est disponible sur la page Web du PMONB à l'adresse:

<http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
June 26/12 June 27/12

Bicalutamide							
Tab	Orl	50mg	Ran-Bicalutamide	2371324	RAN	AEFVW	MAP
Co.							
Candesartan Cilexetil							
Candésartan Ciléxétil							
Tab	Orl	8mg	Mylan-Candesartan	2379139	MYL	AEFGVW	MAP
Co.							
		16mg	Mylan-Candesartan	2379147	MYL	AEFGVW	MAP
		32mg	Mylan-Candesartan	2379155	MYL	AEFGVW	MAP
Cefuroxime Axetil							
Céfuroxime Axetil							
Tab	Orl	250mg	Auro-Cefuroxime	2344823	ARO	ABEFGVW	MAP
Co.							
		500mg	Auro-Cefuroxime	2344831	ARO	ABEFGVW	MAP
Diltiazem Hydrochloride							
Diltiazem (chlorhydrate de)							
CDC	Orl	300mg	Co-Diltiazem CD	2370654	COB	AEFGVW	MAP
Caps.L.C.							
Entacapone							
Tab	Orl	200mg	Sandoz Entacapone	2380005	SDZ	Spec. Auth.	MAP
Co.							
Finasteride							
Finastéride							
Tab	Orl	5mg	Ran-Finasteride	2371820	RAN	Spec. Auth.	MAP
Co.							
Levetiracetam							
Lévétiracétam							
Tab	Orl	250mg	Auro-Levetiracetam	2375249	ARO	Spec. Auth.	MAP
Co.							
		500mg	Auro-Levetiracetam	2375257	ARO	Spec. Auth.	MAP
		750mg	Auro-Levetiracetam	2375265	ARO	Spec. Auth.	MAP
Losartan Potassium							
Losartan Potassique							
Tab	Orl	25mg	Teva-Losartan	2380838	TEV	AEFGVW	MAP
Co.							
Mirtazapine							
Tab	Orl	30mg	Mirtazapine	2370689	SAS	AEFGVW	MAP
Co.							
Montelukast Sodium							
Montélukast sodique							
TabC	Orl	4mg	Mylan-Montelukast	2380749	MYL	Spec. Auth.	MAP
Co.C.							
		5mg	Mylan-Montelukast	2380757	MYL	Spec. Auth.	MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONBto MAP
June 26/12 June 27/12

Risedronate Sodium Risédronate sodique Tab Orl Co.	35mg	Risedronate	2370255	SAS	Spec. Auth.	MAP	
Rizatriptan Benzoate Rizatriptan (benzoate de) ODT Orl Co.D.O.	5mg	Mylan-Rizatriptan ODT	2379198	MYL	Spec.Auth.	MAP	
	10mg	Mylan-Rizatriptan ODT	2379201	MYL	Spec.Auth.	MAP	
Tab Orl Co.	5mg	Mar-Rizatriptan	2379651	MAR	Spec.Auth.	AAC	5.8866
	10mg	Mar-Rizatriptan	2379678	MAR	Spec.Auth.	AAC	5.9280

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**to MAP
June 26/12 June 27/12

Candesartan Cilexetil Candésartan Cilexétil Tab Orl Co.	4mg	Mylan-Candesartan	2379120	MYL		MAP	
Cefprozil Pwr Orl Pds.	125mg/5mL	Auro-Cefprozil	2347261	ARO		MAP	
	250mg/5mL	Auro-Cefprozil	2347288	ARO		MAP	
Tab Orl Co.	250mg	Auro-Cefprozil	2347245	ARO		MAP	
	500mg	Auro-Cefprozil	2347253	ARO		MAP	

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Prix des médicaments génériques

La politique d'établissement des prix des médicaments génériques du Nouveau-Brunswick entrera en vigueur le 1 juin 2012. Le prix des médicaments génériques sera de 40 % du prix du médicament de marque déposée à compter du 1^{er} juin 2012 et de 35 % du prix du médicament de marque déposée à compter du 1^{er} décembre 2012.

Liste des prix admissibles maximums (PAM)

Les prix de la nouvelle politique sont énumérés dans la liste PAM de juin 2012. Pour la période du 1^{er} au 10 juin 2012, le PMONB remboursera les pharmacies selon la liste PAM de mai 2012.

Frais d'exécution d'ordonnance et majoration

À compter du 1^{er} juin 2012, les montants versés par le PMONB pour les frais d'exécution d'ordonnance seront augmentés de 1,00 \$ et une majoration de 4 % du prix du médicament générique interchangeable sera payée.

PharmaConsulte^{MC} NB et Incitatif pour les pharmacies en milieu rural

Le programme PharmaConsulte^{MC} NB et l'incitatif pour les pharmacies en milieu rural seront en vigueur à compter du 1^{er} juin 2012.

De plus amples renseignements sur ces politiques sont disponibles sur le site Web du PMONB (www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp) dans la section intitulée «Renseignements pour les professionnels de la santé ».

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Bulletin n° 834

Le 8 juin 2012

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 8 juin 2012.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Examen sur l'ostéoporose – Mise à jour des tableaux sur les risques de fracture**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Potassium (chlorure de) 8 mEq					
Co.L.L. Oral 600 mg	Jamp-K8	80013005	JPC	AEFGVW	PAM
Potassium (chlorure de) 20 mEq					
Co.L.L. Oral 1 500 mg	Jamp-K20	80013007	JPC	AEFGVW	PAM
Co.L.L. Oral 1 500 mg	ODAN K-20	80004412	ODN	AEFGVW	PAM

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Dabigatran (Pradax^{MC})

Comprimés de 110 mg et 150 mg

Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébrale et de l'embolie systémique chez les patients à haut risque présentant une fibrillation auriculaire non valvulaire pour qui :

- l'anticoagulation est inadéquate à la suite d'un essai de deux mois avec la warfarine; ou
- un traitement à la warfarine est contre-indiqué ou impossible en raison de l'impossibilité de faire un suivi régulier par l'entremise d'un dosage RIN (Rapport international normalisé) (c.-à-d., impossibilité d'avoir accès à des services de dosage RIN dans un laboratoire, une clinique, une pharmacie et à la maison).

Les groupes de patients suivants ne sont pas admissibles à la couverture pour le dabigatran pour la fibrillation auriculaire :

- Les patients présentant une insuffisance rénale (clairance de la créatinine ou taux de filtration glomérulaire estimé de < 30 mL/min).
- Les patients de 75 ans et plus sans fonction rénale stable documentée.
- Les patients atteints d'une maladie cardiaque valvulaire rhumatismale significative sur le plan hémodynamique, particulièrement une sténose mitrale.
- Les patients avec valves cardiaques mécaniques.

Remarques :

- Les patients à haut risque présentant une fibrillation auriculaire sont définis comme les patients ayant un pointage de ≥ 1 au système de score CHADS2.
- Une anticoagulation inadéquate est définie par des résultats de dosage du RIN à l'extérieur de l'échelle voulue pour au moins 35 % des tests au cours de la période de contrôle (c.-à-d., une anticoagulation adéquate se définit par des résultats de dosage du RIN à l'intérieur de l'échelle voulue pour au moins 65 % des tests au cours de la période de contrôle).
- Comme l'insuffisance rénale peut augmenter le risque d'hémorragie, la fonction rénale doit être évaluée régulièrement. Les autres facteurs qui augmentent le risque d'hémorragie devraient aussi être évalués et contrôlés (voir la monographie du produit dabigatran).
- Une fonction rénale stable documentée se définit par une clairance de la créatinine ou un taux de filtration glomérulaire estimé qui se maintient pendant au moins trois mois (c.-à-d., 30-49 mL/min pour un dosage de 110 mg deux fois par jour ou ≥ 50 mL/min pour un dosage de 150 mg deux fois par jour).
- Il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée corroborant que le dabigatran offre une anticoagulation adéquate aux patients souffrant d'une maladie cardiaque valvulaire rhumatismale significative ou chez les patients avec valves cardiaques mécaniques. Par conséquent, le dabigatran n'est pas recommandé pour ces groupes de patients.
- Les patients qui commencent un traitement avec le dabigatran doivent pouvoir avoir accès rapidement à des services médicaux advenant une hémorragie majeure.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Étidronate

(*Didrone[®]* et produits génériques)
Comprimés de 200 mg

Étidronate et calcium

(*Trousse Didrocal[®]* et produits génériques)
400 mg/500 mg

Changement de statut – Autorisation spéciale maintenant requise

Pour le traitement de l'ostéoporose :

- En cas de fractures de fragilité documentées, lorsque l'alendronate ou le risédronate ne sont pas tolérés ou contre-indiqués;
ou
- Sans fractures documentées chez les patients qui ont un risque élevé de fracture sur dix ans (voir les tableaux de risque), lorsque l'alendronate ou le risédronate ne sont pas tolérés ou contre-indiqués.

Méthylphénidate à libération prolongée

(*Concerta[®]* et *Teva-Méthylphénidate ER-C*)
Comprimés à libération prolongée de 18 mg, 27 mg, 36 mg et 54 mg

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les enfants âgés de 6 à 18 ans qui présentent des symptômes importants et qui ont fait l'essai du méthylphénidate à libération immédiate ou à libération prolongée sans résultat satisfaisant.

Les demandes prises en considération seront celles effectuées par des pédopsychiatres, des pédiatres ou des omnipraticiens spécialisés dans le TDAH.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Inhibiteurs de la cholinestérase

Donépézil

(*Aricept[®]*)
Comprimés de 5 mg et de 10 mg

Galantamine

(*Reminyl[®]* à libération prolongée et produits génériques)
Capsules de 8 mg, 16 mg et 24 mg

Rivastigmine

(*Exelon[®]* et produits génériques)
Capsules de 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg et 6 mg; et solution orale à 2 mg/mL

Pour le traitement des stades légers à modérés de la maladie d'Alzheimer probable ou de la maladie d'Alzheimer possible avec éléments vasculaires ou de corps de Lewy, qui correspondent aux critères suivants :

un Mini-examen de l'état mental (MMSE) dont le résultat est de 10 à 30
et

une évaluation fonctionnelle de la phase (FAST) dont le résultat est de 4 à 5.

Les demandes initiales de remboursement seront prises en considération pour un maximum de six mois autorisés. Les demandes suivantes pourront être approuvées pour 12 mois.

Les demandes visant à changer d'agent d'une classe pour un autre ne seront pas prises en considération après l'autorisation initiale de 6 mois.

Nota : Le suivi des symptômes ciblés ne sera plus nécessaire. Cependant, le médecin traitant devra confirmer que, selon lui/elle, les évaluations initiale et subséquente démontrent que le traitement est efficace pour le patient.

Des nouveaux formulaires de demande d'autorisation spéciale sont disponibles au <http://www.gnb.ca/0212/alzheimers-f.asp>

OSTÉOPOROSE – MISE À JOUR DES OUTILS D'ÉVALUATION DES RISQUES DE FRACTURE

Les demandes d'autorisation spéciale visant les médicaments pour traiter l'ostéoporose (p. ex., bisphosphonates) chez les patients sans fracture documentée devraient être fondées sur le plus récent tableau (2010) de l'Association canadienne des radiologistes et d'Ostéoporose Canada (CAROC)¹ ou l'outil d'évaluation des risques de fractures (FRAX) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp> afin de déterminer si le patient correspond aux critères de risque élevé (>20 %) de fracture sur dix ans. Ces critères seront mis à jour dans le formulaire du PMONB.

¹ [Can Assoc Radiol J](#). Novembre 2011;62(4):243-50

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Liraglutide	(<i>Victoza</i> ®)	6mg/mL solution injectable
Mométasone, furoate de / Formotérol dihydraté, fumarate de	(<i>Zenhale</i> ™)	50 mcg / 5mcg, 100 mcg / 5mcg et 200 mcg / 5mcg en aérosol pour inhalation
Pipradrol, chorhydrate de – vitamine B, complexe de la	(<i>Alertonic</i> ®)	Liquide
Tapentadol	(<i>Nucynta CR</i> ™)	50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg et 250 mg comprimés à libération contrôlée
Urée 40 %	(<i>Urisec</i> ™-40)	40 % USP crème topique

Bulletin n° 835

Le 21 juin, 2012

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 21 juin 2012.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 19 juin 2012. Avant le 19 juillet 2012, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué sur la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

**NBPDP Interchangeable Product Additions /
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM		
Amiodarone Hydrochloride Amiodarone (chlorhydrate de)							
Tab Orl 200mg Co.	Amiodarone	2364336	SAS	AEFGVW	0.8236		
Atenolol Aténolol							
Tab Orl 25mg Co.	Jamp-Atenolol Ran-Atenolol	2367556 2373963	JPC RAN	AEFGVW	0.1758		
		50mg	Jamp-Atenolol Septa-Atenolol	2367564 2368641	JPC SPT	AEFGVW	0.2364
		100mg	Jamp-Atenolol Septa-Atenolol	2367572 2368668	JPC SPT	AEFGVW	0.3887
Bosentan							
Tab Orl 62.5mg Co.	Tracleer Mylan-Bosentan pms-Bosentan	2244981 2383497 2383012	ACT MYL PMS	Spec. Auth.	69.3129 25.6714		
		125mg	Tracleer Mylan-Bosentan pms-Bosentan	2244982 2383500 2383020	ACT MYL PMS	Spec. Auth.	69.3129 25.6714
Candesartan Cilexetil Candésartan Cilexétil							
Tab Orl 8mg Co.	Teva-Candesartan	2366312	TEV	AEFGVW	0.4600		
		16mg	Teva-Candesartan	2366320	TEV	AEFGVW	0.4600
		32mg	Teva-Candesartan	2366339	TEV	AEFGVW	0.8795
Ciprofloxacin Hydrochloride Ciprofloxacine (chlorhydrate de)							
Tab Orl 250mg Co.	Septa-Ciprofloxacin	2379627	SPT	BW & Spec. Auth.	0.9897		
		500mg	Septa-Ciprofloxacin	2379635	SPT	BW & Spec. Auth.	1.1166
		750mg	Septa-Ciprofloxacin	2379643	SPT	BW & Spec. Auth.	2.0447
Cyclobenzaprine Hydrochloride Cyclobenzaprine (chlorhydrate de)							
Tab Orl 10mg Co.	Jamp-Cyclobenzaprine	2357127	JPC	AEFGVW	0.3765		

**NBPDP Interchangeable Product Additions /
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Domperidone Maleate Dompéridone (maléate de) Tab Orl 10mg Co.	Jamp-Domperidone	2369206	JPC	AEFGVW	0.0832
Galantamine Hydrobromide Galantamine (bromhydrate de) ERC Orl 8mg Caps.L.P.	Teva-Galantamine ER	2377950	TEV	Spec. Auth.	1.9944
	Teva-Galantamine ER	2377969	TEV	Spec. Auth.	1.9944
	Teva-Galantamine ER	2377977	TEV	Spec. Auth.	1.9944
Indapamide Hemihydrate Indapamide (hémihydrate d') Tab Orl 2.5mg Co.	Jamp-Indapamide	2373912	JPC	AEFGVW	0.1949
Lamivudine Tab Orl 150mg Co.	3TC Apo-Lamivudine	2192683 2369052	VIV APX	U	5.2227 3.6269
	3TC Apo-Lamivudine	2247825 2369060	VIV APX	U	10.4454 7.2538
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide Losartan Potassique/Hydrochlorothiazide Tab Orl 50mg/12.5mg Co.	Teva-Losartan/HCTZ	2358263	TEV	AEFGVW	0.5036
Rizatriptan Benzoate Rizatriptan (benzoate de) Tab Orl 5mg Co.	Jamp-Rizatriptan	2380455	JPC	Spec.Auth.	5.8866
	Jamp-Rizatriptan	2380463	JPC	Spec.Auth.	5.9280
Valsartan Tab Orl 80mg Co.	Mylan-Valsartan pms-Valsartan	2383535 2313006	MYL PMS	AEFGVW	0.4786
	Mylan-Valsartan pms-Valsartan	2383543 2313014	MYL PMS	AEFGVW	0.4797
	Mylan-Valsartan pms-Valsartan	2383551 2344564	MYL PMS	AEFGVW	0.4663

**Non-Listed Products Subject to MAP /
Produits ne figurant pas sur la liste assujetis aux PAM**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	MAP PAM
Atomoxetine Hydrochloride Atomoxétine (chlorhydrate d')				
Cap Orl 80mg	Mylan-Atomoxetine	2378973	MYL	3.9961
Caps.				
100mg	Mylan-Atomoxetine	2378981	MYL	4.3521
Indapamide Hemihydrate Indapamide (hémihydrate d')				
Tab Orl 1.25mg	Jamp-Indapamide	2373904	JPC	0.1877
Co.				
Risedronate Sodium Risédronate sodique				
Tab Orl 150mg	Actonel	2316838	WNC	58.9680
Co.	Apo-Risedronate	2377721	APX	40.9500
Valsartan				
Tab Orl 40mg	Mylan-Valsartan	2383527	MYL	0.5822
Co.	pms-Valsartan	2312999	PMS	

Bulletin n° 836

Le 18 juillet, 2012

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 18 juillet 2012.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 15 août 2012. Avant le 15 août 2012, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué sur la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Amlodipine Besylate Bésylate d'amlodipine Tab Orl 5mg Co.	Amlodipine-Odan	2378760	ODN	AEFVW	0.5127
	Amlodipine-Odan	2378779	ODN	AEFVW	0.7610
Bicalutamide Tab Orl 50mg Co.	Jamp-Bicalutamide	2357216	JPC	AEFVW	2.6500
Bosentan Tab Orl 62.5mg Co.	Co-Bosentan Sandoz Bosentan	2386194 2386275	COB SDZ	Spec. Auth.	25.6714
	Co-Bosentan Sandoz Bosentan	2386208 2386283	COB SDZ	Spec. Auth.	25.6714
Carvedilol Carvédilol Tab Orl 3.125mg Co.	Jamp-Carvedilol	2368897	JPC	Spec. Auth	0.8001
	Jamp-Carvedilol	2368900	JPC	Spec. Auth	0.8001
	Jamp-Carvedilol	2368919	JPC	Spec. Auth	0.8001
	Jamp-Carvedilol	2368927	JPC	Spec. Auth	0.8001
Citalopram Hydrobromide Citalopram (bromhydrate de) Tab Orl 10mg Co.	Jamp-Citalopram	2370085	JPC	AEFGVW	0.4464
Clopidogrel Bisulfate Clopidogrel (Bisulfate de) Tab Orl 75mg Co.	Ran-Clopidogrel	2379813	RAN	W & Spec. Auth.	1.0522
Letrozole Létrozole Tab Orl 2.5mg Co.	Apo-Letrozole Jamp-Letrozole	2358514 2373009	APX JPC	AEFVW	2.3613
Mirtazapine ODT Orl 15mg Co.D.O	GD-Mirtazapine OD	2352826	GMD	AEFGVW	0.1607
	GD-Mirtazapine OD	2352834	GMD	AEFGVW	0.3213

**NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Mirtazapine							
ODT	Orl	45mg	GD-Mirtazapine OD	2352842	GMD	AEFGVW	0.4820
Co.D.O							
Nabilone							
Cap	Orl	0.5mg	Teva-Nabilone	2384884	TEV	Spec. Auth.	1.2410
Caps.							
		1mg	Teva-Nabilone	2384892	TEV	Spec. Auth.	2.4820
Paroxetine							
Tab	Orl	20mg	Jamp-Paroxetine	2368870	JPC	AEFGVW	0.7222
Co.							
		30mg	Jamp-Paroxetine	2368889	JPC	AEFGVW	0.7673
Pioglitazone Hydrochloride							
Pioglitazone (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	15mg	Ran-Pioglitazone	2375850	RAN	Spec. Auth.	0.9513
Co.							
		30mg	Ran-Pioglitazone	2375869	RAN	Spec. Auth.	1.3328
		45mg	Ran-Pioglitazone	2375877	RAN	Spec. Auth.	2.0040
Rabeprazole Sodium							
Rabéprazole sodique							
ECT	Orl	10mg	Pat-Rabeprazole	2381737	PAT	ABEFGVW	0.2675
Co.Ent.							
		20mg	Pat-Rabeprazole	2381745	PAT	ABEFGVW	0.5351
Raloxifene Hydrochloride							
Raloxifene (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	60mg	Co-Raloxifene	2358840	COB	Spec.Auth.	0.8457
Co.							
Risedronate Sodium							
Risédronate sodique							
Tab	Orl	35mg	Jamp-Risedronate	2368552	JPC	Spec.Auth.	4.7200
Co.							
Sertraline Hydrochloride							
Sertraline (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	25mg	Jamp-Sertraline	2357143	JPC	AEFGVW	0.3216
Caps							
		50mg	Jamp-Sertraline	2357151	JPC	AEFGVW	0.6432
		100mg	Jamp-Sertraline	2357178	JPC	AEFGVW	0.6740

**NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Terbinafine Hydrochloride Terbinafine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	250mg	GD-Terbinafine	2352818	GMD	Spec. Auth.	1.8545
Co.			Jamp-Terbinafine	2357070	JPC		
Topiramate							
Tab	Orl	25mg	GD-Topiramate	2352850	GMD	Spec. Auth.	0.5005
Co.		100mg	GD-Topiramate	2352877	GMD	Spec. Auth.	0.9486
		200mg	GD-Topiramate	2352885	GMD	Spec. Auth.	1.4166
Zopiclone							
Tab	Orl	7.5mg	Jamp-Zopiclone	2356805	JPC	AEFVW	0.2231
Co.							

**Non-Listed Products Subject to MAP
Produits ne figurant pas sur la liste assujetis aux PAM**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	MAP PAM
Atomoxetine Hydrochloride Atomoxétine (chlorhydrate d')						
Cap	Orl	10mg	pms-Atomoxetine	2381028	PMS	2.3140
Caps.			Sandoz Atomoxetine	2386410	SDZ	
		18mg	pms-Atomoxetine	2381036	PMS	2.6522
			Sandoz Atomoxetine	2386429	SDZ	
		25mg	pms-Atomoxetine	2381044	PMS	2.9281
			Sandoz Atomoxetine	2386437	SDZ	
		40mg	pms-Atomoxetine	2381052	PMS	3.3375
			Sandoz Atomoxetine	2386445	SDZ	
		60mg	pms-Atomoxetine	2381060	PMS	3.7024
			Sandoz Atomoxetine	2386453	SDZ	
		80mg	Sandoz Atomoxetine	2386461	SDZ	3.9961
		100mg	Sandoz Atomoxetine	2386488	SDZ	4.3521

Non-Listed Products Subject to MAP
Produits ne figurant pas sur la liste assujetis aux PAM

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	MAP PAM
Lamivudine / Zidovudine				
Tab Orl 150mg/300mg	Combivir	2239213	VIV	11.2765
Co.	Apo-Lamivudine-Zidovudine	2375540	APX	7.8309
Paroxetine				
Tab Orl 10mg	Jamp-Paroxetine	2368862	JPC	1.0430
Co.				
Tramadol Hydrochloride / Acetaminophen				
Tramadol (chlorhydrate de)/Acétaminophène				
Tab Orl 37.5mg/325mg	Co-Tramadol/Acet	2383209	COB	0.6264
Co.				

Bulletin n° 837

Le 31 juillet 2012

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 31 juillet 2012.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Interferon Beta – 1a Liq Im 30µg	Avonex [®] Pen	02269201	BIG	H	PAR
Valsartan Co. Oral 40mg	Diovan	02270528	NVR		
	Co-Valsartan	02337487	COB		
	Mylan-Valsartan	02383527	MYL		
	pms-Valsartan	02312999	PMS	AEFGVW	PAM
	Ran-Valsartan	02363062	RAN		
	Sandoz Valsartan	02356740	SDZ		
	Teva-Valsartan	023556643	TEV		

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Abiratérone
(Zytiga[™])
Comprimés de 250mg

Indiqué pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration chez les patients qui ont déjà subi une chimiothérapie contenant du docetaxel et dont le statut de performance ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) se situe entre 0 et 2*.

** Les patients qui sont asymptomatiques et ceux qui sont symptomatiques et au lit moins de la moitié du temps.*

Insuline glargine
(Lantus[®])
100U/mL
Fiole, cartouche, et SoloSTAR[®]

Indiqué pour les patients ayant reçu un diagnostic de diabète de type 1 ou type 2 nécessitant de l'insuline et qui ont déjà suivi une thérapie à l'insuline NPH et/ou une dose quotidienne optimale prémélangée.

ET

1. qui ont vécu des épisodes inexplicables d'hypoglycémie nocturne au moins une fois par mois malgré une gestion optimale.

OU

2. ont des réactions allergiques documentées sévères ou continues, systémiques ou localisées, à l'insuline(s) actuellement utilisée(s).

Nota : Les demandes d'autorisation spéciale devraient être soumises à l'aide du formulaire attaché.

Pazopanib
(Votrient[®])
Comprimés de 200mg

Indiqué pour le traitement de première ligne du cancer du rein à cellules claires métastatique ou avancé chez les patients qui ne peuvent tolérer l'utilisation continue d'une dose efficace de sunitinib.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Méthylphénidate à libération prolongée et contrôlée

(*Concerta*[®] et

Teva-Méthylphénidate ER-C)

Comprimés à libération prolongée de 18mg, 27mg, 36mg et 54mg

(*Biphentin*[®])

Capsules à libération contrôlée de 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg, 80mg

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les enfants âgés de 6 à 25 ans qui présentent des symptômes importants et qui ont fait l'essai du méthylphénidate à libération immédiate ou à libération lente sans résultat satisfaisant.

Les demandes prises en considération seront celles effectuées par des pédopsychiatres, des pédiatres ou des omnipraticiens spécialisés dans le TDAH.

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Citrate de magnésium

(*Citrodan*[™])

solution de 50mg/mL

Niacin – Nouvelle soumission

(*Niaspan FCT*[®])

Comprimés pelliculés à libération prolongée de 500mg, 750mg et 1 000mg



Plan de médicaments sur ordonnance du
Nouveau-Brunswick (PMONB)

ANALOGUES DE L'INSULINE À ACTION PROLONGÉE
FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE

Veillez remplir toutes les sections requises aux fins de traitement rapide de la demande
Ce formulaire doit être complété par un prescripteur

Date : JJ/MM/AAAA		
RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
Nom de famille du patient :		Prénom : Initiale :
Numéro d'assurance-maladie ou d'ID du PMONB :		Date de naissance : JJ/MM/AAAA
Adresse municipale :		
Case postale :	Ville :	Code postal :
MÉDICAMENT DEMANDÉ		
Médicament/Dosage/Posologie :	Calendrier de posologie :	Poids du patient (kg) : Si >90 kg, fournir le IMC :
Diagnostic/Indication/ Raison d'utilisation :	Le patient doit qualifier pour UN des autres critères ci-dessous (cocher la boîte) : <input checked="" type="checkbox"/> un diagnostic de diabète de type 1 ou type 2 nécessitant de l'insuline et qui ont déjà suivi une thérapie à l'insuline NPH et/ou une dose quotidienne optimale prémélangée. ET <input type="checkbox"/> qui ont vécu des épisodes inexplicables d'hypoglycémie nocturne au moins une fois par mois malgré une gestion optimale. OU <input type="checkbox"/> ont des réactions allergiques documentées sévères ou continues, systémiques ou localisées, à l'insuline(s) actuellement utilisée(s).	
Pharmacothérapie précédente pertinente :		
Autres renseignements pertinents :		
RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR		VEUILLEZ RETOURNER À :
Adresse du demandeur :	Demandeur : Numéro d'immatriculation : (p. ex., CMCNB, AIINB, OPhNB, etc.) Numéro de télécopieur :	PMONB – Unité d'autorisation spéciale C.P 690 644, Main Street Moncton (N.-B.) E1C 8M7 Renseignements : 1-800-332-3691 Télécopieur (local) : 506-867-4872 Télécopieur (sans frais) : 1-888-455-8322
Signature du demandeur :		

Les renseignements relatifs à cette demande sont recueillis, utilisés et communiqués en vertu de l'article 4(1) et 4(4) de la Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick. Si vous avez des questions, veuillez composer le 1-800-332-3691.

Bulletin n° 838

Le 15 août, 2012

Mise à jour du Formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 15 août 2012.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 12 septembre 2012. Avant le 12 septembre 2012, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué sur la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

**NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Anastrozole							
Tab	Orl	1mg	Arimidex	2224135	AZE	AEFVW	5.4990
Co.			Sandoz Anastrozole	2338467	SDZ		2.0367
Ciprofloxacin Hydrochloride Ciprofloxacine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	250mg	Jamp-Ciprofloxacin	2380358	JPC	BW & Spec. Auth.	0.9897
Co.			Mar-Ciprofloxacin	2379686	MAR		
		500mg	Jamp-Ciprofloxacin	2380366	JPC	BW & Spec. Auth.	1.1166
			Mar-Ciprofloxacin	2379694	MAR		
		750mg	Jamp-Ciprofloxacin	2380374	JPC	BW & Spec. Auth.	2.0447
			Mar-Ciprofloxacin	2379708	MAR		
Citalopram Hydrobromide Citalopram (bromhydrate de)							
Tab	Orl	20mg	Auro-Citalopram	2275562	ARO	AEFGVW	0.5327
Co.		40mg	Auro-Citalopram	2275570	ARO	AEFGVW	0.5327
Dorzolamide Hydrochloride/Timolol Maleate Dorzolamide (chlorhydrate de)/Timolol (maléate de)							
Liq	Oph	2%/0.5%	Teva-Dorzotimol	2320525	TEV	AEF18+VW	2.2968
Fluoxetine Hydrochloride Fluoxétine (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	20mg	Mint-Fluoxetine	2380579	MNT	AEFGVW	0.7357
Caps.							
Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	50mg	Hydrochlorothiazide	2360608	SAS	AEFGVW	0.0551
Co.							
Metformin Hydrochloride Metformine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	500mg	Metformin	2378841	MAR	AEFGVW	0.0953
Co.			Mar-Metformin	2378620	MAR		
		850mg	Metformin	2378868	MAR	AEFGVW	0.1536
			Mar-Metformin	2378639	MAR		

**NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Montelukast Sodium Montélukast Sodique Tab Orl 10mg Co.	Montelukast	2379333	SAS	Spec. Auth.	0.9459
Mycophenolate Mofetil Mycophénolate Motétil Tab Orl 500mg Co.	Jamp-Mycophenolate	2380382	JPC	R	1.6496
Olanzapine ODT Orl 5mg Co.D.O	Mylan-Olanzapine ODT	2382709	MYL	W & Spec. Auth.	1.4298
	Mylan-Olanzapine ODT	2382717	MYL	W & Spec. Auth.	2.8572
	Mylan-Olanzapine ODT	2382725	MYL	W & Spec. Auth.	4.2844
	Mylan-Olanzapine ODT	2382733	MYL	W & Spec. Auth.	5.9377
Rizatriptan Benzoate Rizatriptan (benzoate de) ODT Orl 5mg Co.D.O	Sandoz Rizatriptan ODT	2351870	SDZ	Spec. Auth.	5.9280
	Sandoz Rizatriptan ODT	2351889	SDZ	Spec. Auth.	5.9280
Sotalol Hydrochloride Sotalol (chlorhydrate de) Tab Orl 80mg Co.	Jamp-Sotalol	2368617	JPC	AEFGVW	0.2966
	Jamp-Sotalol	2368625	JPC	AEFGVW	0.2273
Tobramycin Sulfate Tobramycin (sulfate de) Liq Inj 40mg/mL	Tobramycin	2382814	AJP	BEFGVW	3.2100
Valsartan Tab Orl 40mg Co.	Apo-Valsartan	2371510	APX	AEFGVW	0.4657
	Apo-Valsartan	2371529	APX	AEFGVW	0.4786
	Apo-Valsartan	2371537	APX	AEFGVW	0.4797
	Apo-Valsartan	2371545	APX	AEFGVW	0.4663

Bulletin n° 839

Le 7 septembre 2012

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexé une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

En vigueur le 5 octobre 2012, ces produits seront remboursés au prix admissible maximal (PAM) de la nouvelle catégorie, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe. Avant le 5 octobre 2012, ces produits seront remboursés au PAM actuel.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Fluoxetine Hydrochloride Fluoxétine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	10mg	Prozac	2018985	LIL		
Co.			Apo-Fluoxetine	2216353	APX		
			Co-Fluoxetine	2242177	COB		
			Mint-Fluoxetine	2380560	MNT		
			Mylan-Fluoxetine	2237813	MYL		
			Novo-Fluoxetine	2216582	TEV	AEFGVW	0.8650
			PhI-Fluoxetine	2223481	PHL		
			pms-Fluoxetine	2177579	PMS		
			ratio-Fluoxetine	2241371	RPH		
			Sandoz Fluoxetine	2243486	SDZ		
			Fluoxetine	2286068	SAS		
			Zym-Fluoxetine	2302659	ZYM		
Lamivudine / Zidovudine							
Tab	Orl	300mg / 150mg	Combivir	2239213	VIV		
Co.			Apo-Lamivudine/Zidovudine	2375540	APX	U	4.1765
			Teva-Lamivudine/Zidovudine	2387247	TEV		

Bulletin n° 840

Le 14 septembre, 2012

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 14 septembre 2012.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 12 octobre 2012. Avant le 12 octobre 2012, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

**NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Bisoprolol Fumarate Fumarate de bisoprolol Tab Orl 5mg Co.	Mylan-Bisoprolol	2384418	MYL	AEFVW	0.2205
10mg	Mylan-Bisoprolol	2384426	MYL	AEFVW	0.3654
Ceftriaxone Sodium Ceftriaxone sodique Pws Inj 250mg Pds.	Ceftriaxone Sodium	2325594	STR	BEFGVW	7.5250
1g	Ceftriaxone Sodium	2325616	STR	BEFGVW	23.8000
2g	Ceftriaxone Sodium	2325624	STR	BEFGVW	46.9000
Exemestane Tab Orl 25mg Co.	Aromasin Co-Exemestane	2242705 2390183	PFI COB	AEFVW	5.6171 3.9008
Fluoxetine Hydrochloride Fluoxétine (chlorhydrate de) Cap Orl 20mg Caps.	Fluoxetine	2383241	AHI	AEFGVW	0.7357
Gabapentin Cap Orl 100mg Caps.	Jamp-Gabapentin	2361469	JPC	AEFGVW	0.1669
300mg	Jamp-Gabapentin	2361485	JPC	AEFGVW	0.4060
400mg	Jamp-Gabapentin	2361493	JPC	AEFGVW	0.4838
Lansoprazole SRC Orl 15mg Caps.L.L.	Sandoz Lansoprazole	2385643	SDZ	Spec. Auth.	0.8000
30mg	Sandoz Lansoprazole	2385651	SDZ	Spec. Auth.	0.8000
Metformin Hydrochloride Metformine (chlorhydrate de) Tab Orl 500mg Co.	Jamp-Metformin	2380196	JPC	AEFGVW	0.0953
850mg	Jamp-Metformin	2380218	JPC	AEFGVW	0.1536
Mycophenolate Mofetil Mycophénolate Mofétil Cap Orl 250mg Caps.	Mycophenolate Mofetil	2383780	AHI	R	0.8248

**NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Mycophenolate Mofetil Mycophénolate Mofétil Tab Orl 500mg Co.	Mycophenolate Mofetil	2378574	AHI	R	1.6496
Rizatriptan Benzoate Rizatriptan (benzoate de) Tab Orl 10mg Co.	Co-Rizatriptan	2381702	COB	Spec. Auth.	5.9280
Telmisartan Tab Orl 40mg Co.	pms-Telmisartan	2391236	PMS	AEFGVW	0.4518
	pms-Telmisartan	2391244	PMS	AEFGVW	0.4518

**Non-Listed Products Subject to MAP
Produits ne figurant pas sur la liste assujetis aux PAM**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	MAP PAM
Esomeprazole Magnesium Trihydrate Esoméprazole magnésien trihydraté ERT Orl 20mg Co. L.P.	Mylan-Esomeprazole	2383039	MYL	1.8690
	Mylan-Esomeprazole	2383047	MYL	1.8690

Bulletin n° 841

Le 25 septembre 2012

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 25 septembre 2012.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments évalués et non inscrits**
- **Unités de mesure à utiliser dans les demandes de règlement**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Telmisartan/Amlodipine					
Co. Orl	40/5mg	Twynsta™	02371022		
	40/10mg	Twynsta™	02371030		
	80/5mg	Twynsta™	02371049	BOE AEFVW	PAR
	80/10mg	Twynsta™	02371057		

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Denosumab

(Xgeva^{MD})

Fiole à usage unique de 120mg/1.7mL

Indiqué pour la prévention des complications liées au squelette chez les patients atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration et qui présentent un ou plusieurs métastases osseuses et un indice de performance de l'ECOG de 0 à 2*.

** Patients qui sont asymptomatiques ou patients qui sont symptomatiques, mais qui passent moins de 50 % de leur temps au lit.*

Rivaroxaban

(Xarelto[®])

Comprimés de 15mg et 20mg

Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébrale et de l'embolie systémique chez les patients à haut risque présentant une fibrillation auriculaire non valvulaire pour qui :

- l'anticoagulation est inadéquate à la suite d'un essai de deux mois avec la warfarine; ou
- un traitement à la warfarine est contre-indiqué ou impossible en raison de l'impossibilité de faire un suivi régulier par l'entremise d'un dosage RIN (Rapport international normalisé) (c.-à-d., impossibilité d'avoir accès à des services de dosage RIN dans un laboratoire, une clinique, une pharmacie et à la maison).

Les groupes de patients suivants ne sont pas admissibles à la couverture pour le rivaroxaban pour la fibrillation auriculaire :

- Les patients présentant une insuffisance rénale (clairance de la créatinine ou taux de filtration glomérulaire estimé de < 30 mL/min).
- Les patients de 75 ans et plus sans fonction rénale stable documentée.
- Les patients atteints d'une maladie cardiaque valvulaire rhumatismale significative sur le plan hémodynamique, particulièrement sténose mitrale.
- Les patients avec valves cardiaques mécaniques.

Remarques :

- Les patients à haut risque présentant une fibrillation auriculaire sont définis comme les patients ayant un pointage de ≥ 1 au système de score CHADS₂. Même si l'essai clinique du ROCKET-AF s'est fait sur des patients qui avaient obtenu des scores CHADS₂ plus élevés (≥ 2), des études effectuées pour d'autres nouveaux anticoagulants oraux ont démontré un bienfait thérapeutique sur les patients ayant un score CHADS₂ de 1. Les prescripteurs peuvent offrir des médicaments antiplaquettaires ou des anticoagulants oraux aux patients ayant un score CHADS₂ de 1.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (SUITE)

Rivaroxaban (suite)

(Xarelto®)

Comprimés de 15mg et 20mg

Remarques :

2. Une anticoagulation inadéquate est définie par des résultats de dosage du RIN à l'extérieur de l'échelle voulue pour au moins 35 % des tests au cours de la période de contrôle (c.-à-d., une anticoagulation adéquate se définit par des résultats de dosage du RIN à l'intérieur de l'échelle voulue pour au moins 65 % des tests au cours de la période de contrôle).
3. Comme l'insuffisance rénale peut augmenter le risque d'hémorragie, la fonction rénale doit être évaluée régulièrement. Les autres facteurs qui augmentent le risque d'hémorragie devraient aussi être évalués et contrôlés (voir la monographie du produit rivaroxaban).
4. Une fonction rénale stable documentée se définit par une clairance de la créatinine ou un taux de filtration glomérulaire estimé qui se maintient pendant au moins trois mois (c.-à-d., 30-49 mL/min pour un dosage de 15 mg une fois par jour ou \geq 50 mL/min pour un dosage de 20 mg une fois par jour).
5. Il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée corroborant que le rivaroxaban offre une anticoagulation adéquate aux patients souffrant d'une maladie cardiaque valvulaire rhumatismale significative ou chez les patients avec valves cardiaques mécaniques. Par conséquent, le rivaroxaban n'est pas recommandé pour ces groupes de patients.
6. Les patients qui commencent un traitement avec le rivaroxaban doivent pouvoir avoir accès rapidement à des services médicaux advenant une hémorragie majeure.

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Alitrétinoïne	(<i>Toctino</i> ^{MC})	Capsules de 10mg, 30mg
Eltrombopag Olamine	(<i>Revolade</i> [®])	Comprimés de 25mg, 50mg
Fentanyl Citrate	(<i>Abstral</i> ^{MD})	Comprimés sublinguaux de 100µg, 200µg, 300µg, 400µg, 600µg, 800µg
Tadalafil	(<i>Adcirca</i> ^{MC})	Comprimés de 10mg

UNITÉS DE MESURE À UTILISER DANS LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Vous trouverez désormais sur notre site Web la liste complète des unités de mesure à utiliser au moment de présenter une demande de règlement au PMONB. Vous pouvez y accéder au <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>, dans la section « Renseignements pour les professionnels de la santé ».

Bulletin n° 842

Le 3 octobre 2012

Vaccin contre la grippe saisonnière payé par le gouvernement et administré par un pharmacien (2012-13)

Le Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), pour le compte du Bureau du médecin hygiéniste en chef, assurera la gestion du processus de demande de règlement pour les pharmacies communautaires qui souhaitent obtenir un remboursement pour l'administration par un pharmacien du vaccin antigrippal trivalent inactivé (VTI) financés par le gouvernement aux personnes suivantes qui satisfont aux critères d'admissibilité du programme de vaccination contre la grippe saisonnière de la Santé publique :

ADMISSIBILITÉ AU VACCIN – VTI ADMINISTRÉ PAR LES PHARMACIENS

1. Les adultes et les enfants (âgés de 5 ans ou plus) souffrant de maladie(s) chronique(s) selon les conseils pour la grippe saisonnière 2012-2013 du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et tels que noter ci-dessous:
 - maladies cardiaques ou pulmonaires (notamment dysplasie bronchopulmonaire, fibrose kystique et asthme);
 - diabète sucré et autres maladies métaboliques;
 - cancer, troubles liés à l'immunodépression (résultant d'une maladie sous-jacente ou d'un traitement);
 - maladies rénales;
 - anémie ou hémoglobinopathie;
 - affections qui compromettent l'évacuation des sécrétions respiratoires ou qui sont associées à une augmentation du risque d'aspiration;
 - obésité morbide (IMC ≥ 40); et
 - affections qui nécessitent un traitement prolongé par l'AAS (aspirine) chez les enfants et les adolescents.
2. les personnes de 65 ans et plus
3. les enfants en santé de 5 à 18 ans

Les individus admissibles devront être connus par le pharmacien en raison de la préparation régulière d'ordonnances pour des médicaments qui traitent leur maladie et pour qui un profil pharmaceutique à jour est disponible.

Pour plus d'informations, veuillez consulter les sites suivants :

- Le guide d'immunisation du Nouveau Brunswick (2012) : www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels_sante/maladie.html
- L'agence de la santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php
- Immunisation Canada : www.immunize.ca/fr/default.aspx

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement doivent être soumises en vertu le régime “I” du PMONB. Un profil du patient doit être établi, comme pour tout autre patient, et doit inclure le nom, l’adresse, le numéro d’assurance-maladie du N.-B., la date de naissance et le sexe de la personne qui a reçu le vaccin, ainsi que la date d’administration du vaccin, le nom et le numéro de lot de ce dernier. Les procédures et les renseignements suivants sont requis aux fins de facturation.

Champ	Renseignements Requis
ID du patient	Le numéro d’assurance-maladie du N.-B. du patient. Note : cette directive s’applique aussi aux bénéficiaires du PMONB. Pour les cas où la personne est éligible mais habite à l’extérieur de la province entrez “999 999 999” au lieu du numéro d’assurance-maladie
Régime	“I” Note: cette directive s’applique aussi aux bénéficiaires du PMONB
Prescripteur	“8000” ainsi que le numéro d’immatriculation du pharmacien qui a administré le vaccin
Médicament	Fluviral® DIN: 02015986 Agriflu® DIN: 02346850
Coût du médicament	Zéro
Frais d’ordonnance	12,00 \$
Code d’intervention ou d’exception	Le code de l’APC “IB” pour les personnes qui souffrent d’au moins une des maladies chroniques énumérées dans le tableau ci-dessus

Note : En vertu de la section 14 des règlements 2009-136 de la *Loi sur la santé publique*, les professionnels qui administrent un vaccin doivent fournir un carnet de vaccination à la personne qui reçoit le vaccin. Un reçu d’ordonnance informatisé peut satisfaire cette exigence.

COMMANDE DE VACCIN

Tous les pharmaciens qui ont informé l’Association des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick de leur intention de participer à la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière doivent envoyer par télécopieur leur commande de vaccins au Dépôt central de sérum au (506) 648-6477. Les renseignements ci-dessous doivent être inclus dans la commande :

- Nombre de doses requises
- Adresse de livraison et nom de la pharmacie
- Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource
- Date préférée de livraison

Bulletin n° 843

Le 9 octobre 2012

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 9 octobre 2012.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Rilpivirine Co. Orl 25mg	Edurant™	02370603	JAN	U	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Linagliptine

(Tajenta^{MC})

Comprimés de 5mg

Pour les patients atteints de diabète de type 2 dont la maîtrise glycémique est inadéquate chez qui l'ajout d'un troisième médicament à une dose maximale de metformine et sulfonyleurée est nécessaire et pour qui l'insuline NPH n'est pas une option.

Ticagrélor

(Brilinta[®])

Comprimés de 90mg

À administrer en association avec 75 mg à 150 mg d'aspirine chaque jour^a chez les patients atteints d'un syndrome coronarien aigu (SCA) (p.ex. infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI), infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI) ou angine de poitrine instable (API) selon les directives suivantes :

STEMI^{b,c}

- Patients atteints de STEMI qui subissent une ICP primaire

NSTEMI ou API^{b,c}

- Présente les caractéristiques à haut risque suivantes, sans égard à l'intention d'effectuer une revascularisation :
 - Score de risque GRACE élevé (>140)
 - Score de risque TIMI élevé (5-7)
 - Deuxième SCA en moins de 12 mois
 - Maladie coronarienne complexe ou extensive (p. ex., une maladie tritrunculaire de nature diffuse)
 - Maladie cérébrovasculaire ou insuffisance artérielle au membre inférieur
 - Pontage aortocoronarien dans le passé

OU

- Subit une ICP et présente une anatomie à risque élevé selon l'angiographie^d

Remarque :

(a) L'administration simultanée du ticagrélor avec une dose élevée d'aspirine (>150 mg par jour) est déconseillée.

(b) Au cours de l'étude PLATO, plus de patients qui utilisaient le ticagrélor ont subi une hémorragie non reliée au pontage aortocoronarien que les patients qui utilisaient le clopidogrel. Par contre, il n'y avait pas de différence entre le taux d'hémorragie général chez les patients traités au ticagrélor et chez ceux traités au clopidogrel. Comme pour tous les traitements antiplaquettaires, il faut évaluer le ratio risques/bénéfices de l'effet antithrombotique par rapport aux complications liées aux saignements.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (SUITE)

Ticagrélor
(*Brilinta*[®])
Comprimés de 90mg

Remarque (suite) :

- (c) Le ticagrélor est contre-indiqué chez les patients qui souffrent de saignements pathologiques actifs, qui ont des antécédents d'hémorragie cérébrale, et qui souffrent d'insuffisance hépatique modérée ou sévère.
- (d) Une angiographie à risque élevé se définit par l'une des éléments suivants : implantation d'une endoprothèse dans l'artère principale gauche, implantation d'une endoprothèse à bifurcation à risque élevé (par exemple, techniques à deux endoprothèses), longues endoprothèses (≥ 38 mm), endoprothèses chevauchées ou petites endoprothèses ($\leq 2,5$ mm) chez les patients atteints du diabète.

L'approbation sera accordée pour une période maximale de 12 mois.

Les ordonnances rédigées par des cardiologues interventionnistes ne nécessitent pas une autorisation spéciale.

Acide zolédronique
(*Aclasta*^{MC})
5 mg/100 mL pour perfusion intraveineuse

Pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes post-ménopausées dont l'accès a déjà été approuvé, ou qui sont admissibles à un remboursement pour l'utilisation des bisphosphonates oraux et qui:

- Ont connu une baisse significative de la densité minérale osseuse (DMO) après 1 an de traitement continu aux bisphosphonates oraux.
OU
- Qui ont une intolérance grave aux bisphosphonates oraux.
OU
- Qui ont une contre-indication aux bisphosphonates oraux.

Remarque: L'intolérance grave est définie comme une ulcération, une érosion ou une sténose de l'oesophage, ou des symptômes du système gastro-intestinal inférieur assez graves pour provoquer la cessation des bisphosphonates oraux, ou troubles de déglutitions qui vont augmenter le risqué d'ulcération oesophagienne due à l'utilisation de bisphosphonates oraux.

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Citrate de fentanyl

(*Onsolis*^{MC})

Forme transmuqueuse buccale de 200µg, 400µg, 600µg, 800µg et 1200µg

Chlorhydrate d'oxycodone -
chlorhydrate de naloxone
Nouvelle soumission

(*Targin*^{MC})

Comprimés à libération contrôlée de 10mg/5mg, 20mg/10mg et de 40mg/20mg

Bulletin n° 844

Le 17 octobre, 2012

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 17 octobre 2012.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 14 novembre 2012. Avant le 14 novembre 2012, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Candesartan Cilexetil Candésartan cilexétil					
Tab Orl 8mg Co.	pms-Candesartan	2391198	PMS	AEFGVW	0.4600
	pms-Candesartan	2391201	PMS	AEFGVW	0.4600
	pms-Candesartan	2391228	PMS	AEFGVW	0.8795
Candesartan Cilexetil/Hydrochlorothiazide Candésartan cilexétil/hydrochlorothiazide					
Tab Orl 16mg/12.5mg Co.	Atacand Plus	2244021	AZE		1.2938
	Apo-Candesartan/HCTZ	2367866	APX		
	Co-Candesartan/HCT	2388650	COB	AEFGVW	
	Mylan-Candesartan HCTZ	2374897	MYL		0.4792
	pms-Candesartan-HCTZ	2391295	PMS		
	Sandoz Candesartan Plus	2327902	SDZ		
Finasteride Finastéride					
Tab Orl 5mg Co.	Mint-Finasteride	2389878	MNT	Spec. Auth.	0.7464
Irbesartan Irbésartan					
Tab Orl 75mg Co.	Apo-Irbesartan	2386968	APX	AEFGVW	0.4839
	Apo-Irbesartan	2386976	APX	AEFGVW	0.4839
	Apo-Irbesartan	2386984	APX	AEFGVW	0.4839
Lamivudine					
Tab Orl 100mg Co.	Heptovir	2239193	VIV	AEFGVW	5.0855
	Apo-Lamivudine HBV	2393239	APX		3.5316
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol Lévonorgestrel/éthinyli estradiol					
Tab Orl 0.1mg/0.02mg Co.	Esme 21	2388138	MYL	EFGV	0.4636
	Esme 28	2388146	MYL		0.3477
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide Losartan potassique/hydrochlorothiazide					
Tab Orl 50mg/12.5mg Co.	pms-Losartan-HCTZ	2392224	PMS	AEFGVW	0.5036
	pms-Losartan-HCTZ	2392232	PMS	AEFGVW	0.4931
	pms-Losartan-HCTZ	2392240	PMS	AEFGVW	0.5036

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Montelukast Sodium Montélukast sodique							
TabC	Orl	4mg	Montelukast	2379317	SAS	Spec. Auth.	0.5833
Co.C.							
		5mg	Montelukast	2379325	SAS	Spec. Auth.	0.6440
Nevirapine Névirapine							
Tab	Orl	200mg	Mylan-Nevirapine	2387727	MYL	U	1.9753
Co.							
Pramipexole Dihydrochloride (monohydrate)							
Tab	Orl	0.25mg	Mylan-Pramipexole	2376350	MYL	AEFVW	0.4205
Co.							
		0.5mg	Mylan-Pramipexole	2376369	MYL	AEFVW	1.0514
		1mg	Mylan-Pramipexole	2376377	MYL	AEFVW	0.8411
		1.5mg	Mylan-Pramipexole	2376385	MYL	AEFVW	0.8411
Riluzole							
Tab	Orl	50mg	Rilutek	2242763	SAV	Spec. Auth.	10.6027
Co.			Apo-Riluzole	2352583	APX		7.3630
Valsartan/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	80mg/12.5mg	Apo-Valsartan/HCTZ	2382547	APX	AEFGVW	0.4772
Co.							
		160mg/12.5mg	Apo-Valsartan/HCTZ	2382555	APX	AEFGVW	0.4788
		160mg/25mg	Apo-Valsartan/HCTZ	2382563	APX	AEFGVW	0.4776
		320mg/12.5mg	Apo-Valsartan/HCTZ	2382571	APX	AEFGVW	0.4804
		320mg/25mg	Apo-Valsartan/HCTZ	2382598	APX	AEFGVW	0.4776
Zolmitriptan							
ODT	Orl	2.5mg	Mylan-Zolmitriptan ODT	2387158	MYL	Spec. Auth.	5.4867
Co.D.O.							

Non-Listed Products Subject to MAP
Produits ne figurant pas sur la liste assujétis aux PAM

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	MAP PAM
Candesartan Cilexetil Candésartan cilexétil Tab Orl 4mg Co.	pms-Candesartan	2391171	PMS	0.3400
Tramadol Hydrochloride/Acetaminophen Tramadol (chlorhydrate de)/Acétaminophène Tab Orl 37.5mg/325mg Co.	Jamp-Acet-Tramadol Mar-Tramadol/Acet Teva-Tramadol/Acetaminophen Tramaphen-Odan	2388308 2388324 2347180 2388294	JPC MAR TEV ODN	0.6264

Bulletin n° 845

Le 31 octobre 2012

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 31 octobre 2012.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Rilpivirine/emtricitabine/ténofovir disoproxil Co Orl 25mg/200mg/300mg	Complera ^{MC}	02374129	GIL	U	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Bocéprévir
(*VictrelisTM*)
Capsule de 200mg

Pour le traitement des patients atteints d'une infection chronique par le génotype 1 du virus de l'hépatite C (résultat positif au test d'ARN du VHC), en association avec l'interféron alfa péguylé et la ribavirine, s'ils répondent aux critères suivants :

- Être au stade de fibrose F2, F3 ou F4 ou sur la recommandation d'un spécialiste en médecine interne
- Ne pas être coinfecté par le VIH

Un seul cycle de traitement (d'une période maximale de 44 semaines) ne sera approuvé.

Remarques :

1. Un traitement axé sur la réponse doit être envisagé chez les patients pour qui il serait jugé approprié.
2. Le traitement doit être interrompu chez tous les patients présentant un taux d'ARN du VHC ≥ 100 UI/mL à la 12^e semaine de traitement ou un résultat positif au test de détection d'ARN du VHC à la 24^e semaine.

Bocéprévir/ribavirine plus interféron alfa-2b péguylé
(*Victrelis TripleTM*)

Capsules de 200mg / 200mg plus injection de 80mcg

Capsules de 200mg / 200mg plus injection de 100mcg

Capsules de 200mg / 200mg plus injection de 120mcg

Capsules de 200mg / 200mg plus injection de 150mcg

Pour le traitement des patients atteints d'une infection chronique par le génotype 1 du virus de l'hépatite C (résultat positif au test d'ARN du VHC), s'ils répondent aux critères suivants :

- Être au stade de fibrose F2, F3 ou F4 ou sur la recommandation d'un spécialiste en médecine interne
- Ne pas être coinfecté par le VIH

Un seul cycle de traitement (d'une période maximale de 44 semaines) ne sera approuvé.

Remarques :

1. Un traitement axé sur la réponse doit être envisagé chez les patients pour qui il serait jugé approprié.
2. Le traitement doit être interrompu chez tous les patients présentant un taux d'ARN du VHC ≥ 100 UI/mL à la 12^e semaine de traitement ou un résultat positif au test de détection d'ARN du VHC à la 24^e semaine.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (SUITE)

Diénogest

(*Visanne*[®])

Comprimé de 2mg

Pour la douleur pelvienne liée à l'endométriose chez les femmes pour qui un traitement hormonal de rechange moins coûteux s'est révélé inefficace ou contre-indiqué.

Remarque : Les contraceptifs oraux combinés en continu et la médroxyprogestérone sont des exemples d'hormones moins coûteuses.

Rufinamide

(*Banze*^{MC})

Comprimés de 100mg, 200mg, 400mg

Pour le traitement auxiliaire des convulsions associées au syndrome de Lennox-Gastaut chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- suivis par un médecin qui a de l'expérience avec les traitements des convulsions causées par le syndrome de Lennox-Gastaut, ET
- utilisent au moins deux médicaments antiépileptiques, ET
- pour qui les médicaments antiépileptiques moins dispendieux sont inefficaces ou non indiqués.

Télaprévir

(*Incivek*^{MC})

Comprimé de 375mg

Pour le traitement des patients atteints d'une infection chronique par le génotype 1 du virus de l'hépatite C (résultat positif au test d'ARN du VHC), en association avec l'interféron alfa péguylé et la ribavirine, s'ils répondent aux critères suivants :

- Être au stade de fibrose F2, F3 ou F4 ou sur la recommandation d'un spécialiste en médecine interne
- Ne pas être coinfecté par le VIH

Un seul cycle de traitement (d'une période maximale de 12 semaines) ne sera approuvé.

Remarques :

1. Un traitement axé sur la réponse doit être envisagé chez les patients pour qui il serait jugé approprié.
2. Le traitement doit être interrompu chez tous les patients présentant un taux d'ARN du VHC supérieure à 1000 UI/mL à la 4^e ou 12^e semaine de traitement ou un résultat positif au test de détection d'ARN du VHC à la 24^e semaine.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Peginterféron alfa-2a et ribavirine

(*Pegasys RBV*[®])

Injection de 180mcg et comprimé de 200 mg

Peginterféron alfa-2b et ribavirine

(*Pegetron*[®],

Pegetron[®] *Redipen*)

Injection de 50mcg et capsule de 200mg

Injection de 80mcg et capsule de 200mg

Injection de 100mcg et capsule de 200mg

Injection de 120mcg et capsule de 200mg

Injection de 150mcg et capsule de 200mg

Les demandes de spécialistes en médecine interne seront examinées :

1. Pour le traitement des patients naïfs de tout traitement, atteints de l'hépatite C chronique de génotype 1 (ARN positif du VHC), combiné à un traitement au péginterféron et à la ribavirine.

Remarque : Une couverture initiale de 24 semaines sera approuvée pour tous les patients. Une couverture pour 24 semaines additionnelles sera approuvée pour les patients aux prises avec le virus de l'hépatite C de génotype 1. Un résultat positif de l'ARN du VHC après 24 semaines signifie qu'il faut arrêter le traitement.

2. Pour le traitement des patients atteints d'une infection chronique par le génotype 1 du virus de l'hépatite C (résultat positif au test d'ARN du VHC), combinée à un traitement au bocéprévir ou au télaprévir.

Remarque : Une couverture sera approuvée jusqu'à 44 semaines, en combinaison avec le bocéprévir ou jusqu'à 48 semaines, en combinaison avec le télaprévir.

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Belimumab

(*Benlysta*^{MC})

Poudre lyophilisée pour perfusion intraveineuse
120mg (flacon de 5mL) et 400mg (flacon de 20mL)

Dexaméthasone

(*Ozurdex*^{MC})

Implant intravitréen à 0,7 mg

Silodosin

(*Rapaflo*TM)

Capsules de 4mg, 8mg

Bulletin 846

Le 15 novembre 2012

Antiviraux assurés pour les bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée

Renseignements à l'intention des pharmacies offrant des services aux foyers de soins infirmiers agréés

L'oseltamivir (Tamiflu®) et le zanamivir (Relenza®) sont offerts à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale aux bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée (comprend les foyers de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux). Santé publique a élaboré le protocole suivant aux fins de traitement des patients infectés et de la prophylaxie pendant l'épidémie de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- Dans le cas d'une épidémie d'infections respiratoires dans un établissement de soins de longue durée, le médecin traitant ou le conseiller médical/médecin résident de l'établissement s'entretiendra avec le médecin-hygiéniste régional afin de déterminer si la cause de l'épidémie est, ou est susceptible d'être, la grippe.
- Si la cause de l'épidémie est déterminée comme étant la grippe ou susceptible de l'être, le médecin-hygiéniste fera des recommandations générales par rapport à l'administration du médicament antigrippal dans l'établissement. La responsabilité des décisions concernant le traitement individuel des résidents pendant l'épidémie incombe toujours au médecin traitant. Voici le processus de couverture :
 - L'oseltamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V seulement et nécessite une autorisation spéciale.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B.
 - Le Zanamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V seulement.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B dans les cas soupçonnés de résistance à l'oseltamivir ou l'oseltamivir est contre-indiqué.
- Il est important de commencer le traitement antiviral durant les 24 à 48 heures qui suivent le début des symptômes. Les médicaments antiviraux risquent de ne pas être efficaces si les résidents ont été malades pendant plus de 48 heures.
- Lien menant à des renseignements sur les antiviraux : <http://www.ammi.ca/guidelines>

Processus de couverture de l'oseltamivir

Approbation d'une autorisation spéciale du PMONB :

Si le médecin-hygiéniste recommande le traitement antigrippal, le conseiller médical, le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou tout employé désigné par l'établissement avisera le PMONB du début du traitement à l'oseltamivir dans cet établissement en communiquant avec le service de renseignements du PMONB au 1-800-332-3691.

Après les heures de bureau, laissez un message contenant les renseignements suivants :

- la date du message;
- le nom et l'adresse de l'établissement de soins de longue durée;
- le nom de la pharmacie qui prépare les ordonnances afférentes à des antiviraux;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le responsable du PMONB devait préciser certains détails.

Il faut communiquer avec le pharmacien de l'établissement de soins de longue durée au même moment que le PMONB pour donner le temps de réserver et de distribuer la quantité requise d'antiviraux.

Païement en ligne des demandes de règlement relatives aux antiviraux nécessitant une autorisation spéciale :

Lorsque le PMONB aura été informé par l'établissement de soins de longue durée qu'un traitement par l'oseltamivir a été commandé pour ses résidents, des responsables du programme procéderont à l'approbation d'une autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résidents de foyers de soins infirmiers) dans l'établissement. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale concernant l'oseltamivir aura été activée. La pharmacie pourra alors facturer les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents recevant des soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être accordée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB si elle compte des résidents recevant des soins de relève.

CRITÈRES D'AUTORISATION SPÉCIALE

Oseltamivir (*Tamiflu*[®])

Capsules de 30 mg, 45 mg, et 75 mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation générale d'un médecin-hygiéniste sur le traitement antigrippal :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères d'une maladie analogue à

Oseltamivir
(*Tamiflu*[®])

Capsules de
30 mg, 45 mg,
et 75 mg

- la grippe et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de type A et B dans l'établissement ou la collectivité environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A ou B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée enrayée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement.

* Selon les critères susmentionnés, *un établissement de soins de longue durée* désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

Zanamivir
(*Relenza*[®])

Alvéole de
5 mg pour
inhalation

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée qui répondent aux mêmes critères de traitement, ou aux mêmes critères de prophylaxie que pour l'oseltamivir, *et*

- pour lesquels une résistance à l'oseltamivir est soupçonnée ou confirmée, *ou*
 - pour lesquels l'oseltamivir est contre-indiqué.
-

Bulletin n° 847

Le 16 novembre, 2012

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 16 novembre 2012.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 14 décembre 2012. Avant le 14 décembre 2012, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alendronate Sodium Alendronate sodique Tab Orl 70mg Co.	Jamp-Alendronate	2385031	JPC	W & Spec. Auth.	4.0230
Anastrozole Tab Orl 1mg Co.	Anastrozole Apo-Anastrozole Co-Anastrozole Jamp-Anastrozole Mar-Anastrozole Med-Anastrozole Mylan-Anastrozole pms-Anastrozole Ran-Anastrozole Taro-Anastrozole Teva-Anastrozole	2351218 2374420 2394898 2339080 2379562 2379104 2361418 2320738 2328690 2365650 2313049	AHI APX COB JPC MAR GMP MYL PMS RAN TAR TEV	AEFVW	2.0367
Fluoxetine Hydrochloride Fluoxétine (chlorhydrate de) Cap Orl 20mg Caps.	Jamp-Fluoxetine	2386402	JPC	AEFGVW	0.7357
Latanoprost Liq Oph 0.005% Liq	Sandoz Latanoprost	2367335	SDZ	AEFGVW	4.4048
Metformin Hydrochloride Metformine (chlorhydrate de) Tab Orl 500mg Co.	Septa-Metformin	2379767	SPT	AEFGVW	0.0953
	Septa-Metformin	2379775	SPT	AEFGVW	0.1536
Mycophenolate Mofetil Mycophénolate mofétil Cap Orl 250mg Caps	Jamp-Mycophenolate	2386399	JPC	R	0.8248
Ondansetron Hydrochloride Dihydrate Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d') Tab Orl 4mg Co.	Septa-Ondansetron	2376091	SPT	W & Spec. Auth.	5.3590
	Septa-Ondansetron	2376105	SPT	W & Spec. Auth.	8.1777
Repaglinide Tab Orl 0.5mg Co.	Apo-Repaglinide	2355663	APX	Spec. Auth.	0.1215

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Repaglinide Tab Orl Co.	Apo-Repaglinide	2355671	APX	Spec. Auth.	0.1263
	Apo-Repaglinide	2355698	APX	Spec. Auth.	0.1312
Riluzole Tab Orl Co.	Mylan-Riluzole	2390299	MYL	Spec. Auth.	3.4361
Rizatriptan Benzoate Rizatriptan (benzoate de) ODT Orl Co. D.O.	pms-Rizatriptan RDT	2393360	PMS	Spec. Auth.	5.9280
	pms-Rizatriptan RDT	2393379	PMS	Spec. Auth.	5.9280
Simvastatin Simvastatine Tab Orl Co.	Jamp-Simvastatin	2375613	JPC	AEFGVW	1.0002
	Jamp-Simvastatin	2375621	JPC	AEFGVW	1.0002
	Jamp-Simvastatin	2375648	JPC	AEFGVW	1.0002
Sotalol Hydrochloride Sotalol (chlorhydrate de) Tab Orl Co.	ratio-Sotalol	2084228	TEV	AEFGVW	0.2966
Telmisartan Tab Orl Co.	Telmisartan	2388944	SAS	AEFGVW	0.4518
	Telmisartan	2388952	SAS	AEFGVW	0.4518
Telmisartan/Hydrochlorothiazide Tab Orl Co.	Sandoz Telmisartan HCT	2393557	SDZ	AEFGVW	0.4518
	Sandoz Telmisartan HCT	2393565	SDZ	AEFGVW	0.4518
Valsartan Tab Orl Co.	Valsartan	2366940	SAS	AEFGVW	0.4657
	Valsartan	2366959	SAS	AEFGVW	0.4786
	Valsartan	2366967	SAS	AEFGVW	0.4797
	Valsartan	2366975	SAS	AEFGVW	0.4663

**NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Valsartan/Hydrochlorothiazide Tab Orl 80mg/12.5mg Co.	Valsartan/HCTZ	2367009	SAS	AEFGVW	0.4772
	Valsartan/HCTZ	2367017	SAS	AEFGVW	0.4788
	Valsartan/HCTZ	2367025	SAS	AEFGVW	0.4776
	Valsartan/HCTZ	2367033	SAS	AEFGVW	0.4804
	Valsartan/HCTZ	2367041	SAS	AEFGVW	0.4776

**Non-Listed Products Subject to MAP
Produits ne figurant pas sur la liste assujétis aux PAM**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	MAP PAM
Eletriptan Hydrobromide Eletriptan (bromhydrate de) Tab Orl 20mg Co.	Relpax GD-Eletriptan	2256290 2342235	PFI GMD	14.5224 10.0850
	Relpax GD-Eletriptan	2256304 2342243	PFI GMD	14.5224 10.0850
Tramadol Hydrochloride/Acetaminophen Tramadol (chlorhydrate de)/Acétaminophène Tab Orl 37.5mg/325mg Co.	Ran-Tramadol/Acet	2388197	RAN	0.6264

Bulletin n° 848

Le 17 novembre 2012

Modification des exigences pour l'envoi d'une demande de remboursement liées aux médicaments sur ordonnance prescrits par un pharmacien

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) modifiera les renseignements à envoyer avec les demandes de remboursement visant les médicaments sur ordonnance prescrits par un pharmacien.

À compter du 15 février 2013, ces demandes de remboursement devront contenir :

Case	Renseignements requis
Numéro d'identification du prescripteur	Numéro d'immatriculation du pharmacien de l'Ordre des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick
Code de référence du numéro d'identification du prescripteur	46

En préparation à la modification, les pharmaciens qui prescrivent des médicaments admissibles au remboursement doivent s'inscrire auprès du PMONB.

Dans les prochaines semaines, Croix Bleue Medavie enverra aux pharmaciens les renseignements utiles pour le processus d'inscription. Les pharmaciens devront remplir un formulaire d'inscription. En envoyant le formulaire à Croix Bleue Medavie, ils seront aussi inscrits auprès du PMONB.

Remarque : Jusqu'au 15 février 2013, les demandes de remboursement pour les médicaments sur ordonnance prescrits par un pharmacien devront encore être envoyées avec le numéro d'immatriculation des pharmaciens qui commence par 8000.

Bulletin n° 849

Le 6 décembre 2012

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 6 décembre 2012.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Acetylsalicylic Acid							
Co. Ent.	Orl	325mg	ASATAB™ EC	02352427	ODN	AEFGVW	PAR
Cefprozil							
Pds.	Orl	125mg/5mL	Cefzil™	02163675	BRI		
			Apo-Cefprozil	02293943	APX	AEFGVW	PAM
			Ran-Cefprozil	02329204	RAN		
			Sandoz Cefprozil	02303426	SDZ		
Pds.	Orl	250mg/5mL	Cefzil™	02163683	BRI		
			Apo-Cefprozil	02293951	APX	AEFGVW	PAM
			Ran-Cefprozil	02293579	RAN		
			Sandoz Cefprozil	02303434	SDZ		
Co.	Orl	250mg	Cefzil™	02163659	BRI		
			Apo-Cefprozil	02292998	APX	AEFGVW	PAM
			Ran-Cefprozil	02293528	RAN		
			Sandoz Cefprozil	02302179	SDZ		
Co.	Orl	500mg	Cefzil™	02163667	BRI		
			Apo-Cefprozil	02293005	APX	AEFGVW	PAM
			Ran-Cefprozil	02293536	RAN		
			Sandoz Cefprozil	02302187	SDZ		
Erythromycin							
Ont	Oph	0,5%	Erythromycin	02326663	SGQ	AEFGVW	PAM
Gliclazide							
Co.L.P.	Orl	60mg	Diamicron® MR	02356422	SEV	ABEFGVW	PAR
Mometasone Furoate							
Cr.	Top	0,1%	Elocom®	00851744	FRS	ABEFGVW	PAM
			Taro-Mometasone	02367157	TAR		
Lot	Top	0,1%	Elocom®	00871095	FRS	ABEFGVW	PAM
			Taro-Mometasone	02266385	TAR		
Ont	Top	0,1%	Elocom®	00851736	FRS	ABEFGVW	PAM
			ratio-Mometasone	02248130	RPH		
Ritonavir							
Co.	Orl	100mg	Norvir®	02357593	ABB	U	PAR
Somatropin							
Liq	SC	6mg	Saizen®	02350122			
		12mg	Saizen®	02350130	EMD	T	PAR
		20mg	Saizen®	02350149			

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Insulin Detemir
(Levemir® Penfill)
100 U/mL cartouche

Indiqué pour les patients ayant reçu un diagnostic de diabète de type 1 ou type 2 nécessitant de l'insuline et qui ont déjà suivi une thérapie à l'insuline NPH et/ou une dose quotidienne optimale prémélangée.

ET

1. qui ont vécu des épisodes inexplicables d'hypoglycémie nocturne au moins une fois par mois malgré une gestion optimale.

OU

2. ont des réactions allergiques documentées sévères ou continues, systémiques ou localisées, à l'insuline(s) actuellement utilisée(s).

Nota : Les demandes devraient être soumises à l'aide du formulaire de demande d'autorisation spéciale des analogues de l'insuline à action prolongée.

[Analogues de l'insuline à action prolongée](#)

Somatropin
(Saizen®)
6mg, 12mg, 20mg / cartouche
(nouveau format)

- Indiqué dans le traitement de la petite taille associée au syndrome de Turner chez les patients dont les épiphyses ne sont pas fermées ;
- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Acetylsalicylic Acid	(ASATAB™)	80mg comprimés à croquer
Collagenase	(Santyl®)	250 unités/g onguent
Lidocaine hydrochloride	(Lidodan™)	12 mg / dose mesurée (équivalent à 10 mg de lidocaïne base) endotrachéale non-aérosol
Nicotinic Acid	(Ni-Odan™)	500mg comprimés à libération prolongée
Polyethylene Glycol	(PEG 3350)	Poudre pour orale solution

Bulletin n° 850

14 décembre 2012

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick Horaire des Fêtes 2012

Pendant le temps des Fêtes, nos bureaux seront fermés les jours suivants :

Lundi	24 décembre 2012	Ouvert de 8 h à 12 h
Mardi	25 décembre 2012	Fermé
Mercredi	26 décembre 2012	Fermé
Mardi	1 ^{er} janvier 2013	Fermé

Nous voulons profiter de l'occasion pour vous souhaiter de joyeuses Fêtes, à vous et à vos employés.

Pour vous désinscrire des infolettres du PMONB, envoyez un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les nouvelles sont aussi disponibles sur la page Web du PMONB : <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

Bulletin n° 851

Le 18 décembre, 2012

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Candesartan Cilexetil Candésartan Ciléxetil Tab Orl 32mg Co.	Sandoz Candesartan	2392267	SDZ	AEFGVW	0.4193
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol Lévonorgestrel/éthinyil estradiol Tab Orl 0.1mg/0.02mg Co.	Alysena 21 Alysena 28	2387875 2387883	APX APX	EFGV	0.4636 0.3477
Losartan Potassium Losartan Potassique Tab Orl 25mg Co.	Losartan	2388863	SAS	AEFGVW	0.4407
	Losartan	2388871	SAS	AEFGVW	0.4407
	Losartan	2388898	SAS	AEFGVW	0.4407
Metformin Hydrochloride Metformine (chlorhydrate de) Tab Orl 500mg Co.	Jamp-Metformin Blackberry	2380722	JPC	AEFGVW	0.0834
	Jamp-Metformin Blackberry	2380730	JPC	AEFGVW	0.1205

Bulletin n° 852

Le 20 décembre 2012

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 20 décembre 2012.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Calcipotriol							
Liq	Top	50mcg/mL	Dovonex® solution pour le cuir chevelu	02194341	LEO	AEFV	PAR
Cefprozil							
Pds.	Orl	125mg/5mL	Auro-Cefprozil	02347261	ARO	AEFGVW	PAM
		250mg/5mL	Auro-Cefprozil	02347288	ARO		
Co.	Orl	250mg	Auro-Cefprozil	02347245	ARO	AEFGVW	PAM
		500mg	Auro-Cefprozil	02347253	ARO		
Hydromorphone chlorhydrate d'							
Caps	Orl	4.5mg	Hydromorph Contin®	02359502	PFR	AEFGVW	PAR
		9mg	Hydromorph Contin®	02359510			
Lévothyroxine							
Co.	Orl	0.137mg	Synthroid®	02233852	ABB	AEFGVW	AAC
Pinavérium bromure de							
Co.	Orl	50mg	Dicetel®	01950592	ABB	AEFGVW	AAC
		100mg	Dicetel®	02230684			

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Asénapine (Saphris™)

Comprimés sublinguaux de 5mg, 10mg

Pour le traitement de courte durée des épisodes maniaques ou mixtes associés au trouble bipolaire de type I, comme suit :

- pour la monothérapie quand le traitement par le lithium ou le divalproex sodique a échoué et quand les antipsychotiques atypiques moins coûteux ne sont pas tolérés ou ne produisent pas l'effet voulu
- en association au lithium ou au divalproex sodique quand les antipsychotiques atypiques moins coûteux ne sont pas tolérés ou ne produisent pas l'effet voulu.

OnabotulinumtoxinA (Botox™)

Fliale de 200 Allergan unités

Nouvelle indication ajoutée aux critères :

Pour le traitement de l'incontinence urinaire causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor attribuable à une vessie neurogène associée à la sclérose en plaques ou à une lésion du rachis cervical inférieur dans les conditions ci-dessous :

- chez le patient qui ne répond pas à l'intervention de modification comportementale et aux anticholinergiques ou qui y est intolérant ;
- pourvu que le médicament soit administré à des intervalles minimaux de 36 semaines.

Les patients pour qui le premier traitement à l'onabotulinumtoxinA reste sans effet ne devraient pas recevoir un deuxième traitement.

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Asénapine - pour le traitement de la schizophrénie	(<i>Saphris™</i>)	Comprimés sublinguaux de 5mg, 10mg
Exénatide	(<i>Byetta®</i>)	Solution pour injection de 250µg/mL, stylo pré-rempli
Oxybutynin chlorure	(<i>Gelnique™</i>)	Gel à 10 %
Prucalopride	(<i>Resotran™</i>)	Comprimé pelliculé de 1mg, 2mg
Quétiapine	(<i>pms-Quétiapine</i>)	Comprimé de 50mg
Risedronate	(<i>Actonel^{MD} DR</i>)	Comprimé gastrorésistant à action retardée de 35mg

Bulletin n° 853

Le 31 janvier, 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 31 janvier 2013.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 28 février 2013. Avant le 28 février 2013, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alendronate Sodium Alendronate sodique							
Tab	Orl	10mg	Alendronate Sodium	2381486	AHI	W & Spec. Auth.	0.6981
Co.			Ran-Alendronate	2384701	RAN		
		70mg	Alendronate Sodium	2381494	AHI	W & Spec. Auth.	3.5201
			Ran-Alendronate	2384728	RAN		
Betamethasone 17-Valerate Bétaméthasone (valérate de)							
Crn	Top	0.05%	Celestoderm V/2	2357860	VAL	AEFGVW	0.0596
Cr.		0.1%	Celestoderm V	2357844	VAL		
Ont	Top	0.05%	Celestoderm V/2	2357879	VAL	AEFGVW	0.0596
Ont		0.1%	Celestoderm V	2357852	VAL		
Bisoprolol Fumarate Fumarate de bisoprolol							
Tab	Orl	5mg	Bisoprolol	2391589	SAS	AEFVW	0.1391
Co.		10mg	Bisoprolol	2391597	SAS		
Bupropion Hydrochloride Bupropion (chlorhydrate de)							
SRT	Orl	100mg	Bupropion SR	2391562	SAS	AEFGVW	0.2167
Co.L.L.		150mg	Bupropion SR	2391570	SAS		
Ciprofloxacin Hydrochloride Ciprofloxacin (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	250mg	Auro-Ciprofloxacin	2381907	ARO	BW & Spec. Auth.	0.8660
Co.		500mg	Auro-Ciprofloxacin	2381923	ARO		
		750mg	Auro-Ciprofloxacin	2381931	ARO		
Clarithromycin							
Pws.	Orl	125mg/5mL	Biaxin	2146908	ABB	ABEFGVW	0.3158
Pds.			Accel-Clarithromycin	2390442	ACC		
		250mg/5mL	Biaxin	2244641	ABB	ABEFGVW	0.6169
			Accel-Clarithromycin	2390450	ACC		

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Entacapone Tab Orl 200mg Co.	Mylan-Entacapone	2390337	MYL	Spec Auth.	0.5687
Furosemide Furosémide Liq Inj 10mg/mL Liq	Lasix Furosemide	2224739 2382539	AVE SDZ	VW	Disc. 0.8650
Lamotrigine Tab Orl 25mg Co.	Auro-Lamotrigine	2381354	ARO	AEFGVW	0.1310
	Auro-Lamotrigine	2381362	ARO	AEFGVW	0.5229
	Auro-Lamotrigine	2381370	ARO	AEFGVW	0.7706
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide Losartan Potassique/Hydrochlorothiazide Tab Orl 50mg/12.5mg Co.	Co-Losartan/HCT	2388251	COB	AEFGVW	0.4407
	Co-Losartan/HCT	2388278	COB	AEFGVW	0.4314
	Co-Losartan/HCT	2388286	COB	AEFGVW	0.4407
Montelukast Sodium Montelukast sodique Tab Orl 10mg Co.	Jamp-Montelukast Montelukast Sodium	2391422 2379236	JPC AHI	Spec. Auth.	0.8276
Ofloxacin Ofloxacine Liq Oph 0.3% Liq	Sandoz Ofloxacin	2247189	SDZ	Spec. Auth.	0.8561
Paroxetine Tab Orl 20mg Co.	Auro-Paroxetine	2383284	ARO	AEFGVW	0.6320
	Auro-Paroxetine	2383292	ARO	AEFGVW	0.6714

Bulletin n° 854

Le 14 février 2013

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 14 février 2013.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Ertapenem Sodium Pds. IM 1g	Invanz®	02247437	FRS	W	PAR
Naproxen Co.Ent. Orl 250mg	Naprosyn® E Apo-Naproxen EC Naproxen EC Teva-Naprox EC	02162792 02246699 02350785 02243312	HLR APX SAS TEV	AEFGVW	PAM
375mg	Naprosyn® E Apo-Naproxen EC Mylan-Naproxen EC Naproxen EC pms-Naproxen EC Teva-Naprox EC	02162415 02246700 02243432 02350793 02294702 02243313	HLR APX MYL SAS PMS TEV	AEFGVW	PAM
500mg	Naprosyn® E Apo-Naproxen EC Mylan-Naproxen EC Naproxen EC pms-Naproxen EC Teva-Naprox EC	02162423 02246701 02241024 02350807 02294710 02243314	HLR APX MYL SAS PMS TEV	AEFGVW	PAM
Co. Orl 275mg	Anaprox® Apo-Napro-Na Naproxen Sodium Teva-Naproxen Sodium	02162725 00784354 02351013 00778389	HLR APX SAS TEV	AEFGVW	PAM
550mg	Anaprox® DS Apo-Napro-Na DS Naproxen Sodium DS Teva-Naproxen Sodium DS	02162717 01940309 02351021 02026600	HLR APX SAS TEV	AEFGVW	PAM

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Nilotinib
(*Tasigna*^{MD})
Capsule de 150mg

Pour le traitement de première ligne de la leucémie myéloïde chronique (LMC) chez les patients adultes porteurs du chromosome en phase chronique

Rispéridone
(*Risperdal*® *Consta*®)
Suspension injectable à libération prolongée de 12,5mg (Nouvelle concentration)

Pour le traitement des patients atteints de schizophrénie :

- qui ont des difficultés avec l'observance d'un antipsychotique oral ; OU
- qui sont actuellement traités par un agent antipsychotique typique à injection retard et qui subissent des effets secondaires importants (effets extra pyramidaux ou dyskinésie tardive) ou chez qui le traitement n'est pas efficace.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (SUITE)

Tocilizumab

(Actemra®)

Injection de 80mg/4mL,
200mg/10mL, 400mg/20mL

Nouvelle indication ajoutée au critère :

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique évolutive chez les patients âgés de 2 ans et plus qui ont eu une réponse inadéquate à un traitement avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et corticostéroïdes systémiques (avec ou sans méthotrexate) en raison d'une intolérance ou d'un manque d'efficacité.

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue pédiatrique.
- Couverture autorisée pour une dose de 12 mg/kg pour les patients qui pèsent moins de 30 kg ou de 8 mg/kg pour les patients qui pèsent au moins 30 kg, pour un maximum de 800 mg, administré toutes les deux semaines.
- Continuation de la couverture si un rhumatologue pédiatrique détermine que le patient réagit bien au traitement.

Période d'approbation initiale : 16 semaines

Période de renouvellement : 1 an

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Gatifloxacine – nouvelle soumission	(Zymar ^{MC})	Solution ophtalmique à 0,3 %
Moxifloxacine - nouvelle soumission	(Vigamox ^{MD})	Solution ophtalmique à 0,5 %

Bulletin n° 855

Le 26 février 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick ainsi que les produits ne figurant pas sur la liste assujettis aux prix admissible maximal (PAM).

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 26 février 2013.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 26 mars 2013. Avant le 26 mars 2013, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Candesartan Cilexetil Candésartan Cilexéttil Tab Orl 8mg Co.	Candesartan	2388928	SAS	AEFGVW	0.4100
	Candesartan	2388936	SAS	AEFGVW	0.4100
Ciprofloxacin Hydrochloride Ciprofloxacine (chlorhydrate de) Liq Oph 0.3% Liq	Sandoz Ciprofloxacin	2387131	SDZ	AEFGVW	0.7920
Clarithromycin Tab Orl 250mg Co.	Teva-Clarithromycin	2248804	TEV	ABEFGVW	0.5770
	Teva-Clarithromycin	2248805	TEV	ABEFGVW	1.6293
Fentanyl Transdermal Fentanyl (transdermal de) Pth Trd 12mcg/h Pth	Mylan-Fentanyl Matrix	2396696	MYL	W & Spec. Auth.	2.2300
	Mylan-Fentanyl Matrix	2396718	MYL	W & Spec. Auth.	4.0236
	Mylan-Fentanyl Matrix	2396726	MYL	W & Spec. Auth.	7.5719
	Mylan-Fentanyl Matrix	2396734	MYL	W & Spec. Auth.	10.6498
	Mylan-Fentanyl Matrix	2396742	MYL	W & Spec. Auth.	13.2559
Fluvastatin Sodium Fluvastatin Sodique Cap Orl 20mg Caps	Lescol Teva-Fluvastatin	2061562 2299224	NVR TEV	AEFGVW	0.9515 0.7048
	Lescol Teva-Fluvastatin	2061570 2299232	NVR TEV	AEFGVW	1.3360 0.9896
Montelukast Sodium Montélukast Sodique TabC Orl 4mg Co.C.	Apo-Montelukast	2377608	APX	Spec. Auth.	0.5104
	Apo-Montelukast	2377616	APX	Spec. Auth.	0.5635
Nabilone Cap Orl 0.5mg Caps	Co-Nabilone	2393581	COB	Spec Auth.	1.0859
	Co-Nabilone	2393603	COB	Spec Auth.	2.1718

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Pioglitazone Hydrochloride Pioglitazone (chlorhydrate de) Tab Orl 15mg Co.	Pioglitazone Hydrochloride	2391600	AHI	Spec. Auth.	0.8324
Piperacillin Sodium/Tazobactam Sodium Pipéracilline sodique/Tazobactam sodique Pws Inj 4g/0.5g Pds.	AJ-Pip/Taz	2391546	AJP	W	20.2700
Telmisartan Tab Orl 40mg Co.	Co-Telmisartan	2393247	COB	AEFGVW	0.3954
	Co-Telmisartan	2393255	COB	AEFGVW	0.3954
Telmisartan/Hydrochlorothiazide Tab Orl 80mg/12.5mg Co.	Telmisartan/HCTZ	2395355	SAS	AEFGVW	0.3954
	Telmisartan/HCTZ	2395363	SAS	AEFGVW	0.3954

Bulletin n° 856

Le 19 mars 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 19 mars 2013.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 16 avril 2013. Avant le 16 avril 2013, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Allopurinol					
Tab Orl 100mg Co.	Mar-Allopurinol	2396327	MAR	AEFGVW	0.0846
	Mar-Allopurinol	2396335	MAR	AEFGVW	0.1411
	Mar-Allopurinol	2396343	MAR	AEFGVW	0.2306
Anastrozole					
Tab Orl 1mg Co.	Mint-Anastrozole	2393573	MNT	AEFVW	1.7821
Candesartan Cilexetil Candésartan Cilexétil					
Tab Orl 8mg Co.	Jamp-Candesartan	2386518	JPC	AEFGVW	0.4100
	Jamp-Candesartan	2386526	JPC	AEFGVW	0.4100
	Jamp-Candesartan	2386534	JPC	AEFGVW	0.4193
Candesartan Cilexetil/Hydrochlorothiazide Candésartan Cilexétil/Hydrochlorothiazide					
Tab Orl 16mg/12.5mg Co.	Candesartan/HCTZ	2394804	SAS	AEFGVW	0.4193
	Atacand Plus	2332922	AZE	AEFGVW	1.2938
	Apo-Candesartan/HCTZ	2395126	APX	AEFGVW	0.8985
	Atacand Plus	2332957	AZE	AEFGVW	1.2938
	Apo-Candesartan/HCTZ	2395134	APX	AEFGVW	0.8985
Entecavir					
Tab Orl 0.5mg Co.	Baraclude	2282224	BRI	Spec. Auth.	23.7600
	Apo-Entecavir	2396955	APX		16.5000
Fluoxetine Hydrochloride Fluoxétine (chlorhydrate de)					
Cap Orl 10mg Caps	Auro-Fluoxetine	2385627	ARO	AEFGVW	0.8650
	Auro-Fluoxetine	2385635	ARO	AEFGVW	0.6438
Irbesartan/Hydrochlorothiazide Irbésartan/Hydrochlorothiazide					
Tab Orl 150mg/12.5mg Co.	Apo-Irbesartan/HCTZ	2387646	APX	AEFGVW	0.4234
	Apo-Irbesartan/HCTZ	2387654	APX	AEFGVW	0.4234
	Apo-Irbesartan/HCTZ	2387662	APX	AEFGVW	0.4206

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Olanzapine ODT Orl Co.D.O.					
5mg	Mar-Olanzapine ODT	2389088	MAR	W & Spec. Auth.	1.2511
10mg	Mar-Olanzapine ODT	2389096	MAR	W & Spec. Auth.	2.5000
15mg	Mar-Olanzapine ODT	2389118	MAR	W & Spec. Auth.	3.7489
20mg	Mar-Olanzapine ODT	2389126	MAR	W & Spec. Auth.	5.9377
Pioglitazone Hydrochloride Pioglitazone (chlorhydrate de)					
Tab Orl Co.					
15mg	Auro-Pioglitazone	2384906	ARO	Spec. Auth.	0.8324
30mg	Auro-Pioglitazone	2384914	ARO	Spec. Auth.	1.1662
45mg	Auro-Pioglitazone	2384922	ARO	Spec. Auth.	1.7535
Ramipril Cap Orl Caps					
1.25mg	Auro-Ramipril	2387387	ARO	AEFGVW	0.2427
2.5mg	Auro-Ramipril	2387395	ARO	AEFGVW	0.2800
5mg	Auro-Ramipril	2387409	ARO	AEFGVW	0.2800
10mg	Auro-Ramipril	2387417	ARO	AEFGVW	0.3546
Rosuvastatin Calcium Rosuvastatin calcique					
Tab Orl Co.					
10mg	Jamp-Rosuvastatin	2391260	JPC	AEFVW	0.4760
20mg	Jamp-Rosuvastatin	2391279	JPC	AEFVW	0.5950
40mg	Jamp-Rosuvastatin	2391287	JPC	AEFVW	0.6965
Telmisartan/Hydrochlorothiazide					
Tab Orl Co.					
80mg/12.5mg	Co-Telmisartan/HCT	2393263	COB	AEFGVW	0.3954
80mg/25mg	Co-Telmisartan/HCT	2393271	COB	AEFGVW	0.3954

Bulletin n° 857

Le 25 mars 2013

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 25 mars 2013.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Indapamide					
Co. Orl 1,25mg	Lozide®	02179709	SEV		
	Apo-Indapamide	02245246	APX		
	Jamp-Indapamide	02373904	JPC	AEFGVW	PAM
	Mylan-Indapamide	02240067	MYL		
	pms-Indapamide	02239619	PMS		
Mometasone Furoate					
Pws Inh 200mcg	Asmanex™ Twisthaler	02243595	MSD	AEFGVW	PAR
	Asmanex™ Twisthaler	02243596			
Lipase/Amylase/Protease					
Caps Orl 6000U/30000U/19000U	Creon 6 minimicrospheres®	80025653	ABB	BEFG	PAR
Raltegravir – Ne requiert plus d'autorisation spéciale					
Co. Orl 400mg	Isentress®	02301881	FRS	U	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Dasatinib

(Sprycel™)

Comprimés de 80 mg, 140 mg

Nouvelles concentrations ajoutées aux critères existants, qui sont indiqués sur le site Web du PMONB sous [Critères d'autorisation spéciale du PMONB](#)

Etravirine

(Intence®)

Comprimé de 200 mg

Nouvelle concentration ajoutées aux critères existants, qui sont indiqués sur le site Web du PMONB sous [Critères d'autorisation spéciale du PMONB](#)

Mometasone furoate/ formoterol fumarate dihydrate (Zenhale™)

Aérosol-doseur de

5mcg/50mcg, 5mcg/100mcg,

5mcg/200mcg par actionnement

Pour les patients souffrant d'une maladie respiratoire obstructive réversible :

- dont l'état est stabilisé par un traitement aux corticostéroïdes inhalés et aux bêta₂-adrénergiques agonistes à longue durée d'action; OU
- qui utilisent des doses optimales de corticostéroïdes inhalés, mais dont l'état est encore mal maîtrisé.

Rituximab

(Rituxan®)

Solution injectable de
10mg/mL

Pour l'induction de la rémission chez les patients atteints de granulomatose avec polyangéite (GPA) grave ou de polyangéite microscopique (PAM), qui présentent une intolérance grave ou autre contre-indication liée à la cyclophosphamide, ou qui n'ont pas répondu à l'essai d'un traitement adéquat à la cyclophosphamide.

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparativement aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Valacyclovir	(<i>Apo-Valacyclovir</i>) (<i>pms-Valacyclovir</i>)	Comprimés de 1000 mg
--------------	--	----------------------

Bulletin n° 858

Le 30 avril 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 30 avril 2013.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 28 mai 2013. Avant le 28 mai 2013, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Enalapril Maleate Énalapril (maléate de)					
Tab Orl 2.5mg Co.	pms-Enalapril	2300079	PMS	AEFGVW	0.2737
	pms-Enalapril	2300087	PMS	AEFGVW	0.3239
	pms-Enalapril	2300095	PMS	AEFGVW	0.3891
	pms-Enalapril	2300109	PMS	AEFGVW	0.4696
Meloxicam					
Tab Orl 7.5mg Co.	Auro-Meloxicam	2390884	ARO	AEFGVW	0.2804
	Auro-Meloxicam	2390892	ARO	AEFGVW	0.3235
Ramipril/Hydrochlorothiazide					
Tab Orl 2.5mg/12.5mg Co.	Teva-Ramipril/HCTZ	2388332	TEV	AEFGVW	0.2250
	Teva-Ramipril/HCTZ	2388340	TEV	AEFGVW	0.2263
	Teva-Ramipril/HCTZ	2388367	TEV	AEFGVW	0.2263
	Teva-Ramipril/HCTZ	2388359	TEV	AEFGVW	0.2865
	Teva-Ramipril/HCTZ	2388375	TEV	AEFGVW	0.2865
Rizatriptan Benzoate Rizatriptan (benzoate de)					
Tab Orl 5mg Co.	Apo-Rizatriptan	2393468	APX	Spec. Auth.	5.1508
	Apo-Rizatriptan	2393476	APX	Spec. Auth.	5.1870
Simvastatin Simvastatine					
Tab Orl 5mg Co.	Jamp-Simvastatin Simvastatin-Odan	2375591 2378884	JPC ODN	AEFGVW	0.3600
	Jamp-Simvastatin Simvastatin-Odan	2375605 2378892	JPC ODN	AEFGVW	0.7081
	Simvastatin-Odan	2378906	ODN	AEFGVW	0.8751
	Simvastatin-Odan	2378914	ODN	AEFGVW	0.8751
	Simvastatin-Odan	2378922	ODN	AEFGVW	0.8751

Bulletin n° 859

Le 28 mai 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste de **produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 28 mai 2013.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 25 juin 2013. Avant le 25 juin 2013, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Allopurinol					
Tab Orl 100mg Co.	Apo-Allopurinol	2402769	APX	AEFGVW	0.0846
	Apo-Allopurinol	2402777	APX	AEFGVW	0.1411
	Apo-Allopurinol	2402785	APX	AEFGVW	0.2306
Amlodipine Besylate Bésylate d'amlodipine					
Tab Orl 5mg Co.	Auro-Amlodipine	2397072	ARO	AEFVW	0.2417
	Auro-Amlodipine	2397080	ARO	AEFVW	0.3587
Amoxicillin Amoxicilline					
Cap Orl 250mg Caps.	Auro-Amoxicillin	2388073	ARO	ABEFGVW	0.1750
	Auro-Amoxicillin	2388081	ARO	ABEFGVW	0.3417
Cyproterone Acetate Cyprotérone (acétate de)					
Tab Orl 50mg Co.	Med-Cyproterone	2390760	GMP	AEFVW	1.5283
Desogestrel/Ethinyl Estradiol Désogestrel/éthinyloestradiol					
Tab Orl 0.15mg/0.03mg Co.	Freya 21	2396491	MYL	EFGV	0.5436
	Freya 28	2396610	MYL		0.4077
Fentanyl					
Pth Trd 25mcg/h Pth	Co-Fentanyl	2386852	COB	W & Spec. Auth.	4.0236
	Co-Fentanyl	2386879	COB	W & Spec. Auth.	7.5719
	Co-Fentanyl	2386887	COB	W & Spec. Auth.	10.6498
	Co-Fentanyl	2386895	COB	W & Spec. Auth.	13.2559
Fluoxetine Hydrochloride Fluoxétine (chlorhydrate de)					
Cap Orl 10mg Caps.	Fluoxetine	2393441	AHI	AEFGVW	0.8650
Gabapentin Gabapentine					
Tab Orl 600mg Co.	Gabapentin	2392526	AHI	AEFGVW	0.6350
	Mylan-Gabapentin	2397471	MYL		
	Gabapentin	2392534	AHI	AEFGVW	0.8467
	Mylan-Gabapentin	2397498	MYL		

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Irbesartan/Hydrochlorothiazide Irbésartan/Hydrochlorothiazide Tab Orl 150mg/12.5mg Co.	Mint-Irbesartan/HCTZ	2392992	MNT	AEFGVW	0.4234
	Mint-Irbesartan/HCTZ	2393018	MNT	AEFGVW	0.4234
	Mint-Irbesartan/HCTZ	2393026	MNT	AEFGVW	0.4206
Lisinopril Tab Orl 5mg Co.	Auro-Lisinopril	2394472	ARO	AEFGVW	0.2100
	Auro-Lisinopril	2394480	ARO	AEFGVW	0.2522
	Auro-Lisinopril	2394499	ARO	AEFGVW	0.3032
Mometasone Furoate Mométasone (furoate de) Aem Nas 50mcg Aem	Nasonex Aqueous Apo-Mometasone	2238465 2403587	FRS APX	EFG-12	0.2289 0.1549
Nabilone Cap Orl 0.25mg Caps	Cesamet Teva-Nabilone	2312263 2392925	VLN TEV	Spec. Auth.	1.7254 1.1634
Quetiapine Fumarate Quétiapine (fumarate de) Tab Orl 25mg Co.	Auro-Quetiapine	2390205	ARO	AEFGVW	0.1779
	Auro-Quetiapine	2390213	ARO	AEFGVW	0.4746
	Auro-Quetiapine	2390248	ARO	AEFGVW	0.9530
	Auro-Quetiapine	2390256	ARO	AEFGVW	1.3906
Telmisartan/Hydrochlorothiazide Tab Orl 80mg/12.5mg Co.	pms-Telmisartan/HCTZ	2401665	PMS	AEFGVW	0.3954
	pms-Telmisartan/HCTZ	2401673	PMS	AEFGVW	0.3954

Mise à jour du formulaire du PMONB

Changements aux frais d'exécution d'ordonnance et aux prix de médicaments

Dans le cadre du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), les changements suivants seront apportés à la soumission et le versement des demandes de paiement à compter du 1er juin 2013.

Frais d'exécution d'ordonnance des pharmacies

Le PMONB paie aux pharmacies les frais d'exécution pour chaque ordonnance admissible délivrée aux bénéficiaires du PMONB. Le maximum versé pour les frais d'exécution d'ordonnance admissibles pour chaque catégorie de médicaments est indiqué dans le tableau ci-après.

Catégorie de médicaments	Frais d'exécution d'ordonnance
Interchangeable	10,50 \$
Non-interchangeable	10,50 \$
Préparations extemporanées (médicaments composés)	15,75 \$
Méthadone pour les douleurs chroniques	10,50 \$
Méthadone pour la dépendance aux opioïdes	9,50 \$

Prix des médicaments génériques

Le prix pour les produits interchangeables (génériques) sera fixé à 25 % du prix du médicament de marque pour les formes pharmaceutiques orales solides, et à 35 % du prix du médicament de marque pour les formes pharmaceutiques orales non solides. Les prix de remboursement sont indiqués sur [la liste des prix admissibles maximums \(PAM\)](#).

Nota : Pour la période du 1^{er} au 7 juin 2013, le PMONB remboursera les pharmacies selon la liste PAM en vigueur au mois d'avril 2013.

Remboursement du coût des médicaments

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) remboursera le coût des médicaments pour toutes les ordonnances admissibles délivrées aux bénéficiaires du PMONB, comme suit :

Médicaments interchangeableables

Prix admissible maximum (PAM), ainsi qu'un montant jusqu'à 8 % du PAM

Médicaments non interchangeableables

Prix courant du fabricant (PCF), ainsi qu'un montant jusqu'à 8 % du PCF

Préparations extemporanées (médicaments composés)

Prix d'achat réel (PAR)

Méthadone solution orale

Prix admissible maximum (PAM)

Ces renseignements sont également disponibles sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp dans la section intitulée «Renseignements pour les professionnels de la santé ».

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

Bulletin n° 861

Le 28 mai 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB Demandes de paiement pour la méthadone

Dans le cadre du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick*, les changements suivants seront apportés à la soumission des demandes de paiement pour la méthadone et au remboursement connexe.

Frais d'exécution d'ordonnance

À compter du 1^{er} juin 2013, les frais d'exécution d'ordonnance pour chaque demande de paiement admissible concernant la méthadone seront facturés selon l'indication suivante:

Méthadone pour la dépendance aux opiacés	9.50 \$
Méthadone pour la douleur chronique	10.50 \$

Soumission d'une demande de règlement

Un numéro d'identification du produit (NIP) a été attribué à tous les produits de méthadone pour différencier les indications de traitement de la dépendance aux opiacés de celles de la douleur chronique.

À compter du 1^{er} juin 2013, les demandes de paiement des produits de méthadone doivent être traitées au moyen du NIP applicable à l'indication prescrite, comme il est mentionné dans le tableau ci-après.

Produit	Dépendance aux opiacés NIP	Douleur chronique NIP	Prix admissible maximum (par mg)
Solution orale composée de méthadone	00999734	00999801	0,0050
Metadol ^{MC} 1 mg/mL Solution orale	00903823	00903825	0,0050
Metadol ^{MC} 10 mg/mL Concentré oral	00903824	00903826	0,0050

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Bulletin n° 863

Le 18 juin 2013

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB Politique sur la fréquence de l'exécution d'ordonnance et des paiements

À compter du 2 juillet 2013, le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) étendra sa politique sur la fréquence de l'exécution d'ordonnance et des paiements afin d'établir des critères visant la vente de médicaments qui sont pris en continu (à long terme) par les bénéficiaires du PMONB. Cette politique est conçue pour répondre à l'augmentation de la fréquence de vente de tels médicaments.

Veuillez consulter la page Web du PMONB <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>, à la section « Renseignements pour les professionnels de la santé », pour en savoir plus sur la politique, notamment les exceptions, les exigences liées à la documentation et les changements apportés au processus de soumission des demandes de remboursement.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Bulletin n° 864

Le 20 juin 2013

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 20 juin 2013.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Hypertonic sodium chloride Liq Inh 7%	Hyper-Sal [®]	80029414	KEG	BEFG	PAR
Sirolimus - Ne nécessite plus d'autorisation spéciale Liq Orl 1mg/mL	Rapamune [®]	02243237	PFI	R	PAR
Co. Orl 1mg	Rapamune [®]	02247111	PFI	R	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Fingolimod

(Gilenya[®])

Capsule de 0,5 mg

Pour le traitement des patients atteints de la forme rémittente de la sclérose en plaques (SP) qui satisfont à tous les critères suivants:

- Le patient n'a pas eu de réponse à une série de traitements complète et adéquate¹ comprenant au moins un interféron OU de l'acétate de glatiramère; OU une intolérance documentée² aux deux traitements.
- Le patient a subi au moins une poussée invalidante sur le plan clinique au cours de l'année précédente.
- Le patient a présenté une augmentation significative de la charge lésionnelle en T2 établie lors d'un examen par IRM antérieur (c'est-à-dire, au moins 3 nouvelles lésions) ou a eu au moins une lésion rehaussée par le gadolinium.
- La demande est effectuée et suivie par un neurologue ayant de l'expérience dans la prise en charge de la SP rémittente.
- Le patient a obtenu récemment un score sur l'échelle EDSS (*Expanded Disability Status Score*) d'au plus 5,5 (c'est-à-dire, le patient doit être en mesure de marcher sans aide sur une distance d'au moins 100 m).

¹ L'absence de réponse à une série de traitements complète et adéquate est définie par un patient ayant tenté au moins 6 mois de traitements par interféron ou glatiramère ET ayant connu au moins une poussée invalidante (crise) pendant un traitement par interféron ou glatiramère (un rapport d'IRM n'est pas exigé au moment de la demande).

² L'intolérance est définie par des effets secondaires graves documentés ou des contre-indications qui sont incompatibles avec la poursuite du traitement par un médicament de cette classe (veuillez noter que les réactions cutanées au point d'injection ne constituent PAS une contre-indication au traitement par interféron ou glatiramère).

Posologie : 0,5 mg une fois par jour

Période d'approbation : 1 an

Critères d'exclusion :

- Le traitement par fingolimod en association avec d'autres traitements modificateurs de la maladie (p. ex. Avonex, Betaseron, Copaxone, Rebif, Extavia, Tysabri) n'est pas remboursable.
- Le traitement par fingolimod en association avec Fampyra n'est pas remboursable.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (SUITE)

Fingolimod

(Gilenya®)

Capsule de 0,5 mg

- Les patients ayant obtenu un score sur l'échelle EDSS > 5,5 ne seront pas remboursés
- Les patients ayant subi une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral au cours des 6 mois précédant la demande de remboursement ne seront pas pris en considération.
- Les patients ayant des antécédents de maladie du sinus, de bloc auriculo-ventriculaire, de prolongation de l'intervalle QT significative, de bradycardie, de cardiopathie ischémique ou d'insuffisance cardiaque congestive ne seront pas pris en considération.
- Les patients de moins de 18 ans ne seront pas pris en considération.
- Les patients ayant la phobie des aiguilles ou ceux préférant un traitement administré par voie orale plutôt que par injection, et qui ne présentent aucune contre-indication clinique à un traitement par interféron ou glatiramère, ne seront pas remboursés.
- Les réactions cutanées au point d'injection ne constituent PAS une contre-indication à un traitement par interféron ou glatiramère.

Exigences relatives aux demandes initiales :

- Le médecin du patient doit fournir de la documentation renfermant les détails de l'examen neurologique le plus récent du patient dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours de la demande transmise. Les détails en question doivent inclure une description de toute poussée récente, les dates correspondantes et les résultats neurologiques.

Les demandes de renouvellement seront prises en compte.

- La date et les détails de l'examen neurologique le plus récent, ainsi que les scores sur l'échelle EDSS doivent être fournis (l'examen doit avoir été effectué dans les 90 derniers jours); ET
- le patient doit être stable ou n'avoir subi pas plus d'une (1) poussée invalidante dans la dernière année; ET
- le score récent sur l'échelle EDSS doit être d'au plus 5,5 (c'est-à-dire, le patient doit être en mesure de marcher sans aide sur une distance d'au moins 100 m).

Posologie : 0,5 mg une fois par jour

Période de renouvellement : 2 ans

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (SUITE)

Indacaterol maleate
(Onbrez[®] Breezhaler)
Gélule de poudre pour
inhalation de 75 mcg

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC):

- Si les symptômes persistent après de deux à trois mois de thérapie aux bronchodilatateurs à courte durée d'action (p. ex., salbutamol jusqu'à concurrence de 8 inhalations par jour ou ipratropium jusqu'à concurrence de 12 inhalations par jour).
- La protection peut être offerte sans essai d'un agent à courte durée d'action si une spirométrie a démontré qu'il y a une obstruction modérée à grave des voies aériennes ($VEMS_1 < 60\%$ et rapport $VEMS_1/CVF < 0,7$) et présence de symptômes importants, c.-à-d. un (CRM de 3 à 5**)
- Une polythérapie au tiotropium ET aux bêta₂-adrenergiques agonistes à longue durée d'action/corticostéroïdes inhalés (BALA/CSI) sera considérée seulement:
 - si la spirométrie a démontré qu'il y a une obstruction modérée à grave des voies aériennes ($VEMS_1 < 60\%$ et rapport $VEMS_1/CVF < 0,7$) et présence de symptômes importants, c.-à-d. un CRM de 3 à 5** ET
 - s'il y a, en moyenne, une ou plusieurs exacerbations modérées à graves de la maladie par année, pour deux années consécutives, nécessitant des antibiotiques ou des corticostéroïdes systémiques (oraux ou intraveineux).
- Ne pas utiliser plus de 75 mcg par jour

REMARQUE : s'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres preuves relativement à la gravité de la maladie doivent être fournies pour examen (p. ex., échelle CRM). Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés.

**Échelle de dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM)

Stade de la MPOC	Symptômes
MODÉRÉ – CRM 3 - 4	Patient qui manque de souffle en raison de la MPOC, ce qui l'oblige à s'arrêter pour reprendre son souffle après avoir marché environ 100 m (ou après quelques minutes) sur une surface plane.
GRAVE – CRM 5	Patient qui manque de souffle en raison de la MPOC, ce qui l'empêche de quitter la maison, ou qui s'essouffle lorsqu'il s'habille ou se déshabille, ou présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite.

Les ordonnances rédigées par les pneumologues diplômés du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale. Les renouvellements prescrits par d'autres praticiens ne nécessiteront pas d'autorisation spéciale.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES (SUITE)

Fesoterodine Fumarate

(*Toviaz™*)

Comprimés à libération prolongée dosés à 4 et à 8 mg

- Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients qui ont été intolérants à une période d'essai raisonnable avec de la oxybutynine à libération immédiate.
- Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.

Si le bénéficiaire a fait une demande de règlement pour de l'oxybutynine dans les précédents 24 mois, le système pour la soumission en ligne des demandes de règlement reconnaîtra cette information et la demande pour de la fesoterodine fumarate sera remboursée automatiquement sans avoir à faire une demande écrite d'autorisation spéciale.

Les autorisations spéciales écrites continueront d'être offertes à titre optionnel pour les bénéficiaires qui n'ont peut-être pas utilisé d'agent de première ligne en raison des changements à l'assurance-médicaments ou d'autres facteurs.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Topiramate

(*Topamax® et marques génériques*)

Comprimés de 25mg, 50mg, 100mg, 200mg

Nouvelle indication ajoutée aux critères:

Pour réduire la fréquence des migraines chez les patients adultes qui ont essayé, sans résultat, des bêta bloquants ET des tricycliques visant la prophylaxie, ou présentent des contre-indications à ces derniers.

Naratriptan

(*Amerge® et marques génériques*)

Comprimés de 1mg, 2.5mg

- Pour le traitement de la migraine si :
 - La sévérité des migraines est modérée et les autres traitements (AINS, acétaminophène, vaporisateur de DHE) ne sont pas efficaces ou
 - les crises migraineuses sont d'intensité sévère² ou très sévère²
- La protection se limite à 6 doses / 30 jours³
 - Les patients qui souffrent en moyenne de plus de 3 migraines par mois malgré un traitement prophylactique peuvent être admissibles à un maximum de 12 doses / 30 jours.

Rizatriptan

(*Maxalt®, Maxalt® RPD et marques génériques*)

Comprimés de 5mg, 10mg

Comprimé à dissolution orale de 5mg, 10mg

Sumatriptan

(*Imitrex®, Imitrex® DF et marques génériques*)

Comprimés de 50mg, 100mg

Zolmitriptan

(*Zomig®, Zomig® Rapidmelt et marques génériques*)

Comprimé de 2.5mg et,

Comprimé à dissolution orale de 2.5mg

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS (SUITE)

Almotriptan

(Axert[®])

Comprimés de 6.25mg,
12.5mg

Sumatriptan

(Imitrex[®])

5mg, 20mg vaporisateur nasal

Zolmitriptan

(Zomig[®])

2.5mg, 5mg vaporisateur nasal

- Pour le traitement des migraines¹ d'intensité modérée² lorsque d'autres thérapies (p. ex., AINS, acétaminophène, vaporisateur de DHE) ne sont pas efficaces ET que les patients n'ont pas répondu au sumatriptan oral, zolmitriptan, rizatriptan et naratriptan.
- Pour le traitement des migraines¹ d'intensité sévère² ou très sévère² lorsque les patients n'ont pas répondu au sumatriptan oral, zolmitriptan, rizatriptan et/ou naratriptan.
- La protection se limite à 6 doses / 30 jours³
 - Les patients qui souffrent en moyenne de plus de 3 migraines par mois malgré un traitement prophylactique peuvent être admissibles à un maximum de 12 doses / 30 jours.

Sumatriptan

(Imitrex[®] et marques
génériques)

Injection de 6mg

- Pour le traitement des migraines¹ d'intensité modérée² lorsque d'autres thérapies (p. ex., AINS, acétaminophène, vaporisateur de DHE) ne sont pas efficaces ET que les triptans oraux et nasaux ne sont pas appropriés.
- Pour le traitement des migraines¹ d'intensité sévère² ou très sévère² lorsque les triptans oraux et nasaux ne sont pas appropriés.
- La protection se limite à 6 doses / 30 jours³
- Les patients qui souffrent en moyenne de plus de 3 migraines par mois malgré un traitement prophylactique peuvent être admissibles à un maximum de 12 doses / 30 jours.

¹ Tel que diagnostiqué en fonction des lignes directrices canadiennes.

² Définitions :

- Modérée – la douleur cause une perte de concentration qui amène le besoin de ralentir et limiter les activités ;
- Sévère – la douleur affecte la capacité à se concentrer et il devient très difficile de poursuivre les activités quotidiennes ;
- Très sévère – impossibilité de parler et de penser clairement; incapacité à fonctionner normalement ; susceptible de rester coucher ou de dormir.

³ Le remboursement sera offert pour une quantité maximale de doses de triptan par 30 jours, tel qu'indiqué dans les critères, peu importe les agents utilisés dans la période de 30 jours.

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Colistimethate sodium	(Coly-Mycin M [™]) (Sterimax Colistimethate)	150 mg/flacon, poudre pour solution
Fampridine	(Fampyra [™])	Comprimé à libération lente de 10mg
Insulin Aspart	(Novorapid FlexTouch [®])	100 IU/mL stylo prérempli
Meclizine	(Bonamine [®])	Comprimé de 25mg

Bulletin n° 865

Le 26 juin 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 26 juin 2013.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 24 juillet 2013. Avant le 24 juillet 2013, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Amlodipine Besylate/Atorvastatin Calcium Bésylate d'amlodipine/Atorvastatine calcique							
Tab Co.	Orl	5mg/10mg	pms-Amlodipine/Atorvastatin	2404222	PMS	AEFV	0.7551
		5mg/20mg	pms-Amlodipine/Atorvastatin	2404230	PMS	AEFV	0.8591
		10mg/10mg	pms-Amlodipine/Atorvastatin	2404249	PMS	AEFV	0.9194
		10mg/20mg	pms-Amlodipine/Atorvastatin	2404257	PMS	AEFV	1.0234
Atorvastatin Calcium Atorvastatine calcique							
Tab Co.	Orl	10mg	pms-Atorvastatin	2399377	PMS	AEFVW	0.3138
		20mg	pms-Atorvastatin	2399385	PMS	AEFVW	0.3922
		40mg	pms-Atorvastatin	2399393	PMS	AEFVW	0.4216
Candesartan Cilexetil Candésartan cilexétel							
Tab Co.	Orl	8mg	Candesartan Cilexetil	2379279	AHI	AEFGVW	0.2932
		16mg	Candesartan Cilexetil	2379287	AHI	AEFGVW	0.2932
		32mg	Candesartan Cilexetil	2379295	AHI	AEFGVW	0.2995
Clopidogrel Bisulfate Clopidogrel (bisulfate de)							
Tab Co.	Orl	75mg	Clopidogrel	2400553	SAS	W & Spec. Auth.	0.6576
Diltiazem Hydrochloride Diltiazem (chlorhydrate de)							
CD Caps.L.C.	Orl	120mg	Diltiazem CD	2400421	SAS	AEFGVW	0.3529
		180mg	Diltiazem CD	2400448	SAS	AEFGVW	0.4684
		240mg	Diltiazem CD	2400456	SAS	AEFGVW	0.6213
		300mg	Diltiazem CD	2400464	SAS	AEFGVW	0.7766
Divalproex Sodium Divalproex sodique							
ECT Co.Ent.	Orl	125mg	Divalproex	2400499	SAS	AEFGVW	0.0724
		250mg	Divalproex	2400502	SAS	AEFGVW	0.1301
		500mg	Divalproex	2400510	SAS	AEFGVW	0.2604

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Enalapril Maleate Enalapril (maléate de)					
Tab Orl 2.5mg	Enalapril	2400650	SAS	AEFGVW	0.1919
Co.					
	Enalapril	2400669	SAS	AEFGVW	0.2270
	Enalapril	2400677	SAS	AEFGVW	0.2727
	Enalapril	2400685	SAS	AEFGVW	0.3291
Lansoprazole SRC OrL 15mg					
Caps.L.L.	pms-Lansoprazole	2395258	PMS	Spec. Auth.	0.5000
	pms-Lansoprazole	2395266	PMS	Spec. Auth.	0.5000
Latanoprost/Timolol Maleate Latanoprost/Timolol (maléate de)					
Liq Oph 0.005%/0.5%	Xalacom	2246619	PFI		12.6480
Liq	GD-Latanoprost/Timolol	2373068	GMD	AEFGVW	4.4280
	Sandoz Latanoprost/Timolol	2394685	SDZ		
Letrozole Létrozole					
Tab OrL 2.5mg	Teva-Letrozole	2343657	TEV	AEFVW	1.3780
Co.					
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide Losartan potassique/Hydrochlorothiazide					
Tab OrL 50mg/12.5mg	Mint-Losartan/HCTZ	2389657	MNT	AEFGVW	0.3148
Co.					
	Mint-Losartan/HCTZ	2389665	MNT	AEFGVW	0.3082
	Mint-Losartan/HCTZ DS	2389673	MNT	AEFGVW	0.3148
Metformin Hydrochloride Metformine (chlorhydrate de)					
Tab OrL 500mg	Mint-Metformin	2388766	MNT	AEFGVW	0.0669
Co.					
	Mint-Metformin	2388774	MNT	AEFGVW	0.0847
Quetiapine Fumarate Quétiapine (fumarate de)					
Tab OrL 25mg	Quetiapine	2387794	AHI	AEFGVW	0.1235
Co.					
	Quetiapine	2387808	AHI	AEFGVW	0.3295
	Quetiapine	2387824	AHI	AEFGVW	0.6618
	Quetiapine	2387832	AHI	AEFGVW	0.9656

Bulletin n° 866

Le 30 juillet 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 30 juillet 2013.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 27 août 2013. Avant le 27 août 2013, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Amitriptyline Hydrochloride Amitriptyline (chlorhydrate d')					
Tab Orl 10mg Co.	Apo-Amitriptyline	2403137	APX	AEFGVW	0.0664
	Apo-Amitriptyline	2403145	APX	AEFGVW	0.1211
	Apo-Amitriptyline	2403153	APX	AEFGVW	0.2347
	Apo-Amitriptyline Elavil	2403161 754129	APX AAP	AEFGVW	0.3634
Ceftriaxone Sodium Ceftriaxone sodique					
Pws Inj 1g Pds.	Ceftriaxone Sodium	2287633	TEV	BEFGVW	12.4950
Fluoxetine Hydrochloride Fluoxétine (chlorhydrate de)					
Cap Orl 10mg Caps.	Mar-Fluoxetine	2392909	MAR	AEFGVW	0.4963
	Mar-Fluoxetine	2392917	MAR	AEFGVW	0.4598
Galantamine Hydrobromide Galantamine (bromhydrate de)					
ERC Orl 8mg Caps.L.P.	pms-Galantamine ER	2398370	PMS	Spec. Auth.	1.2467
	pms-Galantamine ER	2398389	PMS	Spec. Auth.	1.2467
	pms-Galantamine ER	2398397	PMS	Spec. Auth.	1.2467
Losartan Potassium Losartan potassique					
Tab Orl 25mg Co.	Jamp-Losartan	2398834	JPC	AEFGVW	0.3148
	Jamp-Losartan	2398842	JPC	AEFGVW	0.3148
	Jamp-Losartan	2398850	JPC	AEFGVW	0.3148
Montelukast Sodium Montelukast sodique					
Tab Orl 10mg Co.	Auro-Montelukast	2401274	ARO	Spec. Auth.	0.8195
Nevirapine Névirapine					
Tab Orl 200mg Co.	pms-Nevirapine	2405776	PMS	U	1.2346

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Ondansetron Hydrochloride Dihydrate Ondansétron dihydáté (chlorhydrate d')					
Liq Inj 2mg	AJ-Ondansetron	2390019	AJP	W	6.8007
Liq					
Tranexamic Acid Acide Tranexamique					
Tab Orl 500mg	Cyklokapron	2064405	PFI	AEFGVW	1.1530
Co.	Tranexamic Acid	2401231	STR		0.8071

Bulletin n° 867

Le 2 août 2013

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 2 août 2013.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Candesartan							
Co.	Orl	4mg	Atacand®	02239090	AZE		
			Candesartan	02379260	AHI		
			Apo-Candesartan	02365340	APX		
			Co-Candesartan	02376520	COB	AEFGVW	PAM
			Jamp-Candesartan	02386496	JPC		
			Mylan-Candesartan	02379120	MYL		
			pms-Candesartan	02391171	PMS		
			Sandoz Candesartan	02326957	SDZ		
Epinephrine							
Inj	IM	0.15mg	Allerject®	02382059	SAV	AEFGVW	PCF
		0.3mg	Allerject®	02382067			
Rosuvastatin							
Co.	Orl	5mg	Crestor®	02265540	AZE		
			Apo-Rosuvastatin	02337975	APX		
			Co-Rosuvastatin	02339765	COB		
			Mylan-Rosuvastatin	02381265	MYL	AEFVW	PAM
			pms-Rosuvastatin	02378523	PMS		
			Ran-Rosuvastatin	02382644	RAN		
			Sandoz Rosuvastatin	02338726	SDZ		
			Teva-Rosuvastatin	02354608	TEV		

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Darunavir
(Prezista®)
Comprimé de 150mg
(nouvelle puissance)

- Indiqué pour le traitement du VIH chez des patients adultes (bénéficiaires du plan U) ayant déjà reçu un traitement, chez qui le traitement par de multiples inhibiteurs de protéase ont échoué et pour qui des inhibiteurs de protéase moins chers ne constituent pas une option de traitement.
- Fait partie d'un schéma thérapeutique du VIH chez les patients n'ayant jamais reçu de traitement (bénéficiaires du régime U) et chez qui le traitement par inhibiteur de protéase est indiqué.
- Fait partie d'un schéma thérapeutique du VIH chez les enfants ayant déjà reçu un traitement (bénéficiaires du régime U).

Paliperidone
(Invega Sustenna®)
Seringues préremplies de
50mg/0.5mL, 75mg/0.75mL,
100mg/mL, 150mg/1.5mL

- Indiqué pour le traitement des patients atteints de schizophrénie :
- qui ont des difficultés avec l'observance d'un antipsychotique oral ;
OU
 - qui sont actuellement traités par un agent antipsychotique typique à injection retard et qui subissent des effets secondaires importants (effets extra pyramidaux ou dyskinésie tardive) ou chez qui le traitement n'est pas efficace.

MÉDICAMENTS ÉVALUÉS ET NON INSCRITS

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Amlodipine	(<i>Odan-Amlodipine</i>)	Comprimé de 2.5mg (discontinué)
Oseltamivir	(<i>Tamiflu</i> [®])	6mg/mL poudre pour solution
Tramadol/acetaminophen - réévaluation	(<i>Tramacet</i> [®] & marques génériques)	Comprimé de 37.5mg/325mg

Mise à jour du formulaire du PMONB

Frais de transition des pharmacies

Les changements décrits ci-dessous seront apportés au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) en ce qui concerne la présentation et le paiement des demandes de règlement. Ces changements entreront en vigueur le 1^{er} septembre 2013.

Les pharmacies peuvent demander le remboursement des frais de transition liés au paiement de chaque demande de règlement admissible. Ces frais de transition doivent être compris dans les frais d'exécution d'ordonnance inscrits dans le champ correspondant.

Voici la description des frais de transition pour chaque demande de règlement admissible :

- 1 \$ – Du 1^{er} septembre 2013 au 30 novembre 2013
- 0,75 \$ – Du 1^{er} décembre 2013 au 31 janvier 2014
- 0,50 \$ – Du 1^{er} février 2014 au 31 mars 2014

Les pharmacies qui choisissent de présenter des demandes de règlement par lots ou cycles sont admissibles au remboursement des frais de transition tous les 28 jours (frais de transition uniques).

Veillez prendre note que les demandes de règlement présentées relativement aux médicaments suivants ou au titre des régimes suivants ne sont pas admissibles au remboursement des frais de transition: les médicaments pour traiter une dépendance aux opiacés; PharmaConsulte NB^{MC}, ainsi que les demandes de règlement au titre du Programme extra-mural (régime W) ou du régime de santé publique pour l'administration du vaccin antigrippal (régime I) et des médicaments visant à traiter la tuberculose (régime P).

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les mises à jour sont disponibles sur la page Web du PMONB : <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

Bulletin n° 869

Le 22 août 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.
- À compter du 22 août 2013, les produits de prégabaline et de modafinil seront couverts en vertu du PMONB. Ces produits seront remboursés au PAM de la catégorie à compter du 19 septembre 2013.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 22 août 2013.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 19 septembre 2013. Avant le 19 septembre 2013, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Atorvastatin Calcium Atorvastatine calcique							
Tab	Orl	80mg	pms-Atorvastatin	2399407	PMS	AEFVW	0.4216
Co.							
Candesartan Cilexetil Candésartan cilexétil							
Tab	Orl	4mg	Candesartan	2388901	SAS	AEFGVW	0.1700
Co.							
		32mg	Apo-Candesartan	2399105	APX	AEFGVW	0.2995
Cefoxitin Sodium Céfoxitine sodique							
Pws.	Inj	1g	Cefoxitin	2128187	TEV	W	10.6000
Pds.			Cefoxitin for Injection	2291711	APX		
		2g	Cefoxitin	2128195	TEV	W	21.2500
Pds.			Cefoxitin for Injection	2291738	APX		
Dorzolamide Hydrochloride/Timolol Maleate Dorzolamide (chlorhydrate de)/Timolol (maléate de)							
Liq	Oph	2%/0.5%	Co-Dorzotimolol	2404389	COB	AEFVW	2.0097
Liq							
Drospirenone/Ethinyl Estradiol Drospirénone/Éthinyl estradiol							
Tab	Orl	3mg/0.03mg	Yasmin 28	2261731	BAY	EFGV	0.4293
Co.			Zarah 28	2385066	COB		0.3220
Imatinib Mesylate Imatinib (mésylate de)							
Tab	Orl	100mg	Gleevec	2253275	NVR		27.8798
Co.			Apo-Imatinib	2355337	APX	Spec. Auth.	6.8186
			Teva-Imatinib	2399806	TEV		
		400mg	Gleevec	2253283	NVR		111.5190
Co.			Apo-Imatinib	2355345	APX	Spec. Auth.	27.2743
			Teva-Imatinib	2399814	TEV		
Losartan Potassium Losartan potassique							
Tab	Orl	25mg	Auro-Losartan	2403323	ARO	AEFGVW	0.3148
Co.							
		50mg	Auro-Losartan	2403331	ARO	AEFGVW	0.3148
		100mg	Auro-Losartan	2403358	ARO	AEFGVW	0.3148
Modafinil							
Tab	Orl	100mg	Alertec	2239665	SHI	Spec. Auth.	0.9293
Co.			Modafinil	2285398	AAP		

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Montelukast Sodium Montelukast sodique							
Tab Co.	Orl	10mg	Ran-Montelukast	2389517	RAN	Spec. Auth.	0.8195
Nabilone							
Cap Caps.	Orl	0.25mg	Ran-Nabilone	2358077	RAN	Spec. Auth.	1.1634
Pregabalin							
Cap Caps	Orl	25mg	Lyrice	2268418	PFI		
			Co-Pregabalin	2402912	COB		
			pms-Pregabalin	2359596	PMS	Spec. Auth.	0.2058
			Ran-Pregabalin	2392801	RAN		
			Sandoz Pregabalin	2390817	SDZ		
			Teva-Pregabalin	2361159	TEV		
		50mg	Lyrice	2268426	PFI		
			Co-Pregabalin	2402920	COB		
			pms-Pregabalin	2359618	PMS	Spec. Auth.	0.3228
			Ran-Pregabalin	2392828	RAN		
			Sandoz Pregabalin	2390825	SDZ		
			Teva-Pregabalin	2361175	TEV		
		75mg	Lyrice	2268434	PFI		
			Co-Pregabalin	2402939	COB		
			pms-Pregabalin	2359626	PMS	Spec. Auth.	0.4176
			Ran-Pregabalin	2392836	RAN		
			Sandoz Pregabalin	2390833	SDZ		
			Teva-Pregabalin	2361183	TEV		
		150mg	Lyrice	2268450	PFI		
			Co-Pregabalin	2402955	COB		
			pms-Pregabalin	2359634	PMS	Spec. Auth.	0.5757
			Ran-Pregabalin	2392844	RAN		
			Sandoz Pregabalin	2390841	SDZ		
			Teva-Pregabalin	2361205	TEV		
		225mg	Lyrice	2268477	PFI		
			Co-Pregabalin	2402971	COB	Spec. Auth.	0.5757
			Teva-Pregabalin	2361221	TEV		
		300mg	Lyrice	2268485	PFI		
			Co-Pregabalin	2402998	COB		
			pms-Pregabalin	2359642	PMS	Spec. Auth.	0.5757
			Sandoz Pregabalin	2390868	SDZ		
			Ran-Pregabalin	2392860	RAN		
			Teva-Pregabalin	2361248	TEV		
Quinapril							
Tab Co.	Orl	5mg	Accupril	1947664	PFI	AEFGVW	0.9110
			Apo-Quinapril	2248499	APX		0.6867

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Quinapril					
Tab Orl 10mg	Accupril	1947672	PFI	AEFGVW	0.9110
Co.	Apo-Quinapril	2248500	APX		0.6867
	Accupril	1947680	PFI	AEFGVW	0.9110
	Apo-Quinapril	2248501	APX		0.6867
	Accupril	1947699	PFI	AEFGVW	0.9110
	Apo-Quinapril	2248502	APX		0.6867
Temozolomide					
Témozolomide					
Cap Orl 20mg	Temodal	2241094	FRS	Spec. Auth.	31.2000
Caps.	Co-Temozolomide	2395274	COB		22.7194
	Temodal	2241095	FRS	Spec. Auth.	156.0060
	Co-Temozolomide	2395282	COB		113.5966
	Temodal	2312794	FRS	Spec. Auth.	218.4100
	Co-Temozolomide	2395290	COB		159.0358
	Temodal	2241096	FRS	Spec. Auth.	390.0040
	Co-Temozolomide	2395312	COB		283.9834
Valganciclovir Hydrochloride					
Valganciclovir (chlorhydrate de)					
Tab Orl 450mg	Valcyte	2245777	HLR	Spec. Auth.	23.2123
Co	Apo-Valganciclovir	2393824	APX		19.7305
Zopiclone					
Tab Orl 5mg	Septa-Zopiclone	2386909	SPT	AEFVW	0.2231
Co.					
	Septa-Zopiclone	2386917	SPT	AEFVW	0.3125

Products Delisted from the NBPDP Formulary
Produits ne figurant plus sur le formulaire du PMONB

The following products have been delisted as NBPDP benefits effective September 5, 2013
 Les produits ci-après ne figurent plus sur le formulaire du PMONB à compter du 5 septembre 2013

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Furosemide					
Furosémide					
Tab Orl 40mg	Apo-Furosemide	362166	APX	AEFGVW	
Co.	Teva-Furosemide	337749	TEV		

Bulletin n° 870

Le 11 septembre 2013

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 11 septembre 2013.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Changements aux avantages nécessitant une autorisation spéciale déjà en place**
- **Médicaments retirés de la liste**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Ajouts Relatifs aux Services Assurés Habituels

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes
Nevirapine Co. L.P. Orl 400mg	Viramune® XR	02367289	BOE	U

Ajouts Relatifs aux Autorisations Spéciales

Modafinil
(Alertec® et marques
génériques)
Comprimé de 100mg

Pour le traitement de la narcolepsie confirmée par une étude du sommeil.

Pregabalin
(Lyrica® et marques
génériques)
Comprimés de 25mg, 50mg,
75mg, 150mg, 225mg, 300mg

Pour le traitement de la douleur neuropathique (p. ex., neuropathie diabétique périphérique, neuralgie postherpétique) chez les patients qui n'ont pas bien répondu à un antidépresseur tricyclique (p. ex., amitriptyline, désipramine, imipramine, nortriptyline).

Ranibizumab
(Lucentis®)
10mg/mL
(2.3mg/0.23mL/flacon)

Indiqué pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD) chez les patients qui satisfont tous les critères suivants :

- œdème maculaire cliniquement significatif atteignant le centre de la macula pour lequel la photocoagulation au laser est également indiquée
- analyse de l'hémoglobine A1c réalisée au cours des six derniers mois et dont le résultat est inférieur ou égal à 11 %;
- acuité visuelle la mieux corrigée entre 20/32 et 20/400;
- épaisseur rétinienne centrale supérieure ou égale à 250 micromètres.

Période d'approbation : 1 an

Critères de renouvellement :

- confirmation qu'une analyse de l'hémoglobine A1c réalisée au cours des six derniers mois donnait un résultat inférieur ou égal à 11 %;
- date de la dernière visite et résultats concernant l'acuité visuelle la mieux corrigée obtenus lors de cette visite;
- date de la dernière tomographie par cohérence optique et épaisseur rétinienne centrale mesurée lors de cet examen;
- si ranibizumab est administré 1 fois par mois, veuillez en fournir les raisons de façon détaillée.

Remarque : Le traitement doit être administré 1 fois par mois jusqu'à l'atteinte de l'acuité visuelle maximale (c'est-à-dire une acuité visuelle stable pendant trois mois consécutifs durant le traitement par le ranibizumab). Par la suite, l'acuité visuelle du patient doit faire l'objet d'une évaluation mensuelle. Il faut recommencer le traitement au moyen d'injections mensuelles lorsque le suivi révèle une baisse de l'acuité visuelle due à un OMD et le poursuivre jusqu'à l'atteinte d'une acuité visuelle stable pendant trois mois consécutifs durant le traitement par le ranibizumab.

Vemurafenib
(Zelboraf[™])
Comprimé pelliculés de
240mg

- Pour le traitement de première intention des patients atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique à mutation BRAF V600, ayant un indice fonctionnel ECOG ≤ 1 .
- Pour le traitement de deuxième intention des patients atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique à mutation BRAF V600, ayant un indice fonctionnel ECOG ≤ 1 et n'ayant pas reçu du - vémurafénib comme traitement de première intention.

Changements aux autorisation special déjà en place

Nouvelle indication

Rivaroxaban
(Xarelto[®])
Comprimé pelliculé de 10mg,
15mg, 20mg

Traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) sans embolie pulmonaire (EP) symptomatique.

Période d'approbation: jusqu'à six (6) mois

Remarques

- La dose de rivaroxaban recommandée pour la mise en route du traitement de la TVP est de 15 mg deux fois par jour pendant trois semaines, et de 20 mg une fois par jour par la suite.
- S'il est utilisé plutôt que l'héparine/la warfarine, le rivaroxaban est couvert par le régime d'assurance médicaments pendant au maximum six mois. Quand il est utilisé pendant plus de six mois, le rivaroxaban est plus coûteux que l'héparine/la warfarine. Par conséquent, si l'on croit que la durée du traitement sera de plus de six mois, il faut envisager utiliser l'héparine/la warfarine pour la mise en route du traitement.
- Comme l'insuffisance rénale peut accroître le risque d'hémorragie, il faut évaluer régulièrement la fonction rénale. Il faut aussi évaluer et surveiller les autres facteurs qui accroissent le risque d'hémorragie (voir la monographie de produit).

Critères révisés

Natalizumab
(Tysabri[®])
300mg/15mL flacon

Demande initiale:

Pour le traitement de la forme rémittente de la sclérose en plaques chez les patients qui satisfont à tous les critères suivants :

- Le médecin du patient est un neurologue ayant de l'expérience dans le traitement d'une sclérose en plaques rémittente; ET

Le patient

- présente actuellement un score EDSS inférieur ou égal à 5,0; ET
- n'a pas répondu à un traitement complet et approprié (voir note ci-après) comprenant au moins UN agent modificateur de la maladie OU présente des contre-indications/une intolérance à l'égard d'au moins DEUX agents modificateurs de la maladie; ET
- a présenté UN des types suivants de rechutes au cours de l'année venant de s'écouler:
 - survenue d'une rechute suivie d'un rétablissement partiel au cours de la dernière année ET présence d'au moins UNE lésion prenant le contraste au gadolinium lors de l'examen cérébral par IRM, OU augmentation significative de la charge lésionnelle en T2 comparativement au résultat d'un examen par IRM antérieur; OU

Natalizumab
(Tysabri®)
300mg/15mL flacon

- survenue de deux rechutes ou plus suivies d'un rétablissement partiel au cours de la dernière année; OU
- survenue de deux rechutes ou plus suivies d'un rétablissement complet au cours de la dernière année ET présence d'au moins

Période d'approbation : 1 an

Exigences pour demandes initiales:

- Le médecin du patient fournit de la documentation décrivant l'examen neurologique le plus récent du patient, cet examen ne devant pas remonter à plus de quatre-vingt-dix (90) jours. Il faut inclure une description de toute rechute survenue récemment, les dates et les résultats de l'examen neurologique.
- Il N'EST PAS nécessaire de joindre les rapports des examens par IRM lors de la demande initiale.

Renouvellement:

- Il faut fournir la date et les détails de l'examen neurologique le plus récent, y compris le score EDSS (l'examen ne doit pas remonter à plus de 90 jours) ET
- L'état du patient doit être stable, c'est-à-dire que le patient doit avoir présenté 1 rechute ou poussée invalidante au maximum au cours de l'année antérieure; ET
- Le score EDSS (à l'échelle étendue d'incapacité de Kurtzke) noté récemment doit être inférieur ou égal à 5,0

Remarques:

- On entend par non-réponse à un traitement complet et approprié l'essai pendant au moins six mois d'un traitement par interféron ou acétate de glatiramère, où le patient a présenté au moins une rechute (poussée) invalidante MALGRÉ ce traitement.

L'association du natalizumab à d'autres agents modificateurs de la maladie, aussi appelés traitements de fond (par exemple, Avonex, Betaseron, Copaxone, Rebif, Extavia, Gilenya) ne sera pas admissible à un remboursement.

Médicaments retirés de la liste

Calcitonin
(Miacalcin® et marques
génériques)
200IU vaporisateur nasal

À la suite d'une évaluation de sécurité et de rentabilité menée par Santé Canada, les vaporisateurs nasaux à base de calcitonine synthétique (saumon) seront retirés du marché à compter du 1^{er} octobre 2013. Par conséquent, ils seront retirés du formulaire du PMONB.
<http://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/34783a-fra.php>

Meprobamate /
Acetylsalicylic Acid /
Caffeine / Codeine
(282 MEP®) comprimés de
200mg/350mg/30mg/15mg

À la suite d'une évaluation de sécurité et de rentabilité menée par Santé Canada, 282 MEP® seront retirés du marché à compter du 28 octobre 2013. Par conséquent, ils seront retirés du formulaire du PMONB.
<http://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/35311a-fra.php>

Médicaments évalués et non inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Colesevelam hydrochloride	(<i>Lodalis™</i>)	Comprimé de 625mg
Lurasidone	(<i>Latuda™</i>)	Comprimé pelliculé de 40mg, 80mg, 120mg
Tolvaptan	(<i>Samsca®</i>)	Comprimés de 15mg, 30mg

Bulletin n° 871

Le 24 septembre 2013

Vaccin contre la grippe saisonnière payé par le gouvernement et administré par un pharmacien (2013-14)

Le Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), pour le compte du Bureau du médecin hygiéniste en chef, assurera la gestion du processus de demande de règlement pour les pharmacies communautaires qui souhaitent obtenir un remboursement pour l'administration par un pharmacien du vaccin antigrippal trivalent inactivé (VTI) financés par le gouvernement aux personnes suivantes qui satisfont aux critères d'admissibilité du programme de vaccination contre la grippe saisonnière de la Santé publique.

Groupes Admissibles au Vaccin VTI Administré par les Pharmaciens

1. Les adultes et les enfants (âgés de 5 ans ou plus) souffrant de maladie(s) chronique(s) selon les conseils pour la grippe saisonnière 2013-2014 du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et tels que noter ci-dessous:
 - maladies cardiaques ou pulmonaires (notamment dysplasie broncho-pulmonaire, fibrose kystique et asthme);
 - diabète sucré et autres maladies métaboliques;
 - cancer, troubles liés à l'immunodépression (résultant d'une maladie sous-jacente ou d'un traitement);
 - maladies rénales;
 - anémie ou hémoglobinopathie;
 - affections qui compromettent l'évacuation des sécrétions respiratoires ou qui sont associées à une augmentation du risque d'aspiration;
 - obésité morbide (IMC \geq 40); et
 - affections qui nécessitent un traitement prolongé par l'AAS (aspirine) chez les enfants et les adolescents.
2. les personnes de 65 ans et plus
3. les enfants en santé de 5 à 18 ans

Les individus admissibles devront être connus par le pharmacien en raison de la préparation régulière d'ordonnances pour des médicaments qui traitent leur maladie et pour qui un profil pharmaceutique à jour est disponible.

Pour plus d'informations, veuillez consulter les sites suivants :

- Le guide d'immunisation du Nouveau Brunswick : www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels_sante/maladie.html
- L'agence de la santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php
- Immunisation Canada : www.immunize.ca/fr/default.aspx

Demandes de Règlement

Les demandes de règlement doivent être soumises en vertu le régime "I" du PMONB. Un profil du patient doit être établi, comme pour tout autre patient, et doit inclure le nom, l'adresse, le numéro d'assurance-maladie du N.-B., la date de naissance et le sexe de la personne qui a reçu le vaccin, ainsi que la date d'administration du vaccin, le nom et le numéro de lot de ce dernier. Les procédures et les renseignements suivants sont requis aux fins de facturation.

Champ	Renseignements Requis
Numéro d'identification du patient	Le numéro d'assurance-maladie du N.-B. du patient. Note : cette directive s'applique aussi aux bénéficiaires du PMONB. Pour les cas où la personne est éligible mais habite à l'extérieur de la province entrez "999 999 999" au lieu du numéro d'assurance-maladie
Régime	"I" Note: cette directive s'applique aussi aux bénéficiaires du PMONB
Numéro d'identification du prescripteur	Numéro d'immatriculation de l'Ordre des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick pour le pharmacien ayant administré le vaccin
Code de référence du numéro d'identification du prescripteur	46
Médicament	Fluviral® 5 mL fioles à doses multiples DIN: 02015986 Agriflu® 0,5 mL seringue préremplie DIN: 02346850
Coût du médicament	Zéro
Frais d'ordonnance	12,00 \$
Code d'intervention ou d'exception	Le code de l'APC "IB" pour les personnes qui souffrent d'au moins une des maladies chroniques énumérées dans le tableau ci-dessus

Note : En vertu de la section 14 des règlements 2009-136 de la *Loi sur la santé publique*, les professionnels qui administrent un vaccin doivent fournir un carnet de vaccination à la personne qui reçoit le vaccin. Un reçu d'ordonnance informatisé peut satisfaire cette exigence.

Commande de Vaccin

Le formulaire exigé pour les commandes de vaccins antigrippaux doit être complété et soumis au Dépôt central de sérum par télécopieur au (506) 648-6477. Voir le site suivant pour le formulaire : <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/ProfessionnelsEnSantePublique/416-FormulaireDeCommandeDeVaccinsPourLesBureauxDeLaSantePublique.pdf>.

Pour questions sur les commandes, communiquer avec le Dépôt central de sérum au (506) 648-6474.

Note: Les pharmacies doivent s'assurer de disposer de capacités et de conditions d'entreposage adéquates avant de passer toute commande. Il est encouragé de commander moins de vaccins à la fois, mais d'en commander plus fréquemment.

Bulletin n° 872

Le 25 septembre 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Candesartan Cilexetil Candésartan cilexétil							
Tab	Orl	4mg	Ran-Candesartan	2380684	RAN	AEFGVW	0.1700
Co.							
		8mg	Ran-Candesartan	2380692	RAN	AEFGVW	0.2932
		16mg	Ran-Candesartan	2380706	RAN	AEFGVW	0.2932
		32mg	Ran-Candesartan	2380714	RAN	AEFGVW	0.2995
Fentanyl							
Pth	Trd	12mcg	Co-Fentanyl	2386844	COB	W & Spec. Auth.	2.2300
Pth							
Lansoprazole							
SRC	Orl	15mg	Ran-Lansoprazole	2402610	RAN	Spec. Auth.	0.5000
Caps.L.L.							
		30mg	Ran-Lansoprazole	2402629	RAN	Spec. Auth.	0.5000
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol Lévonorgestrel/éthinyli estradiol							
Tab	Orl	0.1mg/0.02mg	Lutera 21	2401185	COB	EFGV	0.4636
Co.			Lutera 28	2401207	COB		0.3477
		0.15mg/0.03mg	Ovima 21	2387085	APX	EFGV	0.5075
			Ovima 28	2387093	APX		0.3806
Mirtazapine							
Tab	Orl	15mg	Mylan-Mirtazapine	2256096	MYL	AEFGVW	0.0975
Co.							
Montelukast Sodium Montelukast sodique							
Tab	Orl	4mg	Mar-Montelukast	2399865	MAR	Spec. Auth.	0.3646
Co.C.			Ran-Montelukast	2402793	RAN		
		5mg	Mar-Montelukast	2399873	MAR	Spec. Auth.	0.5565
			Ran-Montelukast	2402807	RAN		
Tab	Orl	10mg	Mar-Montelukast	2399997	MAR	Spec. Auth.	0.8195
Co.							
Nitroglycerin Nitroglycérine							
Aem	Slg	0.4mg	Apo-Nitroglycerin	2393433	APX	AEFGVW	0.0423
Aém							
Pregabalin							
Cap	Orl	25mg	Apo-Pregabalin	2394235	APX	W & Spec. Auth.	0.2058
Caps			GD-Pregabalin	2360136	GMD		

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Pregabalin							
Cap	Orl	50mg	Apo-Pregabalin	2394243	APX	W & Spec. Auth.	0.3228
Caps			GD-Pregabalin	2360144	GMD		
		75mg	Apo-Pregabalin	2394251	APX	W & Spec. Auth.	0.4176
			GD-Pregabalin	2360152	GMD		
		150mg	Apo-Pregabalin	2394278	APX	W & Spec. Auth.	0.5757
			GD-Pregabalin	2360179	GMD		
		225mg	Apo-Pregabalin	2394286	APX	W & Spec. Auth.	0.5757
			GD-Pregabalin	2360195	GMD		
			pms-Pregabalin	2398079	PMS		
			Ran-Pregabalin	2392852	RAN		
		300mg	Apo-Pregabalin	2394294	APX	W & Spec. Auth.	0.5757
			GD-Pregabalin	2360209	GMD		
Quetiapine Fumarate Quétiapine (fumarate de)							
Tab	Orl	25mg	Ran-Quetiapine	2397099	RAN	AEFGVW	0.1235
Co.		100mg	Ran-Quetiapine	2397102	RAN	AEFGVW	0.3295
		200mg	Ran-Quetiapine	2397110	RAN	AEFGVW	0.6618
		300mg	Ran-Quetiapine	2397129	RAN	AEFGVW	0.9656
ERT	Orl	50mg	Sandoz Quetiapine XR	2407671	SDZ	AEFGVW	0.4938
Co.L.P.		150mg	Sandoz Quetiapine XR	2407698	SDZ	AEFGVW	0.9725
		200mg	Sandoz Quetiapine XR	2407701	SDZ	AEFGVW	1.3150
		300mg	Sandoz Quetiapine XR	2407728	SDZ	AEFGVW	1.9300
		400mg	Sandoz Quetiapine XR	2407736	SDZ	AEFGVW	2.6200

Bulletin n° 873

Le 31 octobre 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 31 octobre 2013.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 28 novembre 2013. Avant le 28 novembre 2013, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alendronate Sodium Alendronate sodique					
Tab Orl 10mg Co.	Mint-Alendronate	2394863	MNT	W & Spec. Auth.	0.4987
	Mint-Alendronate	2394871	MNT	W & Spec. Auth.	2.5144
Almotriptan Malate Almotriptan (malate de)					
Tab Orl 6.25mg Co.	Axert Mylan-Almotriptan	2248128 2398435	JNJ MYL	Spec. Auth.	13.0433 7.0434
	Axert Mylan-Almotriptan Sandoz Almotriptan	2248129 2398443 2405334	JNJ MYL SDZ	Spec. Auth.	13.0433 7.0434
Amlodipine Besylate Bésylate d'amlodipine					
Tab Orl 2.5mg Co.	Ran-Amlodipine	2398877	RAN	AEFVW	0.1380
Capecitabine Capécitabine					
Tab Orl 150mg Co.	Xeloda Teva-Capecitabine	2238453 2400022	HLR TEV	Spec. Auth.	1.8300 1.3725
	Xeloda Teva-Capecitabine	2238454 2400030	HLR TEV	Spec. Auth.	6.1000 4.5750
Efavirenz Éfavirenz					
Tab Orl 600mg Co.	Sustiva Mylan-Efavirenz Teva-Efavirenz	2246045 2381524 2389762	BRI MYL TEV	U	15.2123 8.4984 8.4984
Levetiracetam Lévétiracétam					
Tab Orl 250mg Co.	Ran-Levetiracetam	2396106	RAN	Spec. Auth.	0.8000
	Ran-Levetiracetam	2396114	RAN	Spec. Auth.	0.9750
	Ran-Levetiracetam	2396122	RAN	Spec. Auth.	1.3500
Losartan Potassium Losartan Potassique					
Tab Orl 25mg Co.	Ran-Losartan	2404451	RAN	AEFGVW	0.3148
	Ran-Losartan	2404478	RAN	AEFGVW	0.3148
	Ran-Losartan	2404486	RAN	AEFGVW	0.3148

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Olanzapine					
Tab Orl 2.5mg	Ran-Olanzapine	2403064	RAN	W & Spec. Auth.	0.4493
Co.					
5mg	Ran-Olanzapine	2403072	RAN	W & Spec. Auth.	0.8986
7.5mg	Ran-Olanzapine	2403080	RAN	W & Spec. Auth.	1.3479
10mg	Ran-Olanzapine	2403099	RAN	W & Spec. Auth.	1.7972
15mg	Ran-Olanzapine	2403102	RAN	W & Spec. Auth.	2.6958
Omeprazole					
Oméprazole					
SRC Orl 20mg	Ran-Omeprazole	2403617	RAN	ABEFGVW	0.4117
Caps.L.L.					
Ondansetron Hydrochloride					
Ondansétron (chlorhydrate d')					
ODT Orl 4mg	Zofran ODT	2239372	GSK	Spec. Auth.	13.0890
Co.D.O.	Ondissolve	2389983	TAK		3.2720
8mg	Zofran ODT	2239373	GSK	Spec. Auth.	19.9720
	Ondissolve	2389991	TAK		4.9930
Pregabalin					
Cap Orl 25mg	Pregabalin	2405539	SAS	W & Spec. Auth.	0.2058
Caps					
50mg	Pregabalin	2405547	SAS	W & Spec. Auth.	0.3228
75mg	Pregabalin	2405555	SAS	W & Spec. Auth.	0.4176
150mg	Pregabalin	2405563	SAS	W & Spec. Auth.	0.5757
300mg	Pregabalin	2405598	SAS	W & Spec. Auth.	0.5757
Quinapril/Hydrochlorothiazide					
Tab Orl 10mg/12.5mg	Accuretic	2237367	PFI	AEFGVW	0.9111
Co.	Apo-Quinapril/HCTZ	2408767	APX		0.6865
20mg/12.5mg	Accuretic	2237368	PFI	AEFGVW	0.9111
	Apo-Quinapril/HCTZ	2408775	APX		0.6865
20mg/25mg	Accuretic	2237369	PFI	AEFGVW	0.8682
	Apo-Quinapril/HCTZ	2408783	APX		0.6512

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Rabeprazole Sodium Rabéprazole sodique ECT Orl Co.Ent.					
10mg	Mylan-Rabeprazole	2408392	MYL	ABEFGVW	0.1204
20mg	Mylan-Rabeprazole	2408406	MYL	ABEFGVW	0.2408
Rizatriptan Benzoate Rizatriptan (benzoate de) ODT Orl Co.D.O.					
5mg	Apo-Rizatriptan RPD	2393484	APX	Spec. Auth.	4.0014
10mg	Apo-Rizatriptan RPD	2393492	APX	Spec. Auth.	4.0014
Rosuvastatin Calcium Rosuvastatin calcique Tab Orl Co.					
5mg	Rosuvastatin	2405628	SAS	AEFVW	0.3225
10mg	Rosuvastatin	2405636	SAS	AEFVW	0.3400
20mg	Rosuvastatin	2405644	SAS	AEFVW	0.4250
40mg	Rosuvastatin	2405652	SAS	AEFVW	0.4975
Tamsulosin Hydrochloride Tamsulosine (chlorhydrate de) ERT Orl Co.L.P.					
0.4mg	Teva-Tamsulosin CR	2368242	TEV	AEFVW	0.1500
Topiramate Tab Orl Co.					
25mg	Ran-Topiramate	2396076	RAN	Spec. Auth.	0.3128
100mg	Ran-Topiramate	2396084	RAN	Spec. Auth.	0.5929
200mg	Ran-Topiramate	2396092	RAN	Spec. Auth.	0.8854
Valacyclovir Tab Orl Co.					
500mg	Auro-Valacyclovir	2405040	ARO	AEFGVW	0.8481

Bulletin n° 874

Le 8 novembre 2013

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 8 novembre 2013.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Ajouts Relatifs aux Services Assurés Habituels

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes
Olopatadine hydrochloride Liq Oph 0.2%	Pataday	02362171	ALC	AEFGVW

Ajouts Relatifs aux Autorisations Spéciales

Malate de sunitinib
(*Sutent*[®])
Capsules de 12,5 mg, 25 mg
et 50 mg

Pour le traitement des patients atteints de tumeurs neuroendocrines pancréatiques évolutives, non résécables, bien ou modérément différenciées et à un stade avancé ou métastatique avec un bon indice de performance (ECOG 0-2), jusqu'à la progression de la maladie.

Crizotinib
(*Xalkori*[®])
Capsules de 200 mg et 250 mg

Traitement de deuxième intention pour les patients souffrant d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) avancé anaplastic lymphoma kinase (ALK) -positif avec un indice de performance ECOG ≤2.

Médicaments évalués et non inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Estrone	(Estragyn [™])	0.1% de crème vaginale
Anetholetrithione	(Sialor [®])	Comprimé de 25mg

Bulletin n° 875

Le 13 novembre 2013

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Politique relative aux provisions en prévision d'un voyage

Les bénéficiaires du PMONB qui quittent la province pour plus de 100 jours peuvent faire l'achat d'une provision de médicaments avant de partir en voyage, pourvu que l'ordonnance le permette. Après leur retour dans la province, ils peuvent soumettre le reçu pour le remboursement des médicaments couverts par le PMONB. Le montant remboursé ne sera pas supérieur aux tarifs réglementés pour les médicaments, les frais d'exécution d'ordonnance de la pharmacie et la marge commerciale en vigueur à la date inscrite sur le reçu.

À compter du 13 novembre 2013, les personnes âgées qui sont des bénéficiaires du PMONB (Plan A), et qui quittent la province pour plus de 100 jours, pourront être admissibles à une provision de médicaments pour leur voyage et les demandes de règlement pourront être soumises en ligne par la pharmacie avant que les bénéficiaires ne quittent la province.

Veillez-vous reporter à la section « Politique relative aux provisions en prévision d'un voyage » sur la page Web www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp pour connaître les détails de la politique, notamment les documents requis et le processus de soumission des demandes de règlement.

Rappel : les pharmacies ne peuvent pas facturer aux bénéficiaires du PMONB un montant supérieur au montant maximum du remboursement payé par le PMONB, même si les bénéficiaires doivent déboursier de l'argent pour leur ordonnance.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'envoi par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse : <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

Bulletin 876

Le 15 novembre 2013

Antiviraux assurés pour les bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée

Renseignements à l'intention des pharmacies offrant des services aux foyers de soins infirmiers agréés

L'oseltamivir (Tamiflu®) et le zanamivir (Relenza®) sont offerts à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale aux bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée (comprend les foyers de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux). Santé publique a élaboré le protocole suivant aux fins de traitement des patients infectés et de la prophylaxie pendant l'épidémie de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- Dans le cas d'une épidémie d'infections respiratoires dans un établissement de soins de longue durée, le médecin traitant ou le conseiller médical/médecin résident de l'établissement s'entretiendra avec le médecin-hygiéniste régional afin de déterminer si la cause de l'épidémie est, ou est susceptible d'être, la grippe.
- Si la cause de l'épidémie est déterminée comme étant la grippe ou susceptible de l'être, le médecin-hygiéniste fera des recommandations générales par rapport à l'administration du médicament antigrippal dans l'établissement. La responsabilité des décisions concernant le traitement individuel des résidents pendant l'épidémie incombe toujours au médecin traitant. Voici le processus de couverture :
 - L'oseltamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V seulement et nécessitant une autorisation spéciale.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B.
 - Le Zanamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V seulement.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B dans les cas soupçonnés de résistance à l'oseltamivir ou l'oseltamivir est contre-indiqué.
- Il est important de commencer le traitement antiviral durant les 24 à 48 heures qui suivent le début des symptômes. Les médicaments antiviraux risquent de ne pas être efficaces si les résidents ont été malades pendant plus de 48 heures.
- Lien menant à des renseignements sur les antiviraux : <http://www.ammi.ca/guidelines>

Processus de couverture de l'oseltamivir

Approbation d'une autorisation spéciale du PMONB :

Si le médecin-hygiéniste recommande le traitement antigrippal, le conseiller médical, le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou tout employé désigné par l'établissement avisera le PMONB du début du traitement à l'oseltamivir dans cet établissement en communiquant avec le service de renseignements du PMONB au 1-800-332-3691.

Après les heures de bureau, laissez un message contenant les renseignements suivants :

- la date du message;
- le nom et l'adresse de l'établissement de soins de longue durée;
- le nom de la pharmacie qui prépare les ordonnances afférentes à des antiviraux;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le responsable du PMONB devait préciser certains détails.

Il faut communiquer avec le pharmacien de l'établissement de soins de longue durée au même moment que le PMONB pour donner le temps de réserver et de distribuer la quantité requise d'antiviraux.

Païement en ligne des demandes de règlement relatives aux antiviraux nécessitant une autorisation spéciale :

Lorsque le PMONB aura été informé par l'établissement de soins de longue durée qu'un traitement par l'oseltamivir a été commandé pour ses résidents, des responsables du programme procéderont à l'approbation d'une autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résidents de foyers de soins infirmiers) dans l'établissement. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale concernant l'oseltamivir aura été activée. La pharmacie pourra alors facturer les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents recevant des soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être accordée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB si elle compte des résidents recevant des soins de relève.

Critères d'autorisation spéciale

Oseltamivir
(*Tamiflu*®)
Capsules de 75 mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation générale d'un médecin-hygiéniste sur le traitement antigrippal :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères d'une maladie analogue à la grippe et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de type A et B dans l'établissement ou la collectivité environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A ou B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée enrayée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier

Critères d'autorisation spéciale (suite)

Oseltamivir
(*Tamiflu*®)
Capsules de 75
mg

cas au sein de l'établissement.

* Selon les critères susmentionnés, *un établissement de soins de longue durée* désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

Zanamivir
(*Relenza*®)
Alvéole de 5 mg pour
inhalation

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée qui répondent aux mêmes critères de traitement, ou aux mêmes critères de prophylaxie que pour l'oseltamivir, *et*

- pour lesquels une résistance à l'oseltamivir est soupçonnée ou confirmée, *ou*
 - pour lesquels l'oseltamivir est contre-indiqué.
-

Bulletin n° 877

Le 28 novembre 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 28 novembre 2013.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 26 décembre 2013. Avant le 26 décembre 2013, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

**NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Pioglitazone Hydrochloride Pioglitazone (chlorhydrate de) Tab Orl 15mg Co.	Jamp-Pioglitazone	2397307	JPC	Spec. Auth.	0.5809
Rivastigmine Cap Orl 1.5mg Caps	Mint-Rivastigmine	2406985	MNT	Spec. Auth.	0.6515
	Mint-Rivastigmine	2406993	MNT	Spec. Auth.	0.6515
	Mint-Rivastigmine	2407000	MNT	Spec. Auth.	0.6515
	Mint-Rivastigmine	2407019	MNT	Spec. Auth.	0.6515
Rosuvastatin Rosuvastatine Tab Orl 5mg Co.	Mint-Rosuvastatin	2397781	MNT	AEFGVW	0.3225
	Mint-Rosuvastatin	2397803	MNT	AEFGVW	0.3400
	Mint-Rosuvastatin	2397811	MNT	AEFGVW	0.4250
	Mint-Rosuvastatin	2397838	MNT	AEFGVW	0.4975
Tetrabenazine Tétrabenazine Tab Orl 25mg Co.	Apo-Tetrabenazine	2407590	APX	AEFGVW	3.3746
Topiramate Tab Orl 25mg Co.	Topiramate	2395738	AHI	Spec. Auth.	0.3128
	Topiramate	2395746	AHI	Spec. Auth.	0.5929
	Topiramate	2395754	AHI	Spec. Auth.	0.8854

Bulletin n° 878

Le 19 décembre 2013

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 19 décembre 2013.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Changements aux avantages nécessitant une autorisation spéciale déjà en place**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Ajouts Relatifs aux Services Assurés Habituels

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes
Somatropin Liq SC	Nutropin AQ® NuSpin®	02376393	HLR	T

Ajouts Relatifs aux Autorisations Spéciales

Enzalutamide
(*Xtandi*®)
Comprimé de 40mg

Pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration qui a progressé pendant une chimiothérapie à base de docétaxel chez des hommes ayant un indice fonctionnel ECOG ≤ 2, en l'absence de facteurs de risque de convulsions, traitement qui dans le contexte post-docétaxel s'avérerait une solution de rechange et non pas un appoint à l'abiratérone.

Epoprostenol Sodium
(*Caripul*®)
0.5mg, 1.5mg /flacon

1. Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire idiopathique de classe III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chez les patients qui ne démontrent pas de vasoréactivité à l'examen ou qui démontrent une vasoréactivité à l'examen, mais qui ont essayé et échoué un traitement aux inhibiteurs calciques, ou qui sont intolérants à ce dernier.
2. Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe III ou IV de l'OMS associée à de la sclérodémie chez les patients qui ne répondent pas adéquatement au traitement conventionnel.

Glycopyrronium bromide
(*Seebri*® *Breezhaler*)
Gélule de 50 mcg pour inhalation

- Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au bromure de glycopyrronium OU aux bêta2-adrenergiques agonistes à longue durée d'action (BALA) si les symptômes persistent après de deux à trois mois de thérapie aux bronchodilatateurs à courte durée d'action (p. ex., salbutamol jusqu'à concurrence de huit inhalations par jour ou ipratropium jusqu'à concurrence de 12 inhalations par jour).
- La protection peut être offerte sans essai d'un agent à courte durée d'action si la spirométrie a démontré qu'il y a une obstruction modérée à grave des voies aériennes (VEMS1 < 60 % et rapport VEMS1/CVF < 0,7) et présence de symptômes importants, (c.-à-d. un CRM de 3 à 5**).
- Une polythérapie au bromure de glycopyrronium ET aux bêta2-adrenergiques agonistes à longue durée d'action/corticostéroïdes inhalés (BALA/CSI) sera considérée seulement :
 - si la spirométrie a démontré qu'il y a une obstruction modérée à grave des voies aériennes (VEMS1 < 60% et rapport VEMS1/CVF < 0,7) et présence de symptômes importants, (c.-à-d. un CRM de 3 à 5**) ET
 - s'il y a, en moyenne, une ou plusieurs exacerbations modérées à graves de la maladie par année, pour deux années consécutives, nécessitant des antibiotiques ou des corticostéroïdes systémiques (oraux ou intraveineux).

Glycopyrronium bromide
(Seebri[®] Breezhaler)
Gélule de 50 mcg pour
inhalation
(suite)

REMARQUE : s'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres preuves relativement à la gravité de la maladie doivent être fournies pour examen (p. ex., échelle CRM). Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés.

**Échelle de dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM)

Stade de la MPOC	Symptômes
MODÉRÉ – CRM 3 - 4	Patient qui manque de souffle en raison de la MPOC, ce qui l'oblige à s'arrêter pour reprendre son souffle après avoir marché environ 100 m (ou après quelques minutes) sur une surface plane.
GRAVE – CRM 5	Patient qui manque de souffle en raison de la MPOC, ce qui l'empêche de quitter la maison, ou qui s'essouffle lorsqu'il s'habille ou se déshabille, ou présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite.

Methadone HCl
(Methadose[™])
10mg/mL, sans colorant,
sans sucre, concentrés
oraux sans saveur

Les demandes de médecins du Nouveau-Brunswick autorisés à prescrire de la méthadone seront examinées.

1. Indiqué pour le traitement de la dépendance aux opiacés.

Toutes les demandes doivent respecter les exigences précisées dans les politiques de remboursement du PMONB concernant la méthadone.

Demandes de règlement en pharmacie:

Les demandes présentées par les pharmacies doivent être facturées à l'aide DIN 02394618 et sont soumis à un PAM.

Prasugrel hydrochloride
(Effient[®])
Comprimé de 10mg

En association avec l'AAS, chez les patients :

- présentant un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI) pris en charge par une intervention coronarienne percutanée (ICP) primaire qui n'ont pas reçu de traitement antiplaquettaire avant leur arrivée au laboratoire de cathétérisme. Le traitement doit être instauré à l'hôpital.

OU

- atteints d'un syndrome coronarien aigu dont le traitement optimal par le clopidogrel et l'AAS s'est traduit par un échec, c'est-à-dire par la thrombose certaine de l'endoprothèse¹, ou encore par la récurrence du STEMI, du NSTEMI ou de l'angine instable, et ce, après avoir subi une revascularisation par une ICP.

Remarques :

1. Selon l'Academic Research Consortium, la thrombose certaine de l'endoprothèse est une occlusion totale ou un thrombus visible dans l'endoprothèse ou à moins de 5 mm de celle-ci, en présence d'un syndrome ischémique aigu en l'espace de 48 heures. Une thrombose certaine de l'endoprothèse doit être confirmée par une angiographie ou par des signes pathologiques de thrombose aiguë.

Prasugrel hydrochloride
(*Effient*[®])
Comprimé de 10mg
(suite)

2. Comme l'indique la monographie, le prasugrel est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents connus d'accident ischémique transitoire ou d'accident vasculaire cérébral, chez les patients présentant un saignement pathologique actif, tel un saignement gastro-intestinal ou une hémorragie intracrânienne, et chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique grave (classe C de Child-Pugh).
3. Comme l'indique la monographie, le prasugrel n'est pas recommandé chez les patients de 75 ans et plus en raison du risque accru de saignements mortels et intracrâniens ou chez les patients dont le poids corporel est inférieur à 60 kg en raison du risque accru de saignements majeurs attribuables à une exposition accrue au métabolite actif du prasugrel.

Période d'approbation : jusqu'à 12 mois

Les ordonnances rédigées par les cardiologues spécialisés en interventions effractives (cardiologues interventionnels) ne nécessitent pas d'autorisation spéciale.

Ruxolitinib
(*Jakavi*[®])
Comprimés de 5mg, 15mg,

Indiqué chez les patients atteints de myélofibrose (MF) symptomatique à risque intermédiaire ou élevé, comme évalué par l'Index dynamique pronostique international (DIPSS) Plus ou chez les patients atteints de splénomégalie symptomatique. Les patients doivent présenter un indice de performance ECOG \leq 3 points et ne pas avoir été traités antérieurement ou, si traités, avoir été réfractaires à ces traitements.

Elvitegravir/Cobicistat/
Emtricitabine/Tenofovir
disoproxil fumarate
(*Stribild*[™])
Comprimé de
150mg/150mg/200mg/300mg

Indiqué comme traitement complet pour les patients infectés par le VIH-1 pour qui l'éfavirenz n'est pas indiqué.

Changements aux autorisation special déjà en place

Nouvelle puissance

Darunavir
(*Prezista*[®])
Comprimé de 800mg

- Indiqué pour le traitement du VIH chez des patients adultes (bénéficiaires du plan U) ayant déjà reçu un traitement, chez qui le traitement par de multiples inhibiteurs de protéase ont échoué et pour qui des inhibiteurs de protéase moins chers ne constituent pas une option de traitement.
- Fait partie d'un schéma thérapeutique du VIH chez les patients n'ayant jamais reçu de traitement (bénéficiaires du régime U) et chez qui le traitement par inhibiteur de protéase est indiqué.
- Fait partie d'un schéma thérapeutique du VIH chez les enfants ayant déjà reçu un traitement (bénéficiaires du régime U).

Nouvelle puissance

IncobotulinumtoxinA
(*Xeomin*[®])
50 LD₅₀ units/ flacon

- Pour le traitement du blépharospasme chez les patients de 18 ans et plus.
- Pour le traitement de la dystonie cervicale (torticollis spasmodique) chez les patients de 18 ans et plus.

Critères révisés

Everolimus
(*Afinitor*[®])
Comprimés de 2.5mg, 5mg,
10mg

Indiqué dans le traitement du néphrocarcinome métastatique à cellules claires chez des patients ayant déjà reçu un traitement remboursé par un inhibiteur de la tyrosine kinase.

Posologie : 10 mg/jour

Nouvelle indication

Everolimus
(*Afinitor*[®])
Comprimés de 2.5mg, 5mg,
10mg

1. Indiqué chez les femmes ménopausées dans le traitement du cancer du sein avancé avec récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif présentant un indice de performance ECOG ≤ 2 points à la suite d'une récidive ou d'une progression de la maladie après un traitement par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien (IANS), dans le cas où l'oncologue traitant envisagerait le recours à l'exémestane.

Posologie : 10 mg/jour

2. Indiqué dans le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques (TNEP) bien ou modérément différenciées, non résécables, localement avancées ou métastatiques présentant un bon indice de performance ECOG (0-2), jusqu'à la progression de la maladie.

Posologie : 10 mg/jour

Médicaments évalués et non inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Eculizumab - pour le traitement du syndrome hémolytique et urémique atypique (SHU atypique)

Soliris[®]

10mg/mL flacon

Levofloxacin

Levaquin[®]

Comprimé de 750mg

Methadone HCl

Methadose[™]

10mg/mL concentrés orales cerise

Bulletin n° 879

Le 20 décembre 2013

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alendronate Sodium Alendronate sodique					
Tab Orl Co.	10mg	Auro-Alendronate	2388545	ARO	W & Spec. Auth 0.4987
	70mg	Auro-Alendronate	2388553	ARO	W & Spec. Auth 2.5144
Amlodipine/Atorvastatin Amlodipine/Atorvastatine					
Tab Orl Co.	5mg/10mg	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	2411253	APX	Spec. Auth 0.5802
	5mg/20mg	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	2411261	APX	Spec. Auth 0.6842
	5mg/40mg	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	2411288	APX	Spec. Auth 0.7232
	5mg/80mg	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	2411296	APX	Spec. Auth 0.7232
	10mg/10mg	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	2411318	APX	Spec. Auth 0.6125
	10mg/20mg	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	2411326	APX	Spec. Auth 0.7636
	10mg/40mg	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	2411334	APX	Spec. Auth 0.8000
	10mg/80mg	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	2411342	APX	Spec. Auth 0.8000
Candesartan Cilexetil/Hydrochlorothiazide Candésartan cilexétil/Hydrochlorothiazide					
Tab Orl Co.	16mg/12.5mg	Teva-Candesartan/HCTZ	2395541	TEV	AFIGVW 0.2995
	32mg/12.5mg	Teva-Candesartan/HCTZ	2395568	TEV	AFIGVW 0.5990
Clopidogrel Bisulfate Clopidogrel (Bisulfate de)					
Tab Orl Co.	75mg	Mint-Clopidogrel	2408910	MNT	W & Spec. Auth 0.6576
Domperidone Maleate Dompéridone (maléate de)					
Tab Orl Co.	10mg	Mar-Domperidone	2403870	MAR	AFIGVW 0.0594
Gabapentin Gabapentine					
Cap Orl Caps	100mg	Mar-Gabapentin	2391473	MAR	AFIGVW 0.1040
	300mg	Mar-Gabapentin	2391481	MAR	AFIGVW 0.2530
	400mg	Mar-Gabapentin	2391503	MAR	AFIGVW 0.3015

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Irbesartan							
Tab	Orl	75mg	Auro-Irbesartan	2406098	ARO	AEFGVW	0.3073
Co.			Ran-Irbesartan	2406810	RAN		
		150mg	Auro-Irbesartan	2406101	ARO	AEFGVW	0.3073
			Ran-Irbesartan	2406829	RAN		
		300mg	Auro-Irbesartan	2406128	ARO	AEFGVW	0.3073
			Ran-Irbesartan	2406837	RAN		
Piperacillin/Tazobactam							
Pipéracilline/Tazobactam							
Pws	Inj	3g/0.375g per vial	Piperacillin/Tazobactam	2370166	TEV	W	14.4180
Pds.		4g/0.5g per vial	Piperacillin/Tazobactam	2370174	TEV	W	12.1100
Quetiapine Fumarate							
Quétiapine (fumarate de)							
Tab	Orl	25mg	Mar-Quetiapine	2399822	MAR	AEFGVW	0.1235
Co.		100mg	Mar-Quetiapine	2399830	MAR	AEFGVW	0.3295
		200mg	Mar-Quetiapine	2399849	MAR	AEFGVW	0.6618
		300mg	Mar-Quetiapine	2399857	MAR	AEFGVW	0.9656
Sertraline Hydrochloride							
Sertraline (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	25mg	Mar-Sertraline	2399415	MAR	AEFGVW	0.2004
Caps			Mint-Sertraline	2402378	MNT		
		50mg	Mar-Sertraline	2399423	MAR	AEFGVW	0.4008
			Mint-Sertraline	2402394	MNT		
		100mg	Mar-Sertraline	2399431	MAR	AEFGVW	0.4200
			Mint-Sertraline	2402408	MNT		

Bulletin n° 880

Le 28 janvier 2014

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 28 janvier 2014.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 25 février 2014. Avant le 25 février 2014, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alendronate Sodium/Cholecalciferol Alendronate sodique/Cholécalciférol							
Tab	Orl	70mg/5600IU	Fosavance	2314940	FRS	W & Spec. Auth.	4.6625
Co.			Teva-Alendronate/Cholecalciferol	2403641	TEV		2.7975
Almotriptan Malate Almotriptan (malate de)							
Tab	Orl	6.25mg	Apo-Almotriptan	2405792	APX	Spec. Auth	7.0434
Co.		12.5mg	Apo-Almotriptan	2405806	APX	Spec. Auth	7.0434
Azithromycin Azithromycine							
Pws.	Orl	100mg/5mL	GD-Azithromycin	2274566	GMD	ABEFGVW	0.3953
Pds.		200mg/5mL	GD-Azithromycin	2274574	GMD	ABEFGVW	0.5604
Donepezil Hydrochloride Donépézil (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	5mg	Aricept	2232043	PFI	Spec. Auth	4.7225
Co.			Apo-Donepezil	2362260	APX		
			Auro-Donepezil	2400561	ARO		
			Co-Donepezil	2397595	COB		
			Jamp-Donepezil	2404419	JPC		
			Mar-Donepezil	2402092	MAR		
			Mylan-Donepezil	2359472	MYL		
			pms-Donepezil	2322331	PMS		
			Ran-Donepezil	2381508	RAN		
			Sandoz Donepezil	2328666	SDZ		
			Teva-Donepezil	2340607	TEV		
		10mg	Aricept	2232044	PFI	Spec. Auth	4.7225
			Apo-Donepezil	2362279	APX		
			Auro-Donepezil	2400588	ARO		
			Co-Donepezil	2397609	COB		
			Jamp-Donepezil	2404427	JPC		
			Mar-Donepezil	2402106	MAR		
			Mylan-Donepezil	2359480	MYL		
			pms-Donepezil	2322358	PMS		
			Ran-Donepezil	2381516	RAN		
			Sandoz Donepezil	2328682	SDZ		
			Teva-Donepezil	2340615	TEV		
Gabapentin Gabapentine							
Tab	Orl	600mg	Jamp-Gabapentin	2402289	JPC	AEFGVW	0.4522
Co.		800mg	Jamp-Gabapentin	2402297	JPC	AEFGVW	0.6030
Levonorgestrel Lévonorgestrel							
Tab	Orl	0.75mg	Plan B	2241674	PAL	EFG	8.6000
Co.			Next Choice	2364905	COB		6.4500

**NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Rosuvastatin Calcium Rosuvastatin calcique Tab Orl Co.	5mg Jamp-Rosuvastatin	2391252	JPC	AEFGVW	0.3225
Tacrolimus Cap Orl Caps	1mg Prograf Sandoz Tacrolimus	2175991 2416824	ASL SDZ	R	2.5200 1.8900
	5mg Prograf Sandoz Tacrolimus	2175983 2416832	ASL SDZ	R	12.6200 9.4650
Theophylline Théophylline SRT Orl Co. L. L.	400mg Uniphyl Theo ER	2014165 2360101	PFR AAP	ABEFGVW	0.5030 0.3735
	600mg Uniphyl Theo ER	2014181 2360128	PFR AAP	ABEFGVW	0.6090 0.4524

Bulletin n° 881

Le 10 février 2014

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 10 février 2014.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Médicaments qui ne requièrent plus d'autorisation spéciale**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Changements aux avantages nécessitant une autorisation spéciale déjà en place**
- **Médicaments évalués et non inscrits**
- **Demandes de remboursement visant le pegfilgrastim (Neulasta®)**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Ajouts Relatifs aux Services Assurés Habituels

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes
5-Aminosalicylic Acid ERT Orl 1g	Pentasa®	02399466	FEI	AEFGWW

Médicaments qui ne Requièrent Plus D'autorisation Spéciale

Clozapine Tab Orl 25mg	Clozaril®	00894737	NVR	AEFGWW	
	Apo-Clozapine	02248034	APX		
	Gen-Clozapine	02247243	MYL		
	50mg	Gen-Clozapine	02305003	MYL	AEFGWW
		Clozaril®	00894745	NVR	AEFGWW
			Apo-Clozapine	02247244	
Gen-Clozapine	02248035	MYL			
200mg	Gen-Clozapine	02305011	MYL	AEFGWW	
	Darunavir Tab Orl 75mg	Prezista®	02338432	JAN	U
		Prezista®	02369753		
		Prezista®	02324016		
		Prezista®	02324024		
Prezista®		02393050			
Bicalutamide* Tab Orl 50mg	Casodex® & générique			AEFVW	
Cyproterone* Tab Orl 50mg	Androcur® & générique			AEFVW	
Flutamide* Tab Orl 250mg	Euflex® & générique			AEFVW	
Nilutamide* Tab Orl 50mg	Anandron®			AEFVW	

*L'autorisation spéciale n'est plus requise après deux ans

Ajouts Relatifs aux Autorisations Spéciales

Fosfomycin
(Monurol®)
Sachet de 3 g

Pour le traitement des infections urinaires non compliquées chez les patientes adultes lorsque :

- Le microorganisme infectieux résiste aux autres agents oraux; ou
- Les autres traitements moins coûteux ne sont pas tolérés.

Remarque : L'usage de la fosfomycine n'est pas indiqué pour le traitement de la pyélonéphrite ou d'un phlegmon périnéphrétique.

Changements aux autorisation special déjà en place

Critères révisés

Boceprevir
(Victrelis™)
Capsule de 200mg

Les critères ont été révisés pour inclure les patients co-infectés par le VHC et le VIH.

Boceprevir/Ribavirin Plus
Peginterferon alfa-2b (Victrelis Triple™)

Capsules de 200mg / 200mg plus injection de 80mcg
Capsules de 200mg / 200mg plus injection de 100mcg
Capsules de 200mg / 200mg plus injection de 120mcg
Capsules de 200mg / 200mg plus injection de 150mcg

Pour le traitement d'une infection chronique à l'hépatite C de génotype 1 chez les patients souffrant d'une maladie compensée du foie, en association avec un péginterféron alfa, s'ils répondent aux critères suivants :

- Niveaux décelables de l'ARN du virus de l'hépatite C (VHC) observés dans les six derniers mois;
- Être au stade de fibrose F2, F3 ou F4 ou sur la recommandation d'un spécialiste en médecine interne

Un seul cycle de traitement (d'une période maximale de 44 semaines) ne sera approuvé.

Telaprevir
(Incivek®)
Comprimé de 375mg

Les critères ont été révisés pour inclure les patients co-infectés par le VHC et le VIH.

Pour le traitement d'une infection chronique à l'hépatite C de génotype 1 chez les patients souffrant d'une maladie compensée du foie, en association avec un péginterféron alfa, s'ils répondent aux critères suivants :

- Niveaux décelables de l'ARN du virus de l'hépatite C (VHC) observés dans les six derniers mois;
- Être au stade de fibrose F2, F3 ou F4 ou sur la recommandation d'un spécialiste en médecine interne

Un seul cycle de traitement (d'une période maximale de 12 semaines) ne sera approuvé.

Nouvelle indication

Pazopanib hydrochloride
(Votrient®)
Comprimé de 200mg

Pour le traitement de première intention des patients atteints d'un adénocarcinome rénal (à cellules claires) parvenu à un stade avancé ou métastatique et présentant un bon indice fonctionnel.

Nouvelle puissance

Ustekinumab
(Stelara®)
90 mg / fiole de 1 mL pour
injection sous-cutanée

- Les demandes seront considérées pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques chronique débilissant d'intensité grave qui répondent à tous les critères suivants :
 - Surface corporelle atteinte supérieure à 10 % ou le psoriasis couvre une partie importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux ;
 - absence de réponse, contre-indications ou intolérance à la méthotrexate et à la cyclosporine ;
 - absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès.
- Approbation de départ limitée à 16 semaines.
- La poursuite du traitement au-delà de 16 semaines dépendra de la réponse. Les patients qui ne répondent pas de façon adaptée à ces échéances verront leur traitement interrompu et il sera recommandé de ne pas poursuivre de thérapie avec le même agent.
- Une réponse adaptée est définie comme :
 - une réduction d'au moins 75 % de l'indice d'étendue et de gravité du psoriasis (PASI pour Psoriasis Areas Severity Index) par rapport au début du traitement (PASI 75) ;
 - une réduction d'au moins 50 % du score PASI (PASI 50) avec une amélioration d'au moins 5 points de l'indice dermatologique de qualité de vie (DLQI pour Dermatology Life Quality Index) par rapport au début du traitement ;
 - une réduction quantitative de la surface corporelle concernée en prenant en compte l'aspect qualitatif de zones spécifiques comme le visage, les mains, les pieds ou les organes génitaux.
- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation simultanée de plus d'un produit biologique ne sera pas approuvée.
- L'approbation est limitée à une dose de 90 mg administrée aux semaines 0, 4, et 16, puis toutes les 12 semaines pendant un maximum d'un an (si l'objectif de réponse au traitement est atteint après 16 semaines).

Médicaments évalués et non inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Palonosetron

Aloxi®/IV

Solution pour injection intraveineuse de 0.25mg/5mL

DEMANDES DE REMBOURSEMENT VISANT LE PEGFILGRASTIM (NEULASTA[®])

Pour le moment, les demandes de remboursement présentées par les pharmacies visant le pegfilgrastim sont remboursées en fonction d'un prix maximal admissible (PAM) fixé par le PMONB. La différence entre le PAM et le prix d'achat réel du pegfilgrastim, jusqu'à concurrence de 8 % du prix du catalogue du fabricant, est remboursée au moyen de la carte à code de STI.

À compter du 15 février 2014 : les demandes de remboursement présentées par les pharmacies visant le pegfilgrastim sont remboursées jusqu'à un montant maximal égal au prix du catalogue du fabricant, ainsi qu'un maximum de 8 % supplémentaires du prix du catalogue du fabricant.

Remarque : Exception faite de la quote-part, les pharmacies ne peuvent facturer aux bénéficiaires du PMONB aucun montant supplémentaire en excédent de ce qui est remboursé par le PMONB.

Bulletin n° 882

Le 25 février 2014

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 25 février 2014.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 25 mars 2014. Avant le 25 mars 2014, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Amiodarone Hydrochloride Amiodarone (chlorhydrate de)							
Tab Co.	Orl	200mg	Amiodarone	2385465	SIV	AEFGVW	0.5147
Amlodipine Besylate Bésylate d'amlodipine							
Tab Co.	Orl	2.5mg	Amlodipine	2385783	SIV	AEFVW	0.1380
		5mg	Amlodipine	2385791	SIV	AEFVW	0.2417
		10mg	Amlodipine	2385805	SIV	AEFVW	0.3587
Amoxicillin Amoxicilline							
Cap Caps	Orl	250mg	Amoxicillin	2401495	SIV	ABEFGVW	0.1750
		500mg	Amoxicillin	2401509	SIV	ABEFGVW	0.3417
Pws Pds.	Orl	250mg/5mL	Amoxicillin	2401541	SIV	ABEFGVW	0.0540
Anastrozole							
Tab Co.	Orl	1mg	Zinda-Anastrozole	2326035	MCK	AEFVW	1.2729
Atorvastatin Calcium Atorvastatine calcique							
Tab Co.	Orl	10mg	Jamp-Atorvastatin Atorvastatin	2391058 2411350	JPC SIV	AEFGVW	0.3138
		20mg	Jamp-Atorvastatin Atorvastatin	2391066 2411369	JPC SIV	AEFGVW	0.3922
		40mg	Jamp-Atorvastatin Atorvastatin	2391074 2411377	JPC SIV	AEFGVW	0.4216
		80mg	Jamp-Atorvastatin Atorvastatin	2391082 2411385	JPC SIV	AEFGVW	0.4216
Betahistine Hydrochloride Betahistine (dichlorhydrate de)							
Tab Co.	Orl	16mg	pms-Betahistine	2330210	PMS	Spec. Auth	0.1770
		24mg	pms-Betahistine	2330237	PMS	Spec. Auth	0.3040
Bicalutamide							
Tab Co.	Orl	50mg	Bicalutamide	2382423	SIV	AEFVW	1.6100
Bisoprolol Fumarate Fumarate de bisoprolol							
Tab Co.	Orl	5mg	Bisoprolol	2383055	SIV	AEFVW	0.0994

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Fumarate de bisoprolol Tab Orl 10mg Co.	Bisoprolol	2383063	SIV	AEFVW	0.1450
Candesartan Cilexetil Candésartan Cilexétíl Tab Orl 4mg Co.	Candesartan	2388693	SIV	AEFGVW	0.1700
	Candesartan	2388707	SIV	AEFGVW	0.2932
	Candesartan	2388715	SIV	AEFGVW	0.2932
Candesartan Cilexetil/Hydrochlorothiazide Candésartan cilexétíl/hydrochlorothiazide Tab Orl 16mg/12.5mg Co.	Candesartan HCT	2394812	SIV	AEFGVW	0.2995
Ciprofloxacin Hydrochloride Ciprofloxacine (chlorhydrate de) Tab Orl 250mg Co.	Ciprofloxacin	2386119	SIV	BW & Spec. Auth	0.6186
	Ciprofloxacin	2386127	SIV	BW & Spec. Auth	0.6979
Citalopram Hydrobromide Citalopram (bromhydrate de) Tab Orl 10mg Co.	Citalopram	2387948	SIV	AEFGVW	0.1782
	Citalopram	2387956	SIV	AEFGVW	0.3329
	Citalopram	2387964	SIV	AEFGVW	0.3329
Clopidogrel Bisulfate Clopidogrel (bisulfate de) Tab Orl 75mg Co.	Clopidogrel	2385813	SIV	W & Spec. Auth	0.6576
Desogestrel/Ethinyl Estradiol Désogestrel/Éthinyl Estradiol Tab Orl 0.15mg/0.03mg Co.	Mirvala 21	2410249	APX	EFGV	0.5032
	Mirvala 28	2410257	APX	EFGV	0.3774
Domperidone Maleate Dompéridone (maléate de) Tab Orl 10mg Co.	Domperidone	2238341	SIV	AEFGVW	0.0594
Drospirenone/Ethinyl Estradiol Drospirénone/Éthinyl Estradiol Tab Orl 3mg/0.03mg Co.	Zamine 21	2410788	APX	EFGV	0.4293
	Zamine 28	2410796	APX	EFGV	0.3220

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Finasteride Finastéride							
Tab	Orl	5mg	Auro-Finasteride	2405814	ARO	Spec. Auth	0.4633
Co.							
Fluoxetine Hydrochloride Fluoxétine (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	10mg	Fluoxetine	2374447	SIV	AEFGVW	0.4963
Caps							
		20mg	Fluoxetine	2374455	SIV	AEFGVW	0.4598
Gabapentin Gabapentine							
Tab	Orl	600mg	Gabapentin	2388200	SIV	AEFGVW	0.4522
Co.							
		800mg	Gabapentin	2388219	SIV	AEFGVW	0.6030
Irbesartan Irbésartan							
Tab	Orl	75mg	Irbesartan	2385287	SIV	AEFGVW	0.3073
Co.							
		150mg	Irbesartan	2385295	SIV	AEFGVW	0.3073
		300mg	Irbesartan	2385309	SIV	AEFGVW	0.3073
Irbesartan/Hydrochlorothiazide Irbésartan/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	150mg/12.5mg	Irbesartan HCT	2385317	SIV	AEFGVW	0.3073
Co							
		300mg/12.5mg	Irbesartan HCT	2385325	SIV	AEFGVW	0.3073
		300mg/25mg	Irbesartan HCT	2385333	SIV	AEFGVW	0.3052
Lansoprazole SRC Orl Caps.L.L							
		30mg	Lansoprazole	2410389	SIV	Spec. Auth	0.5000
Letrozole Létrozole							
Tab	Orl	2.5mg	Auro-Letrozole	2404400	ARO	AEFVW	1.3780
Co.			Zinda-Letrozole	2378213	MCK		
Levetiracetam Lévétiracétam							
Tab	Orl	250mg	Jamp-Levetiracetam	2403005	JPC	Spec. Auth	0.8000
Co.							
		500mg	Jamp-Levetiracetam	2403021	JPC	Spec. Auth	0.9750
		750mg	Jamp-Levetiracetam	2403048	JPC	Spec. Auth	1.3500

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Lisinopril							
Tab Co.	Orl	5mg	Lisinopril	2386232	SIV	AEFGVW	0.1429
		10mg	Lisinopril	2386240	SIV	AEFGVW	0.1716
		20mg	Lisinopril	2386259	SIV	AEFGVW	0.2063
Losartan Potassium Losartan Potassique							
Tab Co.	Orl	25mg	Losartan	2388790	SIV	AEFGVW	0.3148
		50mg	Losartan	2388804	SIV	AEFGVW	0.3148
		100mg	Losartan	2388812	SIV	AEFGVW	0.3148
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide Losartan Potassique/Hydrochlorothiazide							
Tab Co.	Orl	50mg/12.5mg	Losartan HCT	2388960	SIV	AEFGVW	0.3148
		100mg/12.5mg	Losartan HCT	2388979	SIV	AEFGVW	0.3082
		100mg/25mg	Losartan HCT	2388987	SIV	AEFGVW	0.3148
Metformin Hydrochloride Metformine (chlorhydrate de)							
Tab Co.	Orl	500mg	Metformin FC	2385341	SIV	AEFGVW	0.0669
		850mg	Metformin FC	2385368	SIV	AEFGVW	0.0847
Montelukast Sodium Montélukast Sodique							
TabC Co.C	Orl	4mg	Mint-Montelukast Montelukast	2408627 2382458	MNT SIV	Spec. Auth	0.3646
		5mg	Mint-Montelukast Montelukast	2408635 2382466	MNT SIV	Spec. Auth	0.5565
Tab Co.	Orl	10mg	Mint-Montelukast Montelukast	2408643 2382474	MNT SIV	Spec. Auth	0.8195
Olanzapine Co.D.O.							
ODT Co.D.O.	Orl	5mg	Olanzapine ODT	2343665	SIV	W & Spec. Auth	0.8937
		10mg	Olanzapine ODT	2343673	SIV	W & Spec. Auth	1.7857
		15mg	Olanzapine ODT	2343681	SIV	W & Spec. Auth	2.6778
		20mg	Olanzapine ODT	2343703	SIV	W & Spec. Auth	5.9376

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Olanzapine							
Tab	Orl	2.5mg	Olanzapine	2385864	SIV	W & Spec. Auth	0.4493
Co.		5mg	Olanzapine	2385872	SIV	W & Spec. Auth	0.8986
		7.5mg	Olanzapine	2385880	SIV	W & Spec. Auth	1.3479
		10mg	Olanzapine	2385899	SIV	W & Spec. Auth	1.7972
		15mg	Olanzapine	2385902	SIV	W & Spec. Auth	2.6958
Omeprazole Oméprazole							
SRC	Orl	20mg	Omeprazole	2411857	SIV	ABEFGVW	0.4117
Cap.L.L.							
Pantoprazole Sodium Pantoprazole sodique							
ERT	Orl	20mg	Pantoprazole	2385740	SIV	Spec. Auth	1.2750
Co.L.P.		40mg	Pantoprazole	2385759	SIV	Spec. Auth	0.5039
Paroxetine							
Tab	Orl	20mg	Paroxetine	2388235	SIV	AEFGVW	0.4514
Co.		30mg	Paroxetine	2388243	SIV	AEFGVW	0.4796
Pramipexole Dihydrochloride							
Tab	Orl	0.25mg	Pramipexole	2309122	SIV	AEFVW	0.2628
Co.		0.5mg	Pramipexole	2309130	SIV	AEFVW	1.0514
		1mg	Pramipexole	2309149	SIV	AEFVW	0.5257
		1.5mg	Pramipexole	2309157	SIV	AEFVW	0.5257
Pravastatin Sodium Pravastatine sodique							
Tab	Orl	10mg	Pravastatin	2389703	SIV	AEFGVW	0.4050
Co.		20mg	Pravastatin	2389738	SIV	AEFGVW	0.4778
		40mg	Pravastatin	2389746	SIV	AEFGVW	0.5755
Pregabalin							
Cap	Orl	25mg	Myl-Pregabalin	2408651	MYL	W & Spec. Auth	0.2058
Caps			Pregabalin	2411725	SIV		
		50mg	Myl-Pregabalin	2408678	MYL	W & Spec. Auth	0.3228
			Pregabalin	2411733	SIV		

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Pregabalin							
Cap	Orl	75mg	Myl-Pregabalin	2408686	MYL	W & Spec. Auth	0.4176
Caps			Pregabalin	2411741	SIV		
		150mg	Myl-Pregabalin	2408694	MYL	W & Spec. Auth	0.5757
			Pregabalin	2411768	SIV		
		300mg	Myl-Pregabalin	2408708	MYL	W & Spec. Auth	0.5757
Quetiapine Fumarate Quétiapine (fumarate de)							
Tab	Orl	25mg	Quetiapine	2317893	SIV	AEFGVW	0.1235
Co.		100mg	Quetiapine	2317907	SIV	AEFGVW	0.3295
		200mg	Quetiapine	2317923	SIV	AEFGVW	0.6618
		300mg	Quetiapine	2317931	SIV	AEFGVW	0.9656
Rabeprazole Sodium Rabéprazole sodique							
ECT	Orl	10mg	Rabeprazole	2385449	SIV	ABEFGVW	0.1204
Co.Ent.		20mg	Rabeprazole	2385457	SIV	ABEFGVW	0.2408
Ramipril							
Cap	Orl	2.5mg	Ramipril	2411563	SIV	AEFGVW	0.1470
Caps		5mg	Ramipril	2411571	SIV	AEFGVW	0.1470
		10mg	Ramipril	2411598	SIV	AEFGVW	0.1862
Ranitidine Hydrochloride Ranitidine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	150mg	Ranitidine	2385953	SIV	ABEFGVW	0.1800
Co.		300mg	Ranitidine	2385961	SIV	ABEFGVW	0.3600
Risedronate Sodium Risedronate sodique							
Tab	Orl	35mg	Risedronate	2411407	SIV	Spec. Auth	2.4288
Co.							
Rosuvastatin Calcium Rosuvastatin calcique							
Tab	Orl	5mg	Rosuvastatin	2411628	SIV	AEFGVW	0.3225
Co.		10mg	Rosuvastatin	2411636	SIV	AEFGVW	0.3400
		20mg	Rosuvastatin	2411644	SIV	AEFGVW	0.4250
		40mg	Rosuvastatin	2411652	SIV	AEFGVW	0.4975

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Sertraline Hydrochloride Sertraline (chlorhydrate de)					
Cap Orl 25mg	Sertraline	2386070	SIV	AEFGVW	0.2004
Caps 50mg	Sertraline	2386089	SIV	AEFGVW	0.4008
100mg	Sertraline	2386097	SIV	AEFGVW	0.4200
Sildenafil Citrate Sildénafil (citrate de)					
Tab Orl 20mg	Apo-Sildenafil R	2418118	APX	Spec. Auth	6.2520
Co.					
Simvastatin Simvastatine					
Tab Orl 5mg	Simvastatin	2386291	SIV	AEFGVW	0.2556
Co.					
10mg	Simvastatin	2386305	SIV	AEFGVW	0.5058
20mg	Simvastatin	2386313	SIV	AEFGVW	0.6251
40mg	Simvastatin	2386321	SIV	AEFGVW	0.6251
80mg	Simvastatin	2386348	SIV	AEFGVW	0.6251
Sotalol Hydrochloride Sotalol (chlorhydrate de)					
Tab Orl 80mg	Sotalol	2385988	SIV	AEFGVW	0.2966
Co.					
160mg	Sotalol	2385996	SIV	AEFGVW	0.1623
Sumatriptan					
Tab Orl 50mg	Sumatriptan DF	2385570	SIV	Spec. Auth	7.1350
Co.					
100mg	Sumatriptan DF	2385589	SIV	Spec. Auth	7.8600
Telmisartan					
Tab Orl 40mg	Telmisartan	2390345	SIV	AEFGVW	0.2824
Co.					
80mg	Telmisartan	2390353	SIV	AEFGVW	0.2824
Telmisartan/Hydrochlorothiazide					
Tab Orl 80mg/12.5mg	Telmisartan HCTZ	2390302	SIV	AEFGVW	0.2824
Co.					
80mg/25mg	Telmisartan HCTZ	2390310	SIV	AEFGVW	0.2824
Terbinafine Hydrochloride Terbinafine (chlorhydrate de)					
Tab Orl 250mg	Terbinafine	2385279	SIV	Spec. Auth	1.8526
Co.					

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Topiramate							
Tab	Orl	25mg	Topiramate	2389460	SIV	Spec. Auth	0.3128
Co.		100mg	Topiramate	2389487	SIV	Spec. Auth	0.5929
Valsartan							
Tab	Orl	40mg	Valsartan	2384523	SIV	AEFGVW	0.2911
Co.		80mg	Valsartan	2384531	SIV	AEFGVW	0.2999
		160mg	Valsartan	2384558	SIV	AEFGVW	0.2998
		320mg	Valsartan	2384566	SIV	AEFGVW	0.2914
Valsartan/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	80mg/12.5mg	Valsartan HCT	2384736	SIV	AEFGVW	0.2985
Co.		160mg/12.5mg	Valsartan HCT	2384744	SIV	AEFGVW	0.2993
		160mg/25mg	Valsartan HCT	2384752	SIV	AEFGVW	0.3003
Venlafaxine Hydrochloride							
Venlafaxine (chlorhydrate de)							
SRC	Orl	37.5mg	Venlafaxine XR	2385929	SIV	AEFGVW	0.1643
Caps.L.L.		75mg	Venlafaxine XR	2385937	SIV	AEFGVW	0.3285
		150mg	Venlafaxine XR	2385945	SIV	AEFGVW	0.3469
Verapamil Hydrochloride							
Vérapamil (chlorhydrate de)							
SRT	Orl	120mg	Isoptin SR	1907123	ABB		
Co.L.L.			Mylan-Verapamil SR	2210347	MYL	AEFGVW	0.5078
			Apo-Verapamil SR	2246893	APX		
Zopiclone							
Tab	Orl	5mg	Jamp-Zopiclone	2406969	JPC	AEFVW	0.2231
Co.			Zopiclone	2385821	SIV		
		7.5mg	Zopiclone	2385848	SIV	AEFVW	0.3125

Bulletin n° 883

Le 31 mars 2014

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 31 mars 2014.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 28 avril 2014. Avant le 28 avril 2014, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Azithromycin Azithromycine Tab Orl 250mg Co.	Apo-Azithromycin Z	2415542	APX	ABEFGVW	1.2313
Citalopram Hydrobromide Citalopram (bromhydrate de) Tab Orl 10mg Co.	Nat-Citalopram	2409003	NAT	AEFGVW	0.1782
	Nat-Citalopram	2409011	NAT	AEFGVW	0.3329
	Nat-Citalopram	2409038	NAT	AEFGVW	0.3329
Exemestane Exeméstane Tab Orl 25mg Co.	Teva-Exemestane	2408473	TEV	AEFVW	1.3263
Ibuprofen Ibuprofène Tab Orl 400mg Co.	Jamp-Ibuprofen	2401290	JPC	AEFGVW	0.0372
Mercaptopurine Tab Orl 50mg Co.	Purinethol Mercaptopurine	4723 2415275	TEV STR	AEFGVW	4.7684 2.8610
Mirtazapine Tab Orl 15mg Co.	Auro-Mirtazapine	2411695	ARO	AEFGVW	0.0975
	Auro-Mirtazapine	2411709	ARO	AEFGVW	0.3100
Ramipril/Hydrochlorothiazide Tab Orl 5mg/12.5mg Co.	Ramipril-HCTZ	2412640	SNS	AEFGVW	0.2263
	Ramipril-HCTZ	2412659	SNS	AEFGVW	0.2865
	Ramipril-HCTZ	2412667	SNS	AEFGVW	0.2263
	Ramipril-HCTZ	2412675	SNS	AEFGVW	0.2865
Valacyclovir hydrochloride Valacyclovir (chlorhydrate de) Tab Orl 500mg Co.	Teva-Valacyclovir	2357534	TEV	AEFGVW	0.8481
Valsartan/Hydrochlorothiazide Tab Orl 80mg/12.5mg Co.	Auro-Valsartan HCT	2408112	ARO	AEFGVW	0.2985
	Auro-Valsartan HCT	2408120	ARO	AEFGVW	0.2993

**NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Valsartan/Hydrochlorothiazide Tab Orl 160mg/25mg Co.	Auro-Valsartan HCT	2408139	ARO	AEFGVW	0.3003
	Auro-Valsartan HCT	2408147	ARO	AEFGVW	0.2985
	Auro-Valsartan HCT	2408155	ARO	AEFGVW	0.2985

Bulletin n° 884

Le 29 avril 2014

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **de produits interchangeables ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories interchangeables existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories interchangeables

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 29 avril 2014.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 28 mai 2014. Avant le 28 mai 2014, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits interchangeables ajoutés ci-jointe.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel du PMONB, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>

NBPDP Interchangeable Product Additions
Ajouts produit interchangeable pour le PMONB

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Anagrelide							
Cap	Orl	0.5mg	Agrylin	2236859	SHB		
Caps			pms-Anagrelide	2274949	PMS	AEFGVW	2.6361
			Mylan-Anagrelide	2253054	MYL		
			Sandoz Anagrelide	2260107	SDZ		
Anastrozole							
Tab	Orl	1mg	Auro-Anastrozole	2404990	ARO	AEFVW	1.2729
Co.							
Bosentan							
Tab	Orl	62.5mg	Teva-Bosentan	2398400	TEV	Spec.Auth	22.4625
Co.		125mg	Teva-Bosentan	2398419	TEV	Spec.Auth	22.4625
Diclofenac Sodium/Misoprostol							
Diclofenac sodique/Misoprostol							
Tab	Orl	50mg/200mcg	Arthrotec	1917056	PFI	AEFGVW	0.6144
Co.			Co-Diclo-Miso	2397145	COB		
		75mg/200mcg	Arthrotec	2229837	PFI	AEFGVW	0.8362
			Co-Diclo-Miso	2397153	COB		
Latanoprost							
Liq	Oph	0.005%	Latanoprost	2375508	PMS	AEFGVW	3.8542
Liq							
Levodopa/Carbidopa							
Lévodopa/carbidopa							
SRT	Orl	100mg/25mg	pms-Levocarb CR	2421488	PMS	AEFVW	0.5126
Co.L.L.		200mg/50mg	pms-Levocarb CR	2421496	PMS	AEFVW	1.0000

Bulletin n° 885

Le 30 avril 2014

MISE À JOUR DU FORMULAIRE DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 30 avril 2014.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Changements aux avantages nécessitant une autorisation spéciale déjà en place**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour faire enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à info@nbpdp-pmonb.ca. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Ajouts Relatifs aux Services Assurés Habituels

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes
Ketorolac tromethamine Liq Oph 0,45%	Acuvail ^{MC}	02369362	ALL	AEFGVW

Ajouts Relatifs aux Autorisations Spéciales

Axitinib
(Inlyta^{MC})
comprimés de 1mg, 5mg

Comme traitement de deuxième intention pour les patients présentant un adénocarcinome rénal métastatique à cellules claires, qui, d'après l'évaluation mutuelle du médecin traitant et des patients, ne tolèrent pas l'utilisation continue d'une dose efficace d'évérolimus ou chez qui l'emploi d'évérolimus est contre-indiqué.

Lévocarnitine
(Carnitor[®])
solution orale de 100mg/mL
comprimé de 330mg

1. Indiqué pour le traitement de la carence systémique primaire en carnitine.
2. Indiqué pour le traitement aigu ou chronique de patients présentant des erreurs innées du métabolisme ayant entraîné une carence secondaire en carnitine.

Changements aux autorisation special déjà en place

Critères révisés

Abiratérone
(Zytiga[®])
comprimé de 250mg

Indiqué en association avec la prednisone pour le traitement du cancer de la prostate métastatique (cancer de la prostate résistant à la castration) chez les patients qui :

- sont asymptomatiques ou légèrement symptomatiques après un échec du traitement anti-androgénique; ou
- ont ont reçu une chimiothérapie antérieure à base de docétaxel après un échec du traitement anti-androgénique.

Nouvelle puissance

Sitagliptine
(Januvia[®])
comprimés de 25mg, 50mg

Pour le traitement du diabète de type 2 chez les patients pour qui l'insuline NPH n'est pas une option et:

- en association avec la metformine et une sulfonylurée, lorsque le traitement au moyen des doses optimales de ces deux agents ne procure pas une maîtrise glycémique adéquate; ou
- en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée ne convient pas en raison de contre-indications ou d'une intolérance; ou
- en monothérapie, lorsque la metformine et une sulfonylurée ne conviennent pas en raison de contre-indications ou d'une intolérance.

Médicaments évalués et non inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Clindamycine / peroxide de benzoyle	<i>Clindoxyl[®] ADV</i>	gel de 1% / 3%
Doxycycline	<i>Apprilon^{MD}</i>	capsule à libération modifiée de 40 mg
Estradiol	<i>Divigel[®]</i>	gel de 0,1%
Lévocabarnitine	<i>Carnitor[®]</i>	injection de 1g / 5mL
Nébivolol	<i>Bystolic[®]</i>	comprimés de 2,5mg, 5mg, 10mg, 20mg
Palonosétron	<i>Aloxi^{MD}</i>	capsule de 0,5mg

Mise à jour sur les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick apportent les changements décrits ci-dessous à certains frais d'exécution d'ordonnance et au programme PharmaConsulte^{MC} NB. Les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick comprennent le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick (Plan D), le Programme extra-mural (Plan W) et le programme de Santé publique (Plan P).

Frais de transition des pharmacies

Les frais de transition des pharmacies qui sont en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2013 pour les demandes de remboursement admissibles cesseront le 31 mai 2014.

Frais d'exécution d'ordonnance des pharmacies

Dès le 1^{er} juin 2014, les frais d'exécution d'ordonnance pour les demandes de remboursement admissibles seront les suivants :

Frais d'exécution d'ordonnance des pharmacies pour le PMONB – Plan ABEFGHTRUV	
Catégorie de médicament	Frais d'exécution
Équivalent pharmaceutique (interchangeable)	Jusqu'à 11 \$
Équivalent non pharmaceutique (non interchangeable)	Jusqu'à 11 \$
Préparations extemporanées (composés)	Jusqu'à 16,50 \$
Méthadone pour le traitement de la douleur chronique	Jusqu'à 11 \$ (pas de changement)
Médicaments pour traiter une dépendance aux opiacés (p. ex., méthadone, buprénorphine/naloxone)	Jusqu'à 9,50 \$

Frais d'exécution d'ordonnance des pharmacies pour le Programme extra-mural - Plan W	
Catégorie de médicament	Frais d'exécution
Équivalent pharmaceutique (interchangeable)	Jusqu'à 11 \$
Équivalent non pharmaceutique (non interchangeable)	Jusqu'à 11 \$
Préparations extemporanées (composés)	Jusqu'à 16,50 \$

Frais d'exécution d'ordonnance des pharmacies pour le programme de Santé publique (médicaments contre la tuberculose) - Plan P	
Catégorie de médicament	Frais d'exécution
Équivalent pharmaceutique (interchangeable)	Jusqu'à 11 \$
Équivalent non pharmaceutique (non interchangeable)	Jusqu'à 11 \$
Préparations extemporanées (composés)	Jusqu'à 16,50 \$

Frais d'exécution d'ordonnance des pharmacies Régime médicaments du N.-B. – Plan D	
Catégorie de médicament	Frais d'exécution
Équivalent pharmaceutique (interchangeable)	Jusqu'à 11 \$
Équivalent non pharmaceutique (non interchangeable)	Jusqu'à 11 \$
Préparations extemporanées (composés)	Jusqu'à 16,50 \$
Méthadone pour le traitement de la douleur chronique	Jusqu'à 11 \$
Médicaments pour traiter une dépendance aux opiacés (p. ex., méthadone, buprénorphine/naloxone)	Jusqu'à 9,50 \$ (pas de changement)

Frais d'exécution d'ordonnance des pharmaciens pour le PMONB– Plan AEFGV	
Catégorie de médicament	Frais d'exécution
Équivalent pharmaceutique (interchangeable)	Jusqu'à 8,40 \$ (pas de changement)
Équivalent non pharmaceutique (non interchangeable)	Jusqu'à 8,40 \$ (pas de changement)
Préparations extemporanées (composés)	Jusqu'à 12,60 \$ (pas de changement)

De plus amples renseignements se trouvent sur la page Web du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick au www.gnb.ca/régimemédicaments et sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp sous la section intitulée « Information pour les professionnels de la santé ».

PharmaConsulte^{MC} NB

À compter du 1^{er} avril 2014, le programme PharmaConsulte^{MC} NB acceptera les clients du ministère du Développement social en plus des personnes âgées qui sont des bénéficiaires du PMONB.

Les bénéficiaires qui prennent au moins trois médicaments pour le traitement d'une maladie chronique sont admissibles à un examen de leurs médicaments. Veuillez noter que les médicaments en vente libre/sans ordonnance ne sont pas des médicaments pour maladie chronique admissibles. De plus amples renseignements se trouvent sur la page Web du PMONB au <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp> sous la section intitulée « Renseignements pour les professionnels de la santé ».

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Bulletin n° 886

Le 30 mai 2014

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **d'équivalent pharmaceutique (interchangeable) produits ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories d'équivalent pharmaceutique (interchangeable) existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories d'équivalent pharmaceutique (interchangeable)

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 30 mai 2014
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 27 juin 2014. Avant le 27 juin 2014, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits équivalent pharmaceutique (interchangeable) ajoutés ci-jointe.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Risperidone Rispéridone ODT Orl 0.5mg Co.D.O.	Risperdal M Mylan-Risperidone ODT	2247704 2413485	JAN MYL	W & Spec. Auth.	0.7450 0.5588
	Mylan-Risperidone ODT	2413493	MYL	W & Spec. Auth.	0.5150
	Mylan-Risperidone ODT	2413507	MYL	W & Spec. Auth.	1.0188
	Mylan-Risperidone ODT	2413515	MYL	W & Spec. Auth.	1.5275
	Mylan-Risperidone ODT	2413523	MYL	W & Spec. Auth.	2.0425
Tamsulosin Hydrochloride Tamsulosine (chlorhydrate de) SRC OrL 0.4mg Caps L.L.	Sandoz Tamsulosin	2319217	SDZ	ADEFVW	0.2439
Vancomycin Hydrochloride Vancomycine (chlorhydrate de) Pws Inj 500mg Pds.	AJ-Vancomycin	2407914	AJP	ABDEFGW	31.0500
	AJ-Vancomycin	2407922	AJP	ABDEFGW	58.9900
Voriconazole Tab OrL 50mg Co.	Vfend Apo-Voriconazole Sandoz Voriconazole Teva-Voriconazole	2256460 2409674 2399245 2396866	PFI APX SDZ TEV	Spec. Auth.	12.8590 3.2148 3.2148 3.2148
	Vfend Apo-Voriconazole Sandoz Voriconazole Teva-Voriconazole	2256479 2409682 2399253 2396874	PFI APX SDZ TEV	Spec. Auth.	51.4147 12.8537 12.8537 12.8537

Bulletin n° 887

25 juin, 2014

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 25 juin 2014.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments évalués et non inscrits**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajouts Relatifs aux Autorisations Spéciales

Lurasidone
(Latuda®)
comprimé pelliculés de 40mg, 80mg,
120mg

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés (pas liée à la démence) chez les patients qui présentent une intolérance, une contre-indication ou des antécédents d'échec thérapeutique avec des agents antipsychotiques moins coûteux.

Plerixafor
(Mozobil®)
solution pour injection 20mg/mL

À utiliser avec la filgrastime pour mobiliser les cellules souches hématopoïétiques qui sont ensuite transplantées de façon autologue chez les patients atteints d'un lymphome non hodgkinien ou d'un myélome multiple, si l'un des critères suivants est respecté :

- Un nombre de cellules PBCD34+ de < 10 cellules par uL, après quatre jours de figrastime; OU
- Moins de 50 % de la culture de CD34 ciblée est atteinte le premier jour d'aphérèse (après avoir été mobilisée par la figrastime seule ou à la suite de la chimiothérapie); OU
- Une mobilisation précédente des cellules souches a échoué à l'aide de la figrastime seule ou à la suite de la chimiothérapie.

Remarque : Le remboursement est limité à un maximum de 4 doses (0,24 mg/kg quotidiennement) pour un seul essai de mobilisation et pour les ordonnances remises par un oncologue ou un hématologue.

Vismodegib
(Erivedge®)
capsule de 150mg

Demandes initiales :

- Pour les patients atteints de carcinome basocellulaire (CBC) métastatique ou de CBC localement avancé (y compris les patients atteints de naevomatose basocellulaire, c.-à-d. le syndrome de Gorlin) dont la maladie métastatique est mesurable ou localement avancée et qui est non opérable ou pour laquelle une intervention chirurgicale¹ ET la radiothérapie² sont inappropriées;
- Les patients âgés de 18 ans et plus; ET
- Les patients dont l'indice fonctionnel ECOG est ≤ 2.
- La préférence des patients pour le traitement oral ne sera pas prise en compte

Renseignements requis

Les médecins doivent fournir les raisons pour lesquelles une intervention chirurgicale¹ ET la radiothérapie² ne peuvent pas être envisagées.

- La demande doit comprendre le rapport de consultation chirurgicale qui comporte une évaluation préopératoire et chirurgicale des raisons pour lesquelles l'intervention chirurgicale n'est pas appropriée pour ce patient; ET

Vismodegib
(Erivedge[®])
capsule de 150mg

-
- Un rapport de consultation chirurgicale qui comporte les raisons pour lesquelles la radiothérapie n'est pas appropriée pour ce patient.
 - Les deux évaluations ci-dessus doivent provenir d'un médecin qui n'est pas un médecin demandeur.
 - La confirmation que le cas du patient a été abordé lors d'une conférence multidisciplinaire sur le cancer ou dans un contexte équivalent (p. ex., un comité régional sur les tumeurs).

Remarques :

¹ Intervention chirurgicale considérée comme impossible ou inappropriée pour l'une des raisons suivantes :

- Il est techniquement impossible de procéder à une intervention chirurgicale en raison de la taille, du site ou du caractère envahissant du CBC (soit la lésion est trop grande, soit il peut s'agir de quelques petites lésions, ce qui rend l'intervention chirurgicale impossible dans les deux cas).
- La récurrence du CBC après deux interventions chirurgicales ou plus, et une résection curative est peu probable.
- Morbidité ou déformation importantes anticipées avec la chirurgie.

² Radiothérapie considérée comme inappropriée pour l'une des raisons suivantes :

- Contre-indication à la radiothérapie (p. ex., syndrome de Gorlin).
- Radiothérapie antérieure ciblant la lésion.
- Résultats sous-optimaux attendus en raison de la taille, du site ou du caractère envahissant du CBC.

Dose : 150 mg par voie orale une fois par jour jusqu'à ce que la maladie évolue ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Durée de l'approbation : 1 an

Critères de renouvellement :

- Le médecin confirme que la maladie n'a pas évolué chez le patient depuis le début du traitement par Erivedge.

Durée de l'approbation : 1 an

Médicaments évalués et non inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparés aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Lapatinib	<i>Tykerb</i> [®]	comprimé de 250mg	combiné au letrozole) pour le cancer du sein métastatique
Pazopanib	<i>Votrient</i> [®]	comprimé de 200mg	pour le sarcome des tissus mou

Bulletin n° 888

le 16 juillet 2014

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 16 juillet 2014.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Demandes de règlement pour palmitate de palipéridone (Invega Sustenna®)

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajouts Relatifs aux Services Assurés Habituels

Forme	Voie	Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Colésévélam, chlorhydrate de Co.	Orl	625mg	Lodalis™	02373955	VLN	ADEFGVW	PCF
Isotrétinoïne Co.	Orl	10mg	Epuris ^{MC}	02396971			
		20mg	Epuris ^{MC}	02396998	CIP	EFG	PCF
		30mg	Epuris ^{MC}	02397005			
		40mg	Epuris ^{MC}	02397013			

Ajouts Relatifs aux Autorisations Spéciales

Thérapies sans nicotine pour l'abandon du tabac

Bupropion SR

Co.	Orl	150mg	Zyban®	02238441	VLN	ADEFV	PCF
-----	-----	-------	--------	----------	-----	-------	-----

Pour la thérapie d'abandon du tabac chez les adultes de 18 ans et plus.

Un maximum de 168 comprimés (12 semaines de traitement) sera remboursé annuellement sans autorisation spéciale.

Un deuxième traitement de 12 semaines pourrait être approuvé avec une autorisation spéciale pour les personnes ayant démontré une certaine réussite pour l'abandon du tabac et qui ont besoin d'un traitement supplémentaire.

Varénicline

Co.	Orl	0.5mg	Champix ^{MD}	02291177			
		1mg	Champix ^{MD}	02291185	PFI	(SA)	PCF
		0.5mg/1mg	Champix ^{MD} Trousse de départ	02298309			

Pour la thérapie d'abandon du tabac chez les adultes de 18 ans et plus.

Une autorisation spéciale est requise et un maximum de 168 comprimés (12 semaines de traitement) sera remboursé annuellement.

Les personnes qui ont déjà effectué un traitement complet avec Zyban ne seront pas admissibles au remboursement de Champix au cours du même exercice financier.

Vous trouverez de l'information et des ressources sur l'abandon du tabac en ligne :

http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/csi/Mieux-etre/content/vivre_en_sante/tabagisme.html

Demandes de règlement pour palmitate de palipéridone (Invega Sustenna®)

Rappel : Les demandes de règlement présentées par les pharmacies pour Invega Sustenna® devraient être **par 1 trousse et non par mL**. Les demandes de règlement pour des quantités de plus de 1 trousse feront l'objet d'une vérification.

Pour plus d'informations, veuillez consulter : www.gnb.ca/0212/pdf/quan-claim-sub/QuantitiesClaimsSubmissionsFR.pdf

Bulletin n° 889

Le 30 juillet 2014

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **d'équivalent pharmaceutique (interchangeable) produits ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories d'équivalent pharmaceutique (interchangeable) existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories d'équivalent pharmaceutique (interchangeable)

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 30 juillet 2014
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 27 août 2014. Avant le 27 août 2014, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits équivalent pharmaceutique (interchangeable) ajoutés ci-jointe.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

NB Drug Plans Pharmaceutical Equivalent (Interchangeable) Product Additions
Ajouts produit Équivalent pharmaceutique (interchangeable) le Régimes de médicaments du N.-B.

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alprazolam Tab Orl Co.	0.25mg Jamp-Alprazolam	2400111	JPC	ADEFGVW	0.0609
	0.5mg Jamp-Alprazolam	2400138	JPC	ADEFGVW	0.0728
Candesartan Cilexetil Candésartan cilexétil Tab Orl Co.	32mg Sandoz Candesartan	2417340	SDZ	ADEFGVW	0.2995
Carbamazepine Carbamazépine Tab Orl Co.	200mg Taro-Carbamazepine	2407515	TAR	ADEFGVW	0.1467
Citalopram Hydrobromide Citalopram (bromhydrate de) Tab Orl Co.	10mg Abbott-Citalopram	2414570	ABB	ADEFGVW	0.1432
	20mg Abbott-Citalopram	2414589	ABB	ADEFGVW	0.2397
	40mg Abbott-Citalopram	2414597	ABB	ADEFGVW	0.2397
Clopidogrel Bisulfate Clopidogrel (bisulfate de) Tab Orl Co.	75mg Abbott-Clopidogrel Auro-Clopidogrel	2412942 2416387	ABB ARO	W & Spec. Auth.	0.6576
Exemestane Exémestane Tab Orl Co.	25mg Med-Exemestane	2407841	GMP	ADEFVW	1.3263
Hydromorphone Hydrochloride Hydromorphone (chlorhydrate d') Tab Orl Co.	1mg Apo-Hydromorphone	2364115	APX	ADEFGVW	0.0959
	2mg Apo-Hydromorphone	2364123	APX	ADEFGVW	0.1417
	4mg Apo-Hydromorphone	2364131	APX	ADEFGVW	0.2240
	8mg Apo-Hydromorphone	2364158	APX	ADEFGVW	0.3528
Imatinib Mesylate Imatinib (mésylate d') Tab Orl Co.	100mg Co Imatinib	2397285	COB	Spec. Auth.	6.8186
	400mg Co Imatinib	2397293	COB	Spec. Auth.	27.2743

NB Drug Plans Pharmaceutical Equivalent (Interchangeable) Product Additions
Ajouts produit Équivalent pharmaceutique (interchangeable) le Régimes de médicaments du N.-B.

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Imiquimod							
Crm	Top	5%	Aldara	2239505	VLN	Spec. Auth.	14.7067
Cr.			Apo-Imiquimod	2407825	APX		11.0300
Losartan Potassium Losartan potassique							
Tab	Orl	25mg	Mint-Losartan	2405733	MNT	ADEFGVW	0.3148
Co.		50mg	Mint-Losartan	2405741	MNT	ADEFGVW	0.3148
		100mg	Mint-Losartan	2405768	MNT	ADEFGVW	0.3148
Norgestimate / Ethinyl Estradiol Norgestimate / éthinylestradiol							
Tab	Orl	0.18/0.215/0.25/0.025mg	Tri-Cyclen LO (21)	2258560	JAN	DEFGV	0.6014
Co.			Tricira LO (21)	2401967	APX		0.4511
Tab	Orl	0.18/0.215/0.25/0.025mg	Tri-Cyclen LO (28)	2258587	JAN	DEFGV	0.4511
Co.			Tricira LO (28)	2401975	APX		0.3383
Octreotide Acetate Octréotide (acétate d')							
Liq	SC	0.05mg/mL	Ocphyl	2413191	PDP	W & Spec. Auth.	1.7465
Liq		0.1mg/mL	Ocphyl	2413205	PDP	W & Spec. Auth.	3.2970
		0.5mg/mL	Ocphyl	2413213	PDP	W & Spec. Auth.	15.4945
Olanzapine							
ODT	Orl	5mg	Ran-Olanzapine ODT	2414090	RAN	W & Spec. Auth.	0.8937
Co.D.O.		10mg	Ran-Olanzapine ODT	2414104	RAN	W & Spec. Auth.	1.7857
		15mg	Ran-Olanzapine ODT	2414112	RAN	W & Spec. Auth.	2.6778
		20mg	Ran-Olanzapine ODT	2414120	RAN	W & Spec. Auth.	5.9375
Ondansetron Hydrochloride Dihydrate Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')							
Tab	Orl	4mg	Ondansetron	2421402	SAS	W & Spec. Auth.	3.3495
Co.		8mg	Ondansetron	2421410	SAS	W & Spec. Auth.	5.1110
Pantoprazole Sodium Pantoprazole sodique							
ECT	Orl	40mg	Abbott-Pantoprazole	2412969	ABB	Spec. Auth.	0.3628
Co. Ent							

NB Drug Plans Pharmaceutical Equivalent (Interchangeable) Product Additions
Ajouts produit Équivalent pharmaceutique (interchangeable) le Régimes de médicaments du N.-B.

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Paroxetine Hydrochloride Paroxétine (chlorhydrate de)					
Tab Orl Co.	20mg Mar-Paroxetine	2411954	MAR	ADEFGVW	0.4514
	30mg Mar-Paroxetine	2411962	MAR	ADEFGVW	0.4796
Rosuvastatin Calcium Rosuvastatine calcique					
Tab Orl Co.	5mg Mar-Rosuvastatin	2413051	MAR	ADEFGVW	0.2311
	10mg Mar-Rosuvastatin	2413078	MAR	ADEFGVW	0.2437
	20mg Mar-Rosuvastatin	2413086	MAR	ADEFGVW	0.3046
	40mg Mar-Rosuvastatin	2413108	MAR	ADEFGVW	0.3582
Salbutamol Sulfate Salbutamol (sulfate de)					
Aem Inh Aém.	100mcg Salbutamol HFA	2419858	SAS	ABDEFGVW	0.0300
Simvastatin Simvastatine					
Tab Orl Co.	5mg Auro-Simvastatin	2405148	ARO	ADEFGVW	0.1841
	10mg Auro-Simvastatin	2405156	ARO	ADEFGVW	0.3642
	20mg Auro-Simvastatin	2405164	ARO	ADEFGVW	0.4501
	40mg Auro-Simvastatin	2405172	ARO	ADEFGVW	0.4501
	80mg Auro-Simvastatin	2405180	ARO	ADEFGVW	0.4501
Topiramate					
Tab Orl Co.	25mg Abbott-Topiramate	2414600	ABB	Spec. Auth.	0.3128
	100mg Abbott-Topiramate	2414619	ABB	Spec. Auth.	0.5929
	200mg Abbott-Topiramate	2414627	ABB	Spec. Auth.	0.8854
Valsartan					
Tab Orl Co.	40mg Auro-Valsartan	2414201	ARO	ADEFGVW	0.2911
	80mg Auro-Valsartan	2414228	ARO	ADEFGVW	0.2999
	160mg Auro-Valsartan	2414236	ARO	ADEFGVW	0.2998

Bulletin n° 890

Le 26 août 2014

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste **d'équivalent pharmaceutique produits ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories d'équivalent pharmaceutique existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories d'équivalent pharmaceutique

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 26 août 2014
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 23 septembre 2014. Avant le 23 septembre 2014, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits équivalent pharmaceutique (interchangeable) ajoutés ci-jointe.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

NB Drug Plans Pharmaceutical Equivalent Product Additions
Ajouts produit Équivalent pharmaceutique le Régimes de médicaments du N.-B.

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Candesartan Cilexetil/Hydrochlorothiazide Candésartan cilexéttil/hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	32mg/12.5mg	Sandoz Candesartan Plus	2420732	SDZ	ADEFGVW	0.3008
Co.		32mg/25mg	Sandoz Candesartan Plus	2420740	SDZ	ADEFGVW	0.3008
Carvedilol Carvédilol							
Tab	Orl	3.125mg	Auro-Carvedilol	2418495	ARO	Spec. Auth.	0.3377
Co.		6.25mg	Auro-Carvedilol	2418509	ARO	Spec. Auth.	0.3377
		12.5mg	Auro-Carvedilol	2418517	ARO	Spec. Auth.	0.3377
		25mg	Auro-Carvedilol	2418525	ARO	Spec. Auth.	0.3377
Desogestrel/Ethinyl Estradiol Désogestrel/éthinyloestradiol							
Tab	Orl	0.15mg/0.03mg	Reclipsen (21)	2420813	ATV	DEFGV	0.5032
Co.			Reclipsen (28)	2417464	ATV	DEFGV	0.3774
Donepezil Hydrochloride Donépézil (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	5mg	Donepezil	2402645	AHI	Spec. Auth.	1.1806
Co.		10mg	Donepezil	2402653	AHI	Spec. Auth.	1.1806
Dutasteride Dutastéride							
Cap	Orl	0.5mg	Avodart	2247813	GSK		1.6570
Caps			Apo-Dutasteride	2404206	APX	Spec. Auth.	
			pms-Dutasteride	2393220	PMS		0.4205
			Teva-Dutasteride	2408287	TEV		
Latanoprost/Timolol maleate Latanoprost/timolol (maléate de)							
Liq	Oph	0.005%/0.5%	Apo-Latanoprost-Timop	2414155	APX	ADEFVW	4.4280
Liq							
Levetiracetam Lévétiracétam							
Tab	Orl	250mg	Abbott-Levetiracetam	2414805	ABB	Spec. Auth.	0.8000
Co.		500mg	Abbott-Levetiracetam	2414791	ABB	Spec. Auth.	0.9750
		750mg	Abbott-Levetiracetam	2414783	ABB	Spec. Auth.	1.3500

Bulletin n° 891

le 11 septembre 2014

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 11 septembre 2014.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés
- Médicaments évalués et non inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Ajouts relatifs aux services assurés habituels

Forme	Voie	Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Calcipotriol/dipropionate de bétaméthasone Gel	Top	50/0.5mcg/g	Dovobet® Gel	02319012	LEO	ADEFGVW	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Forme	Voie	Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Bromure d'aclidinium Pds.	Inh	400mcg/act	Tudorza™ Genuair™	02409720	ALM	(SA)	PCF

- Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au bromure d'aclidinium OU aux bêta2-adrenergiques agonistes à longue durée d'action (BALA) si les symptômes persistent après de deux à trois mois de thérapie aux bronchodilatateurs à courte durée d'action (p. ex., salbutamol jusqu'à concurrence de huit inhalations par jour ou ipratropium jusqu'à concurrence de 12 inhalations par jour).
- La protection peut être offerte sans essai d'un agent à courte durée d'action si la spirométrie a démontré qu'il y a une obstruction modérée à grave des voies aériennes (VEMS1 <60 % et rapport VEMS1/CVF <0,7) et présence de symptômes importants (c.-à-d. échelle de dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) de 3 à 5).
- Une polythérapie au bromure d'aclidinium ET aux bêta2-adrenergiques agonistes à longue durée d'action/corticostéroïdes inhalés (BALA/CSI) sera considérée seulement :
 - si la spirométrie a démontré qu'il y a une obstruction modérée à grave des voies aériennes (VEMS1 <60 % et rapport VEMS1/CVF <0,7) et présence de symptômes importants (c.-à-d. un CRM de 3 à 5) ET
 - s'il y a, en moyenne, une ou plusieurs exacerbations modérées à graves de la maladie par année, pour deux années consécutives, nécessitant des antibiotiques ou des corticostéroïdes systémiques (oraux ou intraveineux).

Notes cliniques :

- Critères :
- S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres preuves relativement à la gravité de la maladie doivent être fournies pour examen (p. ex., échelle CRM). Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés.

Échelle de dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM)

Stage de la MPOC	Symptômes
MODÉRÉ – CRM 3 - 4	Patient qui manque de souffle en raison de la MPOC, ce qui l'oblige à s'arrêter pour reprendre son souffle après avoir marché environ 100 m (ou après quelques minutes) sur une surface plane.
GRAVE – CRM 5	Patient qui manque de souffle en raison de la MPOC, ce qui l'empêche de quitter la maison, ou qui s'essouffle lorsqu'il s'habille ou se déshabille, ou présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite.

Bulletin n° 892

Le 30 septembre 2014

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste des **médicaments génériques ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories de médicaments génériques existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories de médicaments génériques

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 30 septembre 2014
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 28 octobre 2014. Avant le 28 octobre 2014, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits équivalent pharmaceutique (interchangeable) ajoutés ci-jointe.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

NB Drug Plans Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques aux Régimes de médicaments du N.-B.

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM	
Olanzapine ODT Orl Co.D.O.	5mg	Jamp-Olanzapine ODT	2406624	JPC	W & Spec. Auth.	0.8937
	10mg	Jamp-Olanzapine ODT	2406632	JPC	W & Spec. Auth.	1.7857
	15mg	Jamp-Olanzapine ODT	2406640	JPC	W & Spec. Auth.	2.6778
	20mg	Jamp-Olanzapine ODT	2406659	JPC	W & Spec. Auth.	5.9376
Rabeprazole Sodium Rabéprazole sodique ECT Orl Co.Ent.	20mg	Abbott-Rabeprazole	2422646	ABB	ABDEFGVW	0.2408
Travoprost Liq Oph Liq	0.004%	Travatan Z	2318008	ALC	ADEFGVW	11.5040
		Apo-Travoprost Z	2415739	APX		4.0264
		Sandoz Travoprost	2413167	SDZ		4.0264
		Teva-Travoprost Z	2412063	TEV		4.0264
Vancomycin Hydrochloride Vancomycine (chlorhydrate de) Cap Orl Caps	125mg	Jamp-Vancomycin	2407744	JPC	ADEFGVW	5.6300
	250mg	Jamp-Vancomycin	2407752	JPC	ADEFGVW	11.2500
Zoledronic Acid Acide Zolédronique Liq IV Liq	5mg/100mL	Aclasta	2269198	NVR	Spec. Auth.	6.7080
		Taro-Zoledronic Acid	2415100	TAR		3.3540
		Zoledronic Acid	2422433	RCH		3.3540
		Zoledronic Acid	2408082	TEV		3.3540

Bulletin n° 893

le 3 octobre 2014

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 3 octobre 2014.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Dabrafénib (Tafinlar ^{MC})	Capsule de 50mg	02409607	GSK	(SA)	PCF
	Capsule de 75mg	02409615			

- En monothérapie pour le traitement de première intention pour les patients qui présentent un mélanome non résecable ou métastatique BRAF V600-positif accompagné d'un indice de performance ECOG de 0 ou 1. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou stables.
- En monothérapie pour le traitement de deuxième intention pour les patients qui présentent un mélanome non résecable ou métastatique BRAF V600-positif et qui ont fait des progrès après avoir reçu le traitement de chimiothérapie en première intention accompagné d'un indice de performance ECOG de 0 ou 1. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou stables.

Notes cliniques :

- Dose recommandée : 150 mg deux fois par jour jusqu'à la progression de la maladie ou des effets toxiques inacceptables se manifestent, requérant l'arrêt du dabrafénib.
- Dabrafénib ne sera pas remboursé pour les patients qui ont fait des progrès durant un traitement antérieur visant à inhiber le gène BRAF.

Notes pour les réclamations :

- Durée de l'approbation initiale : 6 mois
- Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois

Fumarate de diméthyle
(Tecfidera^{MC})

120mg capsule à LR	02404508	BIG	(SA)	PCF
240mg capsule à LR	02420201			

Pour le traitement de la forme rémittente-récurrente de la sclérose en plaques chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- Deux attaques aiguës de sclérose en plaques au cours des deux dernières années
- Patient ambulatoire avec ou sans aide (score de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité)

Notes cliniques :

- Une attaque se définit par l'apparition de nouveaux symptômes ou la détérioration d'anciens symptômes, qui durent au moins 24 heures en l'absence d'une fièvre, et est précédée par un état de stabilité durant au moins un mois.

Notes pour les réclamations:

- Les ordonnances rédigées par des neurologues du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Pirfénidone (Esbriet®)	Capsule de 267mg	02393751	ITM	(SA)	PCF

Première demande :

Pour le traitement, chez l'adulte, de la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) légère à modérée dont le diagnostic a été validé par un pneumologue et confirmé par une tomodensitométrie haute résolution (TDM HR) au cours des 24 mois précédents.

*Définition d'une FPI légère à modérée : capacité vitale forcée (CVF) de 50 à 80 % de la valeur théorique; et capacité de diffusion du monoxyde de carbone (DLCO) de 30 à 90 % de la valeur théorique.

Critères du premier renouvellement :

La maladie ne doit pas avoir progressé entre le début du traitement et le renouvellement (6 premiers mois de traitement), la progression étant définie par un déclin absolu $\geq 10\%$ du pourcentage de la CVF théorique. Si la maladie a progressé suivant ce critère, les tests de la fonction pulmonaire doivent être refaits 4 semaines plus tard pour confirmer les résultats.

Critères du deuxième renouvellement (12 mois après le début du traitement) :

La maladie ne doit pas avoir progressé depuis le début du traitement (valeurs de départ), la progression étant définie par un déclin absolu $\geq 10\%$ du pourcentage de la CVF théorique. Si la maladie a progressé suivant ce critère, les tests de la fonction pulmonaire doivent être refaits 4 semaines plus tard pour confirmer les résultats.

Notes pour les réclamations:

- Durée de l'approbation initiale : 7 mois (4 semaines plus tard pour confirmer les résultats des tests de la fonction pulmonaire)
- Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois
- Durée du deuxième renouvellement de l'approbation : 12 mois

Tramétinib (Mekinist®)	Comprimé de 0,5mg	02409623	GSK	(SA)	MLP
	Comprimé de 2mg	02409658			

- En monothérapie pour le traitement de première intention pour les patients qui présentent un mélanome non résecable ou métastatique BRAF V600-positif accompagné d'un indice de performance ECOG de 0 ou 1. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être stables.
- En monothérapie pour le traitement de deuxième intention pour les patients qui présentent un mélanome non résecable ou métastatique BRAF V600-positif et qui ont fait des progrès après avoir reçu le traitement de chimiothérapie en première intention accompagné d'un indice de performance ECOG de 0 ou 1. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être stables.

Notes cliniques :

- Dose recommandée : 2 mg une fois par jour jusqu'à la progression de la maladie ou des effets toxiques inacceptables se manifestent, requérant l'arrêt du tramétinib
- Tramétinib ne sera pas remboursé pour les patients qui ont fait des progrès durant un traitement antérieur visant à inhiber le gène BRAF.

Notes pour les réclamations:

- Durée de l'approbation initiale : 6 mois
- Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois

Bulletin #894

Le 22 octobre 2014

Mise à jour pour les régimes de médicaments du N.-B.

Les exigences relatives à la quote-part

Ce bulletin à l'intention des pharmacies a pour but de préciser qu'il n'y a eu aucun changement à la réglementation portant sur le paiement des quotes-parts par les pharmacies en vertu des régimes publics de médicaments du Nouveau-Brunswick. Aucune modification n'a été apportée aux règlements relatifs aux quotes-parts pour les ordonnances des personnes couvertes par le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. De plus, les politiques concernant le programme de médicaments sur ordonnance pour les personnes âgées de Croix Bleue Medavie n'ont pas été modifiées.

Le ministère de la Santé est d'avis que bien que les règlements actuels exigent d'imposer des quotes-parts en vertu des régimes de médicaments parrainés par le gouvernement, ces règlements n'empêchent aucunement la pratique de longue date des pharmacies de rembourser ou de remettre une partie ou la totalité de ces quotes-parts au patient. Le gouvernement provincial a l'intention d'apporter les modifications nécessaires aux règlements afin de clarifier davantage sa position à ce sujet.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Bulletin n° 895

Le 31 octobre 2014

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste des **médicaments génériques ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories de médicaments génériques existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories de médicaments génériques

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 31 octobre 2014
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 21 novembre 2014. Avant le 21 novembre 2014, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits équivalent pharmaceutique (interchangeable) ajoutés ci-jointe.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

NB Drug Plans Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques aux Régimes de médicaments du N.-B.

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Adefovir Dipivoxil Adéfovir dipivoxil							
Tab	Orl	10mg	Hepsera	2247823	GIL	Spec. Auth.	24.3357
Co.			Apo-Adefovir	2420333	APX		20.4400
Ciprofloxacin Hydrochloride Ciprofloxacine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	500mg	Mint-Ciproflox	2423561	MNT	BW & Spec. Auth.	0.6979
Co.							
Clarithromycin Clarithromycine							
ERT	Orl	500mg	Biaxin XL	2244756	ABB	ABDEFGVW	2.5143
Co.L.P.			Apo-Clarithromycin XL	2413345	APX		1.8858
Dutasteride Dutastéride							
Cap	Orl	0.5mg	Mint-Dutasteride	2428873	MNT	Spec .Auth.	0.4205
Caps			Sandoz Dutasteride	2424444	SDZ		
Entecavir Entécavir							
Tab	Orl	0.5mg	pms-Entecavir	2430576	PMS	Spec. Auth.	11.0000
Co.							
Linezolid Linézolide							
Tab	Orl	600mg	Zyvoxam	2243684	PFI	Spec. Auth.	74.2180
Co.			Apo-Linezolid	2426552	APX		38.6083
			Sandoz Linezolid	2422689	SDZ		
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide Losartan Potassique/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	50mg/12.5mg	Losartan/HCTZ	2427648	SAS	ADEFGVW	0.3148
Co.		100mg/12.5mg	Losartan/HCTZ	2427656	SAS	ADEFGVW	0.3082
		100mg/25mg	Losartan/HCTZ	2427664	SAS	ADEFGVW	0.3148
Olanzapine							
Tab	Orl	2.5mg	Mar-Olanzapine	2421232	MAR	W & Spec. Auth.	0.4493
Co.		5mg	Mar-Olanzapine	2421240	MAR	W & Spec. Auth.	0.8986
		7.5mg	Mar-Olanzapine	2421259	MAR	W & Spec. Auth.	1.3479
		10mg	Mar-Olanzapine	2421267	MAR	W & Spec. Auth.	1.7972
		15mg	Mar-Olanzapine	2421275	MAR	W & Spec. Auth.	2.6958

NB Drug Plans Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques aux Régimes de médicaments du N.-B.

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Omeprazole Magnesium Oméprazole magnésien SRT Orl 20mg Co.L.L.	Omeprazole	2416549	AHI	ABDEFGVW	0.4117
Ramipril Cap Orl 1.25mg Caps	Mar-Ramipril	2420457	MAR	ADEFGVW	0.1274
	Mar-Ramipril Mint-Ramipril	2420465 2421305	MAR MNT	ADEFGVW	0.1470
	Mar-Ramipril Mint-Ramipril	2420473 2421313	MAR MNT	ADEFGVW	0.1470
	Mar-Ramipril Mint-Ramipril	2420481 2421321	MAR MNT	ADEFGVW	0.1862
Testosterone Undecanoate Testostérone (undécanoate de) Cap Orl 40mg Caps	Taro-Testosterone	2421186	TAR	Spec. Auth.	0.4700
Zolmitriptan Tab Orl 2.5mg Co.	Jamp-Zolmitriptan Mar-Zolmitriptan	2421623 2399458	JPC MAR	Spec. Auth.	4.6667

Bulletin n° 896

Le 21 novembre 2014

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 21 novembre 2014

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Colchicine (Jamp-Colchicine)	Comprimé de 0,6mg	02373823	JPC	ADEFGVW	PCF
Dicyclomine (Jamp-Dicyclomine)	Comprimé de 10mg	02391619	JPC	ADEFGVW	PCF
	Comprimé de 20mg	02366088	JPC	ADEFGVW	
Pamoate de triptoréline (Trelstar ^{MD})	22,5mg / fiole	02412322	PAL	ADEFVW	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Abatacept (Orencia ^{MD}) (nouvelle formulation)	Injection SC de 125mg	02402475	BRI	(SA)	PCF

Polyarthrite rhumatoïde

- Indiqué pour le traitement des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde active d'intensité modérée à grave qui:
 - n'ont pas répondu, ou ont manifesté des effets secondaires intolérables, à l'utilisation appropriée d'une combinaison de traitement comprenant au moins deux antirhumatismaux à action lente (ARAL). La combinaison de traitement comprenant au moins deux antirhumatismaux à action lente (ARAL) doit comprendre le Méthotrexate, à moins que ce dernier ne soit contre-indiqué ou d'intoléré,
 - OU
 - pour ceux qui ne sont pas candidats à une combinaison de traitement antirhumatismaux à action lente (ARAL) et doivent avoir effectué un essai approprié d'au moins trois antirhumatismaux à action lente (ARAL) consécutifs, dont un doit comprendre le méthotrexate, sauf en cas de contre-indication.
 - ET
 - ont effectués un essai approprié de leflunomide, sauf en cas de contre-indication ou d'intolérance.

Notes cliniques :

- Injection intraveineuse : La dose intraveineuse est administrée aux semaines 0, 2 et 4 et chaque 4 semaine par la suite.
- Injection sous-cutanée : Une seule dose intraveineuse peut être administrée au début du traitement jusqu'à 1000 mg suivi par une dose sous-cutanée en dedans une journée, et par la suite une dose de 125mg sous-cutanée chaque semaine.
- Abatacept ne sera pas remboursé en combinaison avec un agent inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (TNF).

Note pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.

Fibrillation auriculaire

Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébrale et de l'embolie systémique chez les patients à risque présentant une fibrillation auriculaire non valvulaire :

- chez qui l'anticoagulothérapie est jugée inefficace à la suite d'un traitement d'au moins deux mois par la warfarine, OU
- chez qui l'anticoagulothérapie par la warfarine est contre-indiquée ou impossible en raison de l'incapacité d'effectuer une surveillance régulière du RIN (c.-à-d. aucune possibilité de mesurer le RIN en laboratoire, en clinique, en pharmacie et au domicile du patient)

Notes cliniques :

- L'apixaban n'est pas remboursé pour les groupes de patients ci-dessous qui présentent une fibrillation auriculaire :
 - Patients qui présentent une altération de la fonction rénale (clairance de la créatinine ou taux de filtration glomérulaire estimé < 25 mL/min)
 - Patients âgés de 75 ans et plus qui ne présentent pas une fonction rénale stable documentée
 - Patients atteints d'une maladie cardiaque d'origine rhumatismale significative sur le plan hémodynamique, en particulier une sténose mitrale
 - Patients porteurs de prothèses valvulaires cardiaques
- Les patients à risque présentant une fibrillation auriculaire sont définis comme ceux qui ont un score CHADS2 ≥ 1 . Les prescripteurs peuvent envisager un antiagrégant plaquettaire ou un anticoagulant oral chez les patients présentant un score CHADS2 de 1.
- On dit que l'anticoagulothérapie est inefficace lorsque le RIN est situé à l'extérieur de l'intervalle thérapeutique voulu lors d'au moins 35 % des mesures réalisées pendant la période de surveillance (pour qu'une anticoagulothérapie soit considérée comme efficace, le RIN doit donc être situé dans l'intervalle thérapeutique voulu lors d'au moins 65 % des mesures réalisées pendant la période de surveillance).
- Une fonction rénale stable documentée est définie comme le maintien d'une clairance de la créatinine ou d'un taux de filtration glomérulaire estimé stables pendant au moins trois mois.
- La dose habituelle recommandée d'apixaban est de 5 mg deux fois par jour; une dose réduite de 2,5 mg deux fois par jour est recommandée chez les patients répondant à au moins deux des critères suivants : âge > 80 ans, poids corporel < 60 kg ou taux de créatinine sérique > 133 micromoles/litre.
- Comme l'insuffisance rénale peut accroître le risque d'hémorragie, la fonction rénale doit être surveillée régulièrement. Les autres facteurs qui augmentent le risque d'hémorragie doivent également faire l'objet d'une évaluation et d'une surveillance (voir la monographie de l'apixaban).
- Les patients qui entreprennent un traitement par l'apixaban doivent avoir un accès rapide à des services médicaux appropriés en cas d'hémorragie majeure.
- Il n'existe actuellement aucune donnée démontrant que l'apixaban produit un effet anticoagulant convenable chez les patients atteints d'une maladie valvulaire d'origine rhumatismale ou chez les porteurs de prothèses valvulaires cardiaques. L'apixaban n'est donc pas recommandé chez ces populations.

Apixaban (Eliquis^{MC})

Comprimé de 2,5mg

02377233

BRI

(SA)

PCF

Prophylaxie de la TEV

- Pour la prévention des événements thromboemboliques veineux chez les patients qui ont subi une arthroplastie totale élective du genou.
- Pour la prévention des événements thromboemboliques veineux chez les patients qui ont subi une arthroplastie totale élective de la hanche.

Notes cliniques :

1. La durée totale du traitement comprend la période d'administration postopératoire dans le cadre de soins de courte durée (à l'hôpital), et la période d'autorisation couvre le reste de la durée totale du traitement après le congé de l'hôpital.
2. La dose initiale est généralement administrée de 12 à 24 heures après la chirurgie, une fois l'hémostase obtenue.
3. L'efficacité et l'innocuité de l'utilisation séquentielle d'une héparine de faible poids moléculaire suivie d'apixaban pour la prophylaxie de la TEV n'ont pas été évaluées au cours du programme d'essais cliniques ADVANCE. En raison du manque actuel de données sur l'utilisation séquentielle, cette modalité n'est pas admissible au remboursement.
4. Un jugement clinique s'impose afin d'évaluer le risque accru de TEV et/ou d'effets indésirables chez les patients qui présentent des antécédents de TEV, d'infarctus du myocarde, d'accident ischémique transitoire ou d'accident ischémique cérébral; des antécédents d'hémorragie intraoculaire ou intracrânienne; des antécédents de maladie gastro-intestinale accompagnée d'une hémorragie gastro-intestinale; une insuffisance rénale modérée ou grave (clairance de la créatinine estimée < 30 mL/min) ou une insuffisance hépatique grave, ainsi que chez ceux qui reçoivent d'autres anticoagulants en concomitance ou qui ont plus de 75 ans.
5. Aucun essai clinique de l'apixaban n'a été mené chez des patients ayant subi une chirurgie consécutive à une fracture de la hanche. Par conséquent, l'apixaban n'est pas recommandé chez ces patients.

Notes pour les réclamations :

- Le remboursement maximum sans autorisation spéciale se limitera à 14 jours de traitement (28 comprimés) pour une arthroplastie totale du genou ou à 30 jours (60 comprimés) pour une arthroplastie totale de la hanche, sur une période de 6 mois.
- Un remboursement subséquent pour la prophylaxie dans une période de 6 mois (p. ex., remplacement d'une deuxième articulation au cours de la période de 6 mois) nécessitera une autorisation spéciale.

Ivacaftor (Kalydeco^{MD})

Comprimé de 150mg

02397412

VTX

(SA)

PCF

Pour le traitement de la fibrose kystique chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- âgés de six ans et plus;
- porteurs d'une mutation G551D du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (CFTR).

Critères du premier renouvellement :

Les demandes de renouvellement seront prises en considération pour les patients qui ont eu une réaction documentée au traitement (après au moins six mois de traitement), démontrée par l'un des éléments suivants :

Dans les cas où la concentration de chlorure dans la sueur du patient avant le début du traitement était de plus de 60 mmol/litre :

- la concentration de chlorure dans la sueur du patient est descendue sous 60 mmol/litre; ou
- la concentration de chlorure dans la sueur du patient a baissé de 30 % depuis les résultats du dernier test.

Dans les cas où la concentration de chlorure dans la sueur du patient avant le début du traitement était de moins de 60 mmol/litre :

- la concentration de chlorure dans la sueur du patient a baissé de 30 % depuis les résultats du dernier test; ou
- le patient démontre une amélioration absolue du VEMS d'au moins 5 %, lorsque comparé au test du VEMS effectué avant le début du traitement.

Critères visant les renouvellements subséquents :

- Le patient continue de tirer avantage du traitement.

Notes cliniques :

- la concentration de chlorure dans la sueur du patient et le VEMS doivent être indiqués dans chaque demande.
- un test de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectué quelques mois après le début du traitement à l'ivacaftor, afin de déterminer sur la concentration de chlorure dans la sueur baisse.
 - Si la réduction prévue a lieu, un test de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectué à nouveau six mois après le début du traitement, afin de déterminer si la réduction a bel et bien eu lieu. Ensuite, la concentration de chlorure dans la sueur doit être vérifiée chaque année.
 - Si la réduction prévue n'a pas lieu, un test de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectué à nouveau une semaine plus tard. Si les critères ne sont pas respectés, le remboursement cessera.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV
- Dosage approuvé : 150 mg aux 12 heures
- Durée de l'approbation initiale et du renouvellement : 1 an

Régorafenib (Stivarga®)

Comprimé de 40mg 02403390 BAY (SA) PCF

Pour le traitement des adultes atteints de tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) métastatiques et/ou non résecables chez qui la maladie a progressé pendant le traitement par l'imatinib et le sunitinib ou qui ont manifesté une intolérance à ces médicaments, et qui présentaient un indice de performance ECOG de 0 ou de 1.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite selon laquelle le patient continue de bénéficier du traitement.

Note clinique :

- Posologie recommandée : 160 mg par voie orale 1 fois/jour (pendant 3 sem. puis 1 sem. sans traitement).

Notes pour les réclamations :

- Durée de l'approbation initiale : 6 mois
- Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Peginterféron alfa-2a (Pegasys®) Auto-injecteur ProClick™ (nouveau format)	180mcg/0,5mL	02248077			
Peginterféron alfa-2a - ribavirine (Pegasys RBV®) Auto-injecteur ProClick™ (nouveau format)	180mcg/0,5mL Comprimé de 200mg	02253429	HLR	(SA)	MLP

Référez-vous au formulaire des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick pour les critères d'autorisation spéciale.

Médicaments évalués et non inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique compare aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	Indication	DIN	Fabricant
Azilsartan médoxomil (Edarbi®)	Comprimés de 40mg, 80mg	Hypertension essentielle	2381389 2381397	TAK
Azilsartan médoxomil- chlorthalidone (Edarbyclor ^{MC})	Comprimés de 40/12.5mg, 80/12.5mg, 40/25mg	Hypertension essentielle	2397749 2397757 2397765	TAK
Buprénorphine (BuTrans®)	Système transdermique de buprenorphine 5mcg/h, 10mcg/h, 20mcg/h	Douleurs persistantes (intensité modérée)	2341174 2341212 2341220	PFR
Évérolimus (Afinitor®)	Comprimés de 2.5mg, 5mg, 10mg	Angiomyolipome du rein associé à la sclérose tubéreuse de Bourneville	2369257 2339501 2339528	NVR
Régorafenib (Stivarga®)	Comprimés pelliculés 40mg	Cancer colorectal métastatique	2403390	BAY
Zolpidem (Sublinox ^{MC})	Comprimé à dissolution orale 5mg, 10mg	Insomnie	2391678 2370433	MVL

Bulletin n° 897

Le 28 novembre 2014

Mise à jour du formulaire du PMONB

Vous trouverez ci-annexées une liste des **médicaments génériques ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories de médicaments génériques existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

NB Drug Plans Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques aux Régimes de médicaments du N.-B.

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFG FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alendronate Sodium/Cholecalciferol Alendronate sodique/Cholécalciférol Tab Orl 70mg/5600IU Co.	Sandoz Alendronate/ Cholecalciferol	2429160	SDZ	W & Spec. Auth.	2.3312
Cyanocobalamin Cyanocobalamine Liq Inj 1000mcg/mL Liq	Jamp-Cyanocobalamin	2420147	JPC	ADEFGVW	0.4500
Latanoprost Liq Oph 0.005% Liq	pms-Latanoprost	2317125	PMS	ADEFGVW	3.8542
Pregabalin Cap Orl 25mg Caps	Mar-Pregabalin	2417529	MAR	W & Spec. Auth.	0.2058
	Mar-Pregabalin	2417537	MAR	W & Spec. Auth.	0.3228
	Mar-Pregabalin	2417545	MAR	W & Spec. Auth.	0.4176
	Mar-Pregabalin	2417561	MAR	W & Spec. Auth.	0.5757
Rabeprazole Sodium Rabéprazole sodique ECT Orl 10mg Co. Ent.	Abbott-Rabeprazole	2422638	ABB	ABDEFGVW	0.1204
Tamsulosin Hydrochloride ERT Orl 0.4mg Co.L.P.	Tamsulosin CR	2427117	SAS	ADEFVW	0.1500

Bulletin n° 898

Le 12 décembre 2014

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 12 décembre 2014

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Méthotrexate (Metoject®)	7,5mg/0,75mL	02320029	MDX	ADEFGVW	PCF
	10mg/mL	02320037			
	15mg/1,5mL	02320045			
	20mg/2mL	02304767			
	25mg/2,5mL	02320053			
Acétate d'hydrocortisone acétate-sulfate de zinc (Jampzinc-HC)	Onguent 0,5% / 0,5%	02387239	JPC	ADEFGVW	PCF

Médicaments qui ne requièrent plus d'autorisation spéciale

Cyclosporine (Neoral ^{MD}) et marques génériques	Capsule de 10mg	Consultez le formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. pour obtenir la liste complète.		AEFGVW	PAM
	Capsule de 25mg				
	Capsule de 50mg				
	Capsule de 100mg				
	Solution orale de 100mg/mL				
Léflunomide (Arava®) et marques génériques	Comprimé de 10mg	Consultez le formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. pour obtenir la liste complète.		ADEFGVW	PAM
	Comprimé de 20mg				
Zuclopenthixol (Clopixol® Dépôt)	Injection de 200mg/mL	02230406	MRR	ADEFGVW	PCF

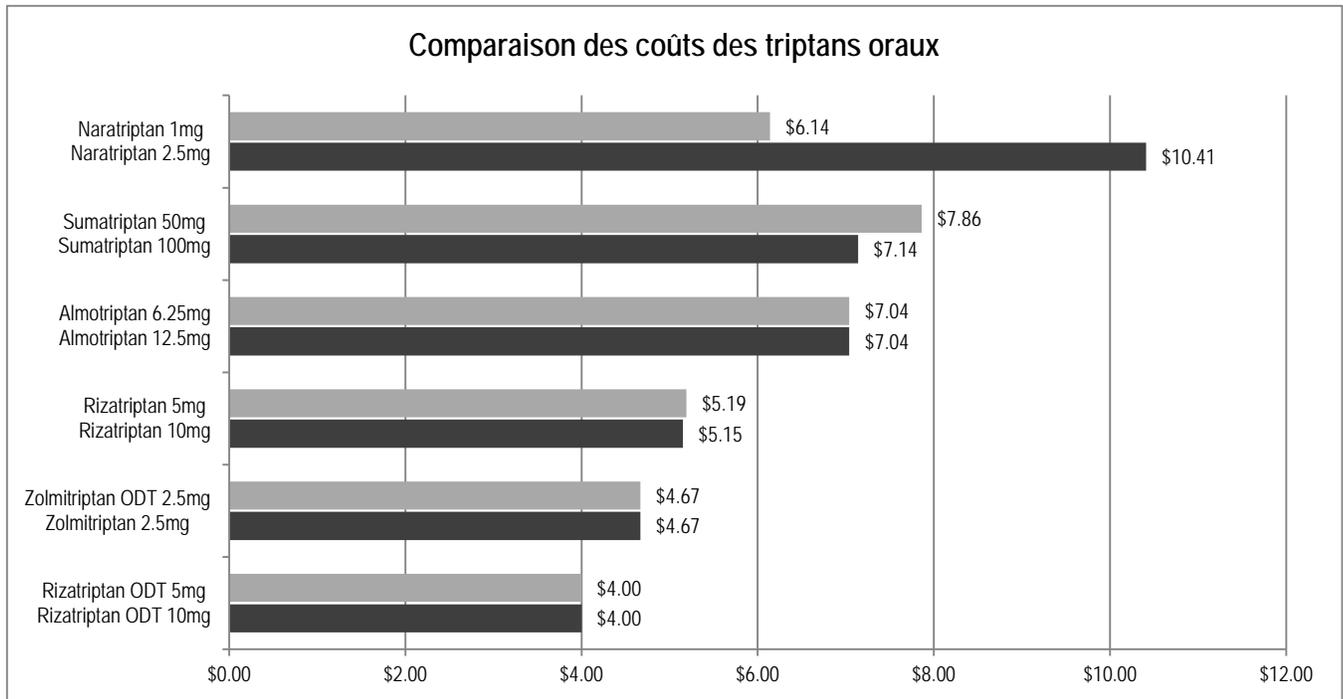
Bisphosphonates oraux pour ostéoporose

Alendronate (Fosamax®) et marques génériques	Comprimé de 10mg	Consultez le formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. pour obtenir la liste complète.		ADEFGVW	PAM
	Comprimé de 70mg				
Risédronate (Actonel ^{MD}) et marques génériques	Comprimé de 5mg				
	Comprimé de 35mg				

Agoniste des récepteurs 5-HT₁ oraux (Triptans)

Notes : Un maximum de 72 comprimés sera remboursé annuellement sans autorisation spéciale.

Rizatriptan (Maxalt®) et marques génériques	Comprimé de 5mg				
	Comprimé de 10mg				
Rizatriptan (Maxalt RPD®) et marques génériques	Comprimé à DO de 5mg	Consultez le formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. pour obtenir la liste complète.		ADEFGVW	PAM
	Comprimé à DO de 10mg				
Zolmitriptan (Zomig®) et marques génériques	Comprimé de 2,5mg				
Zolmitriptan (Zomig Rapimelt®) et marques génériques	Comprimé de DO 2,5mg				



Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Somatrophine (Genotropin®) GoQuick®	Stylo prérempli de 5,3mg	02401703	PFI	(SA)	PCF
	Stylo prérempli de 12mg	02401711			
Somatrophine (Genotropin®) MiniQuick®	Seringue préremplie de 0,6mg	02401762	PFI	(SA)	PCF
	Seringue préremplie de 0,8mg	02401770			
	Seringue préremplie de 1mg	02401789			
	Seringue préremplie de 1,2mg	02401797			
	Seringue préremplie de 1,4mg	02401800			
	Seringue préremplie de 1,6mg	02401819			
	Seringue préremplie de 1,8mg	02401827			
Seringue préremplie de 2mg	02401835				

- Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 18 ans.
- Indiqué dans le traitement de la petite taille associée au syndrome de Turner chez les patients dont les épiphyses ne sont pas fermées.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- La somatrophine est un service assuré habituel pour le régime T.

Lénalidomide (Revlimid®)	Capsule de 5mg	02304899			
	Capsule de 10mg	02304902			
	Capsule de 15mg	02317699	CEL	(SA)	PCF
	Capsule de 25mg	02317710			

Pour le traitement d'entretien des patients ayant récemment reçu un diagnostic de myélome multiple, à la suite d'une greffe autologue de cellules souches, dont la maladie s'est au moins stabilisée, sans évidence de progression de la maladie.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite comme quoi rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

- Posologie recommandée : dose initiale de 10 mg par jour. Une modification de la dose (5-15 mg) pourrait être nécessaire en fonction des caractéristiques/réponses individuelles du patient.
- On peut poursuivre le traitement avec la lénalidomide jusqu'à ce que la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent, requérant l'arrêt du médicament.

Notes pour les réclamations :

- Durée de l'approbation initiale : 1 an
- Durée de l'approbation du renouvellement : 1 an

Siméprévir (Galaxos™)	Capsule de 150mg	02416441	JAN	(SA)	PCF
-----------------------	------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 en association avec le peginterféron alfa et la ribavirine chez les adultes atteints de maladie hépatique compensée lorsque les critères suivants sont remplis :

- Taux détectable de l'ARN du virus de l'hépatite C (VHC) au cours des six derniers mois
- Un stade de fibrose de F2, F3 ou F4 (le score Metavir ou l'équivalent).

Critères d'exclusion :

- Les patients présentant un polymorphisme Q80K de la NS3 ne devraient pas être traités par le siméprévir
- Les patients ayant antérieurement reçu un traitement complet par le bocéprévir ou le télaprévir en association avec le peginterféron alfa et la ribavirine et n'ayant PAS obtenu une réponse satisfaisante
- Les patients atteints de maladie hépatique décompensée
- Les patients âgés de moins de 18 ans
- Les patients ayant reçu une greffe antérieure, y compris une greffe du foie
- Les patients ayant reçu un traitement antérieur par le siméprévir en association avec le sofosbuvir

Notes cliniques :

1. La dose recommandée est de 150 mg une fois par jour en association avec le peginterféron alfa et la ribavirine.
2. La durée du traitement doit être établie à l'aide du tableau d'évaluation du traitement axé sur la réponse.

Groupe de patients	ARN du VHC à la semaine 4	Triothérapie Siméprévir, peginterféron alfa et ribavirine	Bithérapie peginterféron alfa et ribavirine	Durée totale du traitement
Patients n'ayant jamais reçu un traitement ou ayant connu une rechute à la suite d'un traitement antérieur	Indétectable	12 premières semaines	12 semaines supplémentaires	24 semaines
	<25 IU/mL détectables	12 premières semaines	36 semaines supplémentaires	48 semaines
Patients n'ayant pas répondu à un traitement antérieur (comprenant l'absence de réponse et la réponse partielle)	Indétectable ou <25 IU/mL détectables	12 premières semaines	36 semaines supplémentaires	48 semaines

3. L'arrêt du traitement est recommandé chez les patients présentant une réponse virologique insatisfaisante en cours de traitement puisqu'une réponse virologique soutenue est peu probable et qu'une résistance pourrait survenir en cours de traitement. Veuillez consulter le tableau des règles d'arrêt du traitement.

ARN du VHC	Mesure
4 ^e semaine de traitement : taux \geq 25 UI/mL	Arrêter le traitement par le siméprévir, le peginterféron alfa et la ribavirine
12 ^e semaine de traitement : détectable	Arrêter le traitement par le peginterféron alfa et la ribavirine (le traitement par le siméprévir se termine à la 12 ^e semaine)
24 ^e semaine de traitement : détectable	Arrêter le traitement par le peginterféron alfa et la ribavirine

Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir les renseignements thérapeutiques complets.

Notes pour les réclamations :

- Un seul traitement (pour une durée maximale de 12 semaines) sera approuvé.
- Les renouvellements ne seront pas pris en considération.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Méthadone HCl (Methadose™) concentré oral non aromatisé		02394618			
Méthadone HCl (Methadose ^{MC}) concentré oral aromatisé à la cerise	10mg/mL	02394596	MAL	(SA)	PAM ¹

Indiqué pour le traitement de la dépendance aux opiacés.

Les politiques de remboursement de la méthadone des Régimes de médicaments du N.-B. sont indiquées ici : [Méthadone pour la dépendance aux opiacés](#)

¹À compter du 17 décembre 2014, le PAM du Methadose^{MC} sera augmenté à 0,0162 \$ par mg.

Médicaments évalués et non inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique compare aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	Indication	DIN	Fabricant
Somatrophine (Genotropin®) GoQuick®	Stylo prérempli de 5,3mg Stylo prérempli de 12mg	Les adultes ayant un déficit en hormone de croissance	02401703 02401711	PFI
Somatrophine (Genotropin®) MiniQuick®	Seringue préremplie de 0,6mg Seringue préremplie de 0,8mg Seringue préremplie de 1mg Seringue préremplie de 1,2mg Seringue préremplie de 1,4mg Seringue préremplie de 1,6mg Seringue préremplie de 1,8mg Seringue préremplie de 2mg	Les adultes ayant un déficit en hormone de croissance	02401762 02401770 02401789 02401797 02401800 02401819 02401827 02401835	PFI

Bulletin n° 899

Le 16 décembre 2014

Mise à jour du formulaire du régime de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-annexées une liste des **médicaments génériques ajoutés** au formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Catégories de médicaments génériques existantes

- Les nouveaux produits seront remboursés au PAM de la catégorie actuelle.

Nouvelles catégories de médicaments génériques

- Les nouveaux produits, autres que les produits de marque originale, seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 16 décembre 2014.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 6 janvier 2015. Avant le 6 janvier 2015, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des produits équivalent pharmaceutique (interchangeable) ajoutés ci-jointe.

Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

NB Drug Plans Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques aux Régimes de médicaments du N.-B.

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Acetylsalicylic Acid Acide Acétylsalicylique ERT Orl 81mg Co.L.P.	ASA EC	2426811	SAS	V	0.0530
Capecitabine Capécitabine Tab Orl 150mg Co.	Sandoz Capecitabine	2421917	SDZ	Spec. Auth.	0.9150
	Sandoz Capecitabine	2421925	SDZ	Spec. Auth.	3.0500
Celecoxib Célécoxib Cap Orl 100mg Caps	Celebrex	2239941	PFI		0.7034
	Apo-Celecoxib	2418932	APX		
	Co Celecoxib	2420155	ATV		
	GD-Celecoxib	2291975	GMD		
	Jamp-Celecoxib	2424533	JPC		
	Mar-Celecoxib	2420058	MAR	W & Spec. Auth.	0.1759
	Mint-Celecoxib	2412497	MNT		
	Mylan-Celecoxib	2423278	MYL		
	pms-Celecoxib	2355442	PMS		
	Ran-Celecoxib	2412373	RAN		
	Sandoz Celecoxib	2321246	SDZ		
	Teva-Celecoxib	2288915	TEV		
	Celebrex	2239942	PFI		1.4072
	Apo-Celecoxib	2418940	APX		
	Co Celecoxib	2420163	ATV		
	GD-Celecoxib	2291983	GMD		
	Jamp-Celecoxib	2424541	JPC		
	Mar-Celecoxib	2420066	MAR	W & Spec. Auth.	0.3518
	Mint-Celecoxib	2412500	MNT		
	Mylan-Celecoxib	2399881	MYL		
	pms-Celecoxib	2355450	PMS		
	Ran-Celecoxib	2412381	RAN		
	Sandoz Celecoxib	2321254	SDZ		
	Teva-Celecoxib	2288923	TEV		