

Bulletin n° 900

Le 30 janvier 2015

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 30 janvier 2015.
 - Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 20 février 2015. Avant le 20 février 2015, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des médicaments génériques 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	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Capecitabine Capécitabine							
Tab	Orl	150mg	Ach-Capecitabine	2426757	AHI	(SA)	0.4575
Co.		500mg	Ach-Capecitabine	2426765	AHI	(SA)	1.5250
Cefixime Céfixime							
Tab	Orl	400mg	Suprax	868981	SAV	ABDEFGVW	3.6230
Co.			Auro-Cefixime	2432773	ARO		3.0795
Clarithromycin Clarithromycine							
ERT	Orl	500mg	Act Clarithromycin XL	2403196	ATV	ABDEFGVW	1.2572
Co.L.P.							
Clopidogrel							
Tab	Orl	75mg	Mar-Clopidogrel	2422255	MAR	W & (SA)	0.6576
Co.							
Efavirenz Éfavirenz							
Tab	Orl	600mg	Auro-Efavirenz	2418428	ARO	DU	3.8030
Co.							
Erlotinib							
Tab	Orl	25mg	Tarceva	2269007	HLR	(SA)	13.3333
Co.			Teva-Erlotinib	2377691	TEV		11.3333
		100mg	Tarceva	2269015	HLR	(SA)	53.3333
			Teva-Erlotinib	2377705	TEV		45.3333
		150mg	Tarceva	2269023	HLR	(SA)	80.0000
			Teva-Erlotinib	2377713	TEV		68.0000
Gabapentin Gabapentine							
Tab	Orl	600mg	Gabapentin	2431289	SAS	ADEFGVW	0.4522
Co.		800mg	Gabapentin	2431297	SAS	ADEFGVW	0.6030
Gliclazide							
ERT	Orl	30mg	Mint-Gliclazide MR	2423286	MNT	ABDEFGVW	0.0931
Co.L.P.							
Irbesartan							
Tab	Orl	75mg	Jamp-Irbesartan	2418193	JPC	ADEFGVW	0.3073
Co.		150mg	Jamp-Irbesartan	2418207	JPC	ADEFGVW	0.3073

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
Irbesartan Tab Orl Co.	Jamp-Irbesartan	2418215	JPC	ADEFGVW	0.3073
Paroxetine Paroxétine Tab Orl Co.	Mint-Paroxetine	2421380	MNT	ADEFGVW	0.4514
	Mint-Paroxetine	2421399	MNT	ADEFGVW	0.4796
Pramipexole Tab Orl Co.	Pramipexole	2367602	SAS	ADEFVW	0.2628
	Pramipexole	2367610	SAS	ADEFVW	1.0514
	Pramipexole	2367629	SAS	ADEFVW	0.5257
Pregabalin Prégabaline Cap Orl Caps	Mint-Pregabalin Pregabalin	2423804 2403692	MNT SIV	W & (SA)	0.2058
	Mint-Pregabalin Pregabalin	2423812 2403706	MNT SIV	W & (SA)	0.3228
	Mint-Pregabalin Pregabalin	2424185 2403714	MNT SIV	W & (SA)	0.4176
	Mint-Pregabalin Pregabalin	2424207 2403722	MNT SIV	W & (SA)	0.5757
	Pregabalin	2403730	SIV	W & (SA)	0.5757
Tacrolimus Cap Orl Caps	Prograf Sandoz Tacrolimus	2243144 2416816	ASL SDZ	DR	1.9700 1.4775
Valganciclovir Tab Orl Co.	Teva-Valganciclovir	2413825	TEV	(SA)	11.6062

Bulletin n° 901

Le 27 février 2015

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 27 février 2015.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 20 mars 2015. Avant le 20 mars 2015, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des médicaments génériques 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
Buprenorphine / Naloxone Buprénorphine / Naloxone							
Slit	Orl	2mg/0.5mg	Suboxone	2295695	RBH		2.6700
Co.S.L.			Mylan-Buprenorphine/Naloxone	2408090	MYL	(SA)	1.3350
			Teva-Buprenorphine/Naloxone	2424851	TEV		
		8mg/2mg	Suboxone	2295709	RBH		4.7300
			Mylan-Buprenorphine/Naloxone	2408104	MYL	(SA)	2.3650
			Teva-Buprenorphine/Naloxone	2424878	TEV		
Clopidogrel							
Tab	Orl	75mg	Jamp-Clopidogrel	2415550	JPC	W & (SA)	0.6576
Co.							
Famotidine							
Tab	Orl	20mg	Apo-Famotidine	1953842	APX		
Co.			Famotidine	2351102	SAS	ADEFGVW	0.2658
			Mylan-Famotidine	2196018	MYL		
			Teva-Famotidine	2022133	TEV		
		40mg	Apo-Famotidine	1953834	APX		
			Famotidine	2351110	SAS	ADEFGVW	0.4834
			Mylan-Famotidine	2196026	MYL		
			Teva-Famotidine	2022141	TEV		
Lansoprazole							
SRC	Orl	15mg	Lansoprazole	2433001	PMS	(SA)	0.5000
Caps.L.L.							
Omeprazole							
SRT	Orl	20mg	Jamp-Omeprazole	2420198	JPC	ABDEFGVW	0.4117
Co.L.L.							
Rizatriptan							
ODT	Orl	5mg	Teva-Rizatriptan ODT	2396661	TEV	(SA)	3.7050
Co.D.O.							
		10mg	Teva-Rizatriptan ODT	2396688	TEV	(SA)	3.7050
Zolmitriptan							
ODT	Orl	2.5mg	Jamp-Zolmitriptan ODT	2428237	JPC	(SA)	4.6650
Co.D.O.							

Bulletin n° 902

le 6 mars 2015

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 6 mars 2015.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place

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
Dexaméthasone / néomycine, sulfate de / polymyxine B, sulfate de (Maxitrol ^{MD})	0,1% Oph Susp	00042676	ALC	ADEFGVW	PCF
	0,1% Oph Ont	00358177			
Framycétine, sulfate de (Soframycin [®])	0,5% Oph Sol	02224887	ERF	ADEFGVW	PCF
Kétotifène, fumarate de (Zaditor ^{MD})	0,025% Oph Sol	02242324	NVO	ADEFGVW	PCF
Tropicamide (Mydriacyl ^{MD})	0,5% Oph Sol	00000981	ALC	ADEFGVW	PCF
	1% Oph Sol	00001007			
Médicaments qui ne requièrent plus d'autorisation spéciale					
Alendronate / cholécalciférol (Fosavance [®]) et marques génériques	Comprimé de 70mg/5600UI	Consultez le formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. pour obtenir la liste complète		ADEFGVW	PAM
Entacapone (Comtan [®]) et marques génériques	Comprimé de 200mg	Consultez le formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. pour obtenir la liste complète		ADEFGVW	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Fluticasone, furoate de / vilantérol, trifénatate de (Breo [®] Ellipta [®])	100mcg/25mcg Inhalation par voie orale	02408872	GSK	(SA)	PCF

Maladie pulmonaire obstructive chronique:

- 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 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 ($VEMS_1 < 60\%$ et rapport $VEMS_1/CVF < 0,7$) et présence de symptômes importants, (c.-à-d. échelle de dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) de 3 à 5).
- Une polythérapie avec une antagoniste muscarinique à longue durée d'action (MALA) ET avec une bêta2-adrenergique agoniste à longue durée d'action/corticostéroïde inhalé (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).

Note clinique :

- 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 100m (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.

Ocriplasmine (Jetrea^{MD})

2,5mg/mL
Injection intravitréenne 02410818 ALC (SA) PCF

Pour le traitement de l'adhérence vitréo-maculaire (AVM) symptomatique, si les critères et conditions cliniques suivants sont respectés :

- Le diagnostic d'AVM a été confirmé par une tomographie en cohérence optique.
- Les patients ne présentent aucune des conditions suivantes : trous maculaires de grand diamètre (de plus de 400 micromètres), myopie avancée (correction supérieur à 8 dioptries ou longueur axiale de plus de 28 millimètres), aphakie, antécédents de décollement de la rétine, instabilité de la zonule du cristallin, chirurgie oculaire récente ou injection intraoculaire récente (y compris le traitement au laser), rétinopathie diabétique proliférante, rétinopathies ischémiques, occlusions veineuses rétinienues, dégénérescence maculaire liée à l'âge exudative ou hémorragie vitreuse.

Notes cliniques :

- L'ocriplasmine doit être administré par un ophtalmologiste ayant déjà procédé à des injections intravitréennes.
- Le régime ne couvre qu'une seule injection d'ocriplasmine par œil (ce qui signifie que la répétition du traitement n'est pas couverte).

Ribavirine (Ibavyr^{MC})

Comprimé de 400mg 02425890 PDP
Comprimé de 600mg 02425904 PDP (SA) PCF

Indiqué en association avec d'autres agents pour le traitement de l'hépatite C chronique. Le critère applicable pour le traitement d'association doit être respecté.

Sitagliptine / metformine
(Janumet® XR)

Comprimé à libération
prolongée de 50mg/1000mg 02416794 FRS (SA) PCF

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.

Sofosbuvir (Sovaldi^{MD})

Comprimé de 400mg 02416328 GZM (SA) PCF

Pour le traitement des patients adultes âgés d'au moins 18 ans atteints d'une infection par l'hépatite C chronique avec une hépatopathie compensée (y compris la cirrhose compensée) tel qu'indiqué ci-dessous :

Période d'approbation et schéma posologique	
Génotype 1: <ul style="list-style-type: none">• Patients n'ayant jamais été traités	12 semaines de sofosbuvir en association avec RBV/pegIFN
Génotype 2: <ul style="list-style-type: none">• Patients n'ayant jamais été traités pour qui l'interféron (IFN) est médicalement contre-indiqué, ou• Patients ayant déjà reçu l'association ribavirine/peg-interféron (RBV/pegIFN)	12 semaines de sofosbuvir en association avec la RBV
Génotype 3: <ul style="list-style-type: none">• Patients n'ayant jamais été traités pour qui l'interféron (IFN) est médicalement contre-indiqué, ou• Patients ayant déjà reçu l'association RBV/pegIFN	24 semaines de sofosbuvir en association avec la RBV

Les patients doivent également répondre à TOUS les critères suivants :

- Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un spécialiste des maladies infectieuses (ou un autre médecin spécialisé dans le traitement de l'hépatite C).
- Hépatite C de génotype 1, 2 ou 3 confirmée en laboratoire.
- Détermination quantitative du taux d'ARN du VHC effectuée au cours des six derniers mois.
- Fibrose de stade F2 ou supérieur (échelle de Metavir ou équivalence).

Critères d'exclusion :

- Patients actuellement traités par un autre agent antiviral pour le VHC.
- Patients ayant déjà reçu un traitement par le sofosbuvir (les demandes pour une reprise du traitement ne seront pas prises en considération).

Notes cliniques :

- La cirrhose compensée se définit comme une cirrhose dont le score de Child-Pugh = A (5-6).
- La contre-indication médicale à l'interféron se définit comme une hypersensibilité au peg-interféron ou à l'interféron alfa-2a ou 2b, au glycol de polyéthylène ou à tout excipient de la préparation menant à l'arrêt du traitement; ou la présence de comorbidités cliniquement significatives présentant un risque accru de détérioration avec un traitement par l'interféron. Il faut obtenir tous les renseignements concernant les contre-indications du patient et/ou le risque de détérioration significative des comorbidités.
- Les patients de génotype 2 ou 3 ayant déjà été traités sont des patients qui ont déjà reçu un traitement par la RBV/pegIFN sans obtenir de réponse adéquate.
- Les patients co-infectés par le VIH/VHC peuvent être considérés s'ils répondent aux critères énumérés ci-dessus.

Note pour les réclamations :

- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.

Tériflunomide (Aubagio^{MD})

Comprimé enrobé de 14mg 02416328 GZM (SA) PCF

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)

Note clinique :

- 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 demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication					
Rivaroxaban (Xarelto [®])	Comprimé de 15mg	02378604	BAY	(SA)	PCF
	Comprimé de 20mg	02378612			

Traitement de l'accident thromboembolique veineux (TEV)

Pour le traitement de TEV (thrombose veineuse profonde (TVP) ou embolie pulmonaire (EP)).

Notes cliniques:

- La dose de rivaroxaban recommandée pour la mise en route du traitement de la TVP ou EP 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).

Note pour les réclamations :

- Période d'approbation : jusqu'à six (6) mois
-

Bulletin n° 903

le 23 mars 2015

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 23 mars 2015.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Les soumissions de demandes de règlement supérieures à 9 999,99 \$

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@nbrugs-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
Lédipasvir /sofosbuvir (Harvoni ^{MC})	Comprimé de 90mg/400mg	02432226	GIL	(SA)	PCF

Pour le traitement de l'infection par l'hépatite C chronique de génotype 1 chez des patients adultes.

Génotype 1	Période d'approbation
Patients n'ayant jamais été traités sans cirrhose, charge virale < 6 millions UI/mL	8 semaines
Patients n'ayant jamais été traités sans cirrhose, charge virale < 6 millions UI/mL ou Patients n'ayant jamais été traités avec cirrhose compensée ou Patients ayant déjà reçu un traitement sans cirrhose	12 semaines
Patients ayant déjà reçu un traitement avec cirrhose compensée	24 semaines

Les patients doivent également répondre à tous les critères suivants :

1. Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un spécialiste des maladies infectieuses (ou un autre médecin spécialisé dans le traitement de l'hépatite C).
2. Hépatite C de génotype 1, confirmée en laboratoire.
3. Détermination quantitative du taux d'ARN du VHC effectuée au cours des six derniers mois.
4. Fibrose de stade F2 ou supérieur (échelle de Metavir ou équivalence).

Critères d'exclusion :

- Patients actuellement traités par un autre agent antiviral pour le VHC.
- Patients ayant déjà reçu un traitement par le lédipasvir/sofosbuvir (les demandes pour une reprise du traitement ne seront pas prises en considération).

Notes cliniques :

1. Pour les patients jamais traités auparavant exempts de cirrhose dont la charge virale < 6 millions UI/mL, des données probantes ont montré que les taux de réponse virale soutenue (RVS) avec les schémas de traitement de 8 semaines et de 12 semaines sont similaires. Les schémas thérapeutiques d'une durée maximale de 12 semaines sont reconnus comme une option de traitement approuvée par Santé Canada. Les patients présentant une fibrose sévère/cirrhose limite (F3-4) ou les patients co-infectés par le VIH/VHC peuvent être considérés pour un traitement de 12 semaines.
2. La cirrhose compensée se définit comme une cirrhose dont le score de Child Pugh = A (5-6).
3. Les patients ayant déjà reçu un traitement sont des patients qui ont déjà été traités par peginterféron / ribavirine (PegIFN/RBV), y compris des schémas contenant des inhibiteurs de la protéase contre le VHC et qui n'ont pas obtenu de réponse adéquate.

4. Les patients co-infectés par le VIH/VHC peuvent être considérés s'ils répondent aux critères énumérés ci-dessus.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est expliqué ci-dessous.

Pomalidomide (Pomalyst®)

Capsule de 1mg	02419580			
Capsule de 2mg	02419599			
Capsule de 3mg	02419602	CEL	(SA)	PCF
Capsule de 4mg	02419610			

Pour le traitement des patients atteints de myélome multiple récidivant et/ou réfractaire :

- qui ont connu un échec avec au moins deux traitements antérieurs, y compris par bortézomib et lénalidomide, et
- dont la maladie a progressé lors du plus récent traitement.

Note clinique :

- Les demandes de pomalidomide seront examinées dans les rares cas où le bortézomib est contre-indiqué ou lorsque les patients ne le tolèrent pas; cependant, dans tous les cas, les patients devraient avoir connu un échec avec la lénalidomide qu'ils pourraient avoir reçue dans le cadre d'un traitement d'entretien.

Note pour les réclamations :

- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est expliqué ci-dessous.
-

Les soumissions de demandes de règlement supérieures à 9 999,99\$

Les demandes de règlement visant le médicament indiqué ci-dessous qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées, le même jour, dans le cadre de transactions distinctes. Le moins grand nombre possible de transactions doivent être effectué.

Transaction	DIN/ NIP	Frais d'exécution d'ordonnance	Quantité	Coût du médicament	Jours d'approvisionnement	Quote-part
Première	DIN	Oui	Ajuster la quantité de façon à ce que le coût de la demande de règlement (y compris le coût du médicament, les frais d'exécution d'ordonnance et la majoration) ne dépasse pas 9 999,99 \$.	Jusqu'à concurrence du prix de catalogue du fabricant + jusqu'à 8 %	Doit correspondre à la quantité indiquée pour chaque transaction.	Le système d'analyse déduira la quote-part sur la <u>première</u> transaction uniquement.
Deuxième	NIP	Non		Le montant doit correspondre à la quantité indiquée pour chaque transaction.		
Troisième (au besoin)	NIP	Non				
Quatrième (au besoin)	NIP	Non				

Les médicaments avec DIN et NIP applicable qui sont inclus dans cette politique son énumérés ci-dessous.

Médicament	Transaction et DIN / NIP			
	Première DIN	Deuxième NIP	Troisième NIP	Quatrième NIP
Éculizumab (Soliris®) 10mg/mL fiole	02322285	00994090	00994091	00994092
Ivacaftor (Kalydeco ^{MD}) comprimé de 150mg	02397412	00903963	00903964	00903982
Lédipasvir / Sofosbuvir (Harvoni™) comprimé de 400mg/90mg	02432226	00904021	00904022	00904023
Lénalidomide (Revlimid®) capsule de 5mg	02304899	00904000	00904001	00904023
Lénalidomide (Revlimid®) capsule de 10mg	02304902	00904005	00904006	00904024
Lénalidomide (Revlimid®) capsule de 15mg	02317699	00904010	00904011	00904025
Lénalidomide (Revlimid®) capsule de 25mg	02317710	00904013	00904014	00904027
Pomalidomide (Pomalyst®) capsule de 1mg	02419580	00904028	N/A	N/A
Pomalidomide (Pomalyst®) capsule de 2mg	02419599	00904029	N/A	N/A
Pomalidomide (Pomalyst®) capsule de 3mg	02419602	00904030	N/A	N/A
Pomalidomide (Pomalyst®) capsule de 4mg	02419610	00904031	N/A	N/A
Siméprévir (Galexos™) capsule de 150mg	02416441	00904018	00904019	00904020
Sofosbuvir (Sovaldi®) comprimé de 400mg	02418355	00904015	00904016	00904017

Les demandes de règlement qui ne respectent pas les exigences susmentionnées pourraient faire l'objet d'une vérification et d'un recouvrement.

Bulletin n° 904

Le 31 mars 2015

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 31 mars 2015.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 21 avril 2015. Avant le 21 avril 2015, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des médicaments génériques 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
Anastrozole Tab Orl 1mg Co.	Nat-Anastrozole	2417855	NAT	ADEFVW	1.2729
Atorvastatin calcium Atorvastatine calcique Tab Orl 10mg Co.	Auro-Atorvastatin	2407256	ARO	ADEFGVW	0.3138
	Auro-Atorvastatin	2407264	ARO	ADEFGVW	0.3922
	Auro-Atorvastatin	2407272	ARO	ADEFGVW	0.4216
	Auro-Atorvastatin	2407280	ARO	ADEFGVW	0.4216
Celecoxib Célécoxib Cap Orl 100mg Caps	Celecoxib	2429675	SIV	W (SA)	0.1759
	Celecoxib	2429683	SIV	W (SA)	0.3518
Dutasteride Dutastéride Cap Orl 0.5mg Caps	Dutasteride	2429012	SIV	(SA)	0.4205
Ezetimibe Ézétimibe Tab Orl 10mg Co.	Ezetimibe	2429659	SIV	(SA)	0.4612
Lamotrigine Tab Orl 25mg Co.	Lamotrigine	2428202	SIV	ADEFGVW	0.0936
	Lamotrigine	2428210	SIV	ADEFGVW	0.3735
	Lamotrigine	2428229	SIV	ADEFGVW	0.5505
Lansoprazole SRC Orl 30mg Caps.L.L.	Lansoprazole	2433028	PMS	(SA)	0.5000
Letrozole Létrozole Tab Orl 2.5mg Co.	Nat-Letrozole	2421585	NAT	ADEFVW	1.3780
Ondansetron hydrochloride dihydrate Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d') Liq Inj 2mg/mL Liq	Jamp-Ondansetron (with Preservative)	2420422	JPC	W	3.4552

Bulletin n° 905

Le 30 avril 2015

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.

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	
Cyanocobalamin Cyanocobalamine						
Liq Inj 1000mcg/mL	Cyanocobalamin Injection USP	2413795	MYL	ADEFGVW	0.3063	
Liq						
Telmisartan						
Tab Orl 40mg	Telmisartan	2432897	PMS	ADEFGVW	0.2824	
Co.						
	80mg	Telmisartan	2432900	PMS	ADEFGVW	0.2824

Bulletin n° 906

Le 29 mai 2015

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 29 mai 2015.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 19 juin 2015. Avant le 19 juin 2015, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des médicaments génériques 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
Candesartan cilexetil Candésartan cilexétil							
Tab	Orl	32mg	Candesartan	2435845	SAS	ADEFGVW	0.2995
Co.							
Celecoxib Célécoxib							
Cap	Orl	100mg	Celecoxib	2436299	SAS	W (SA)	0.1759
Caps							
		200mg	Celecoxib	2436302	SAS	W (SA)	0.3518
Diclofenac sodium/Misoprostol Diclofénac sodique/Misoprostol							
Tab	Orl	50mg/200mcg	GD-Diclofenac/Misoprostol	2341689	GMD	ADEFGVW	0.3149
Co.							
		75mg/200mcg	GD-Diclofenac/Misoprostol	2341697	GMD	ADEFGVW	0.4286
Gliclazide							
ERT	Orl	30mg	Act Gliclazide MR	2429764	ATV	ADEFGVW	0.0931
Co.L.P.							
		60mg	Diamicron MR	2356422	SEV	ADEFGVW	0.2528
			Apo-Gliclazide MR	2407124	APX		0.2150
Ondansetron hydrochloride dihydrate Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')							
Tab	Orl	4mg	Nat-Ondansetron	2417839	NAT	W (SA)	3.3495
Co.							
		8mg	Nat-Ondansetron	2417847	NAT	W (SA)	5.1110
Zopiclone							
Tab	Orl	7.5mg	Jamp-Zopiclone	2406977	JPC	ADEFVW	0.3125
Co.							

Bulletin n° 907

le 2 juin 2015

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 2 juin 2015.

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.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Lévonorgestrel (Jaydess ^{MC})	Système intra-utérine de 13,5mg	02408295	BAY	DEFG	PCF

Médicaments qui ne require plus d'autorisation spéciale

Dutastéride (Avodart [®]) et marques génériques	Capsule de 0,5mg	Consultez le formulaire des Régimes médicament du NB pour obtenir la liste complète		ADEFGVW	PAM
Finastéride (Proscar [®]) et marques génériques	Comprimé de 5mg	Consultez le formulaire des Régimes médicament du NB pour obtenir la liste complète		ADEFGVW	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Indacatérol/Glycopyrrolate (Ultibro ^{MD} Breezhaler ^{MD})	Poudre pour inhalation 110mcg/50mcg	02418282	NVR	(SA)	PCF

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée à grave, comme elle est définie par des évaluations spirométriques, chez les patients ayant obtenu une réponse inadéquate à un bêta₂-agoniste à longue durée d'action (BALA) ou à un anticholinergique à longue durée d'action (ACLA).

Notes cliniques :

- La MPOC modérée à grave est définie par des évaluations spirométriques (après le bronchodilatateur) comme suit : VEMS < 60 % de la valeur théorique et rapport VEMS/CVF < 0,70. Les rapports de spirométrie seront acceptés, et ce, sans égard au moment des évaluations spirométriques.

Dans le cas où les résultats des évaluations spirométriques ne peuvent être obtenus, les raisons doivent être clairement expliquées, et d'autres données relatives à la gravité de la MPOC doivent être fournies pour examen (c'est-à-dire score à l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) d'au moins 3). Le grade 3 de l'échelle de la dyspnée du CRM correspond à ce qui suit : le patient marche plus lentement que les gens du même âge sur une surface plane parce qu'il manque de souffle en raison de la MPOC ou s'arrête pour reprendre son souffle lorsqu'il marche à son rythme sur une surface plane.

- On qualifie une réponse d'inadéquate dans le cas suivant : symptômes qui perdurent après au moins 2 mois de traitement par un bêta₂-agoniste à longue durée d'action (BALA) ou à un anticholinergique à longue durée d'action (ACLA).

Préparations Parentérale de Fer

Ferumoxytol (Feraheme®)	Injection intraveineuse de 30mg/mL (510mg/17mL)	02377217	TAK	(SA)	PCF
-------------------------	---	----------	-----	------	-----

Pour le traitement de la carence en fer ou de l'anémie dans le cadre de l'hémodialyse à domicile, de la dialyse péritonéale et de la pré-dialyse chez les patients atteints de maladie rénale chronique.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes prises en considération seront celles effectuées par des professionnels de la santé qui se spécialise en néphrologie.
- Une dose maximale de 510mg sera remboursée.

Fer-dextran (DexIron™) Autorisation spéciale maintenant requise	Injection de 50mg/mL	02205963	LUI	(SA)	PCF
Fer-saccharose (Venofer®)	Injection de 20mg/mL	02243716	LUI	(SA)	PCF
Gluconate ferrique de sodium (Ferlecit®)	Injection de 12,5mg/mL	02243333	SAV	(SA)	PCF

Pour le traitement de l'anémie ferriprive chez les patients qui :

- sont intolérant aux préparations de fer orale ; OU
- n'ont pas répondu à un traitement adéquat de fer orale.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle puissance					
Tinzaparine sodique (Innohep®)	Seringue préremplie de 8 000 IU/0,4mL	02429462			
	Seringue préremplie de 12 000 IU/0,6mL	02429470	LEO	W (SA)	PCF
	Seringue préremplie de 16 000 IU/0,8mL	02429489			

Fair référence au formulaire des Régimes médicaments du NB pour le critère 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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	Indication	DIN	Fabricant
Bétaméthasone (Luxiq®)	Mousse à 0,12%	Psoriasis du cuir chevelu d'intensité modérée à grave	02366924	GSK
Guanfacine (Intuniv XR™)	Comprimé de 1mg	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	02409100	SHI
	Comprimé de 2mg		02409119	
	Comprimé de 3mg		02409127	
	Comprimé de 4mg		02409135	
Mébutate d'ingénol (Picato®)	Gel 0,015%	Kératose actinique	02400987	LEO
	Gel 0,05%		02400995	
Extrait d'allergène standardisé, fléole de prés (<i>Phleum pratense</i>) (Grastek®)	Comprimé sublingual de 2800 UAB	Rhinite allergique	02418304	FRS

Bulletin n° 908

le 29 juin 2015

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 29 juin 2015.

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@nbdrgs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Dolutégravir sodique (Tivicay®)	Comprimé pelliculé de 50mg	02414945	VIV	DU	PCF
Lamivudine/ Abacavir/ Dolutégravir (Triumeq ^{MC})	Comprimé de 300mg/600mg/50mg	02430932	VIV	DU	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Aflibercept (Eylea®)	Solution à 40mg/mL pour injection intravitréenne	02415992	BAY	(SA)	PCF

1. Forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

Demande de remboursement initiale :

Traitement des patients atteints de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) lorsque tous les éléments suivants s'appliquent à l'œil qui doit être traité :

- meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) entre 6/12 et 6/96;
- la taille de la lésion est égale à 12 surfaces de disque ou moins dans la partie linéaire la plus longue;
- preuve d'une progression présumée récente (< 3 mois) de la maladie [croissance des vaisseaux sanguins confirmée par angiofluorographie ou tomographie par cohérence optique (TCO)];
- le médicament doit être administré par un ophtalmologiste qualifié ayant l'expérience des injections intravitréennes.
- l'intervalle entre les doses ne doit pas être inférieur à un mois.

Maintien du remboursement :

Le traitement doit être poursuivi seulement chez les personnes qui continuent de répondre adéquatement au traitement.

Notes cliniques :

- Le remboursement ne sera pas approuvé pour les patients :
 - qui ont des lésions permanentes à la rétine, tel que le définit les lignes directrices du Royal College of Ophthalmology;
 - qui sont aussi traités par la vertéporfine.
- Il faut cesser d'administrer l'aflibercept de façon permanente en cas de :
 - réduction (absolue) de la MAVC dans l'œil traité à moins de 15 lettres lors de deux visites consécutives, attribuable à la DMLA en l'absence d'une autre pathologie;
 - réduction de la MAVC de 30 lettres ou plus comparativement à la mesure de base et/ou à la meilleure mesure antérieure enregistrée depuis le départ, car cela pourrait indiquer que le traitement est peu efficace et/ou qu'il y a des effets indésirables.
 - preuve de détérioration de la morphologie de la lésion malgré un traitement optimum lors de trois visites consécutives.

Notes pour les réclamations :

- Une demande de règlement initiale peut comprendre jusqu'à deux flacons d'aflibercept (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si ces flacons sont prescrits par un ophtalmologiste. Si une ordonnance supplémentaire est nécessaire, une demande doit être effectuée au moyen d'une autorisation spéciale.
- Les remboursements seront limités à un maximum d'un flacon d'aflibercept par œil traité tous les 30 jours. Toute demande de règlement pour plus d'un flacon ou toute demande présentée à l'intérieur d'une période de 30 jours suivant la demande précédente ne sera pas remboursée.
- Veuillez consulter [Quantités à indiquer dans les demandes de règlement](#) pour connaître la bonne unité de mesure.

2. Œdème maculaire diabétique (OMD)

Demande de remboursement initiale :

Traitement de la déficience visuelle causée par l'œdème maculaire diabétique (OMD) chez les patients qui répondent aux 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%;
- meilleure acuité visuelle corrigée entre 20/32 et 20/400;
- épaisseur rétinienne centrale supérieure ou égale à 250 micromètres.

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 la MAVC obtenus lors de cette visite;
- date de la dernière tomographie par cohérence optique et épaisseur rétinienne centrale mesurée lors de cet examen;
- si l'aflibercept est administré une fois par mois, il faut en fournir les raisons de façon détaillée.

Notes cliniques :

- Le traitement doit être administré une fois par mois jusqu'à l'atteinte de l'acuité visuelle maximale (c'est-à-dire acuité visuelle stable lors de trois évaluations mensuelles consécutives réalisées au cours du traitement). Par la suite, l'acuité visuelle doit être évaluée chaque mois.
- Il faut recommencer le traitement 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.

Notes pour les réclamations :

- Période d'approbation : un an.
- Veuillez consulter [Quantités à indiquer dans les demandes de règlement](#) pour connaître la bonne unité de mesure.

3. Occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)

Traitement de la déficience visuelle causée par l'œdème maculaire attribuable à une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR).

Notes cliniques :

- Le traitement doit être administré une fois par mois jusqu'à l'atteinte de l'acuité visuelle maximale (c'est-à-dire acuité visuelle stable lors de trois évaluations mensuelles consécutives réalisées au cours du traitement). Par la suite, l'acuité visuelle doit être évaluée chaque mois.
- Il faut recommencer le traitement lorsque le suivi révèle une baisse de l'acuité visuelle due à un œdème maculaire secondaire à une OVCR et le poursuivre jusqu'à l'atteinte d'une acuité visuelle stable pendant trois mois consécutifs.

Notes pour les réclamations :

- Période d'approbation : un an.
- Veuillez consulter [Quantités à indiquer dans les demandes de règlement](#) pour connaître la bonne unité de mesure.

Dimésylate de lisdexamétamine (Vyvanse®)	Capsule de 10mg	02439603			
	Capsule de 20mg	02347156			
	Capsule de 30mg	02322951	SHI	(SA)	MLP
	Capsule de 40mg	02347164			
	Capsule de 50mg	02322978			
	Capsule de 60mg	02347172			

Pour le traitement du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les patients âgés de 6 à 25 ans qui:

- démontrent un comportement perturbateur significatif et problématique ou qui ont des problèmes d'inattention qui interfèrent avec l'apprentissage ; et
- ont été essayé le méthylphénidate (libération immédiate ou une formulation à action prolongée) ou le dexamphétamine avec des résultats insatisfaisants.

Note pour les réclamations:

- Les demandes prises en considération seront celles effectuées par des pédopsychiatres, des pédiatres ou des omnipraticiens ayant une expertise dans le TDAH.
- La dose maximale remboursée sera de 60mg par jour.

Vilantérol / Uméclidinium (Anoro ^{MC} Ellipta®)	Poudre pour inhalation 25mcg/62.5mcg	02418401	GSK	(SA)	PCF
---	---	----------	-----	------	-----

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée à grave, comme elle est définie par des évaluations spirométriques, chez les patients ayant obtenu une réponse inadéquate à un bêta₂-agoniste à longue durée d'action (BALA) ou à un anticholinergique à longue durée d'action (ACLA).

Notes cliniques :

- La MPOC modérée à grave est définie par des évaluations spirométriques (après le bronchodilatateur) comme suit : VEMS < 60 % de la valeur théorique et rapport VEMS/CVF < 0,70. Les rapports de spirométrie seront acceptés, et ce, sans égard au moment des évaluations spirométriques.

Dans le cas où les résultats des évaluations spirométriques ne peuvent être obtenus, les raisons doivent être clairement expliquées, et d'autres données relatives à la gravité de la MPOC doivent être fournies pour examen (c'est-à-dire score à l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) d'au moins 3). Le grade 3 de l'échelle de la dyspnée du CRM correspond à ce qui suit : le patient marche plus lentement que les gens du même âge sur une surface plane parce qu'il manque de souffle en raison de la MPOC ou s'arrête pour reprendre son souffle lorsqu'il marche à son rythme sur une surface plane.

- On qualifie une réponse d'inadéquate dans le cas suivant : symptômes qui perdurent après au moins 2 mois de traitement par un bêta₂-agoniste à longue durée d'action (BALA) ou à un anticholinergique à longue durée d'action (ACLA).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication Adalimumab (Humira®)	Seringue préremplie de 40mg/0.8mL	02258595	ABV	(SA)	MLP
	Polyarthrite idiopathique juvénile Pour le traitement des enfants (de 4 à 17 ans) atteints d'une forme active modérée à grave de polyarthrite idiopathique juvénile (PIJ) qui ne réagissent pas adéquatement à au moins un traitement par agents rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM).				
	<u>Notes pour les réclamations :</u>				
	<ul style="list-style-type: none"> Doit être prescrit par un rhumatologue. 				
Nouvelle puissance Lurasidone (Latuda ^{MD})	Comprimé pelliculés de 20mg Comprimé pelliculés de 60mg	02422050 02413361	SNV	(SA)	PCF
	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.				

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
Alogliptine (Nesina™)	Comprimé de 6.25mg	Diabète sucré de type 2	02417189	TAK
	Comprimé de 12.5mg		02417197	
	Comprimé de 25mg		02417200	
Alogliptine/Metformine (Kazano ^{MC})	Comprimé de 12.5mg/500mg	Diabète sucré de type 2	02417219	TAK
	Comprimé de 12.5mg/850mg		02417227	
	Comprimé de 12.5mg/1000mg		02417235	
Aripiprazole (Abilify ^{MC})	Comprimé de 2mg	Trouble dépressif majeur	02322374	BRI
	Comprimé de 5mg		02322382	
	Comprimé de 10mg		02322390	
	Comprimé de 15mg		02322404	
	Comprimé de 20mg		02322412	
	Comprimé de 30mg		02322455	
Ustekinumab (Stelara®)	Seringue préremplie de 45mg/0.5mL	Rhumatisme psoriasique	02320673	JAN
	Seringue préremplie de 90mg/1mL		02320681	

Bulletin n° 909

Le 30 juin 2015

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 30 juin 2015.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 21 juillet 2015. Avant le 21 juillet 2015, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des médicaments génériques 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
Cefotaxime Céfotaxime							
Pws	Inj	1g	Claforan	2225093	SAV	ADEFGW	9.8000
Pds.			Cefotaxime Sodium	2434091	STR		8.3300
		2g	Claforan	2225107	SAV	ADEFGW	19.6300
			Cefotaxime Sodium	2434105	STR		16.6855
Ciprofloxacin Ciprofloxacine							
Tab	Orl	250mg	Mint-Ciproflox	2423553	MNT	BW (SA)	0.6186
Co.							
Dutasteride Dutastéride							
Cap	Orl	0.5mg	Med-Dutasteride	2416298	GMP	ADEFGVW	0.4205
Caps							
Galantamine							
ERC	Orl	8mg	Mar-Galantamine ER	2420821	MAR	(SA)	1.1475
Cap.L.P.		16mg	Mar-Galantamine ER	2420848	MAR	(SA)	1.1475
		24mg	Mar-Galantamine ER	2420856	MAR	(SA)	1.1475
Telmisartan/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	80mg/12.5mg	Telmisartan-HCTZ	2433214	PMS	ADEFGVW	0.2824
Co.		80mg/25mg	Telmisartan-HCTZ	2433222	PMS	ADEFGVW	0.2824

Bulletin n° 910

le 23 juillet 2015

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 23 juillet 2015.

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
- Soumission de demandes de règlement

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.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Escitalopram (Cipralax®) et marques génériques	Comprimé de 10mg Comprimé de 20mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFGVW	PAM

Médicaments qui ne requièrent plus d'autorisation spéciale

Topiramate (Topamax®) et marques génériques	Comprimé de 25mg Comprimé de 50mg Comprimé de 100mg Comprimé de 200mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFGVW	PAM
---	--	---	--	---------	-----

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Extrait allergénique de pollen de graminées (Oralair)	Comprimé sublingual de 100IR Comprimé sublingual de 300IR	02381885 02381893	STA	(SA)	PCF

Pour le traitement saisonnier de la rhinite allergique au pollen de plantes herbacées chez les patients qui n'ont pas répondu à la pharmacothérapie conventionnelle, ou qui y sont intolérants.

Notes cliniques :

- Un traitement aux extraits d'allergènes de plantes herbacées doit être commencé par un médecin ayant la formation et l'expérience adéquates pour le traitement des maladies allergiques respiratoires.
- Le traitement doit être commencé quatre mois avant le début de la saison pollinique et ne doit pas se poursuivre au-delà de la saison.
- Le traitement ne doit pas être administré pendant plus de trois années consécutives.

Metformine / Saxagliptine (Komboglyze®)	Comprimé de 500mg/2,5mg Comprimé de 850mg/2,5mg Comprimé de 1000mg/2,5mg	02389169 02389177 02389185	AZE	(SA)	PCF
---	--	----------------------------------	-----	------	-----

Pour le traitement du diabète sucré de type 2 chez les patients :

- pour qui l'insuline n'est pas une option, et
- dont l'état est déjà stable grâce à un traitement avec de la metformine, une sulfonylurée et de la saxagliptine pour remplacer les composants individuels de la saxagliptine et de la metformine.

Riociguat (Adempas®)	Comprimé pelliculés de 0,5mg	02412764			
	Comprimé pelliculés de 1mg	02412772			
	Comprimé pelliculés de 1,5mg	02412799	BAY	(SA)	PCF
	Comprimé pelliculés de 2mg	02412802			
	Comprimé pelliculés de 2,5mg	02412810			

Pour le traitement de l'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique inopérable [HPTEC, groupe 4 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)] ou l'HPTEC persistante ou récurrente après le traitement chirurgical chez les adultes (≥ 18 ans) atteints d'hypertension pulmonaire en classe fonctionnelle II ou III de l'OMS.

Note clinique :

- Les demandes seront prises en considération si elles viennent de médecins ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de l'HPTEC.

Note sur la demande de règlement :

- Durée de l'approbation : 1 an

Saxagliptine (Onglyza®)	Comprimé de 2,5mg	02375842	AZE	(SA)	PCF
	Comprimé de 5mg	02333554			

Pour le traitement du diabète sucré de type 2, en plus de la metformine et une sulfonylurée, chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec de la metformine et une sulfonylurée et pour qui l'insuline n'est pas une option.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication					
Somatropine (Nutropin AQ® Pen®)	Injection de 10mg/2mL	02249002	HLR	(SA)	PCF
Somatropine (Nutropin AQ® NuSpin®)	Injection de 5mg/2mL	02399091			
	Injection de 10mg/2mL	02376393	HLR	(SA)	PCF
	Injection de 20mg/2mL	02399083			
Somatropine (Saizen®)	Fiole de 3,33mg	02215136			
	Fiole de 5mg	02237971			
	Fiole de 8,8mg	02272083			
	Cartouche de 6mg	02350122	EMD	(SA)	PCF
	Cartouche de 12mg	02350130			
	Cartouche de 20mg	02350149			

Pour le traitement des enfants atteints d'un retard de croissance associé à une insuffisance rénale chronique, jusqu'au moment de la transplantation, et qui répondent aux critères suivants :

- Un taux de filtration glomérulaire inférieur ou égal à 1,25 mL/s/1.73m² (75 mL/min/1.73m²)
- Preuve du retard de croissance :
 - Un score SDST de moins de -1,88 (SDST = déviation standard associée à la taille standardisée en fonction de l'âge et du sexe) ou une taille au 3^e percentile pour l'âge

OU

- Une vitesse de croissance pour l'âge SDS de moins de 1.88 ou une vitesse de croissance pour l'âge inférieure au 3^e percentile, qui se poursuit pour plus de 3 mois malgré un traitement des déficiences nutritionnelles et des anomalies métaboliques.

Note sur la demande de règlement :

- Somatropine doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste de la néphrologie pédiatrique.

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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	Indication	DIN	Fabricant
Évérolimus (Afinitor®)	Comprimé de 2,5mg	Astrocytoma sous-épendymaire à cellules géantes associé à la sclérose tubéreuse de Bourneville	02369257	NVR
	Comprimé de 5mg		02339501	
	Comprimé de 10mg		02339528	
Lomitapide (Juxtapid®)	Capsule de 5mg	Hypercholestérolémie familiale	02420341	AEG
	Capsule de 10mg		02420376	
	Capsule de 20mg		02420384	
OnabotulinumtoxinA (Botox®)	50 unités Allergan par fiole	Migraine chronique	01981501	ALL
	100 unités Allergan par fiole		01981501	
	200 unités Allergan par fiole		01981501	
Pasiréotide (Signifor ^{MD})	Ampoule de 0,3mg/mL	Maladie de Cushing	02413299	NVR
	Ampoule de 0,6mg/mL		02413302	
	Ampoule de 0,9mg/mL		02413310	

Soumission de demandes de règlement

L'information sur la soumission de demandes de règlement par les fournisseurs participants a été intégrée sur une page Web. Les exigences pour les sujets suivants sont maintenant situés [ici](#):

- Champs liés à la soumission de demandes de règlement
- Numéro d'identification de prescripteur
- Quantités à indiquer dans les demandes de règlement
- Soumission de demandes de règlement de plus de 9 999,99 \$
- Demandes de règlement manuelles

Bulletin n° 911

Le 24 juillet 2015

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 24 juillet 2015.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 14 août 2015. Avant le 14 août 2015, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des médicaments génériques 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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Donepezil Donépézil							
Tab Co.	Orl	5mg	Jamp-Donepezil	2416948	JPC	(SA)	1.1806
		10mg	Jamp-Donepezil	2416956	JPC	(SA)	1.1806
Escitalopram							
Tab Co.	Orl	10mg	Act Escitalopram	2313561	ATV		
			Apo-Escitalopram	2295016	APX		
			Auro-Escitalopram	2397358	ARO		
			Escitalopram	2430118	SAS		
			Jamp-Escitalopram	2429780	JPC	ADEFGVW	0.4318
			Mar-Escitalopram	2423480	MAR		
			Mylan-Escitalopram	2309467	MYL		
			Ran-Escitalopram	2385481	RAN		
			Sandoz Escitalopram	2364077	SDZ		
			Teva-Escitalopram	2318180	TEV		
		20mg	Act Escitalopram	2313588	ATV		
			Apo-Escitalopram	2295024	APX		
			Auro-Escitalopram	2397374	ARO		
			Escitalopram	2430126	SAS		
			Jamp-Escitalopram	2429799	JPC	ADEFGVW	0.4597
			Mar-Escitalopram	2423502	MAR		
			Mylan-Escitalopram	2309475	MYL		
			Ran-Escitalopram	2385503	RAN		
			Sandoz Escitalopram	2364085	SDZ		
			Teva-Escitalopram	2318202	TEV		
Ezetimibe Ézétimibe							
Tab Co.	Orl	10mg	Ezetimibe	2431300	SAS	(SA)	0.4612
Ferrous Fumarate Fumarate Ferreux							
Cap Caps	Orl	300mg	Jamp-Fer	80024232	JPC	ADEFGVW	0.1057
Fluconazole							
Cap Caps	Orl	150mg	Jamp-Fluconazole	2432471	JPC	ADEFGVW	3.9400
Imatinib mesylate Imatinib (mésylate d')							
Tab Co.	Orl	100mg	pms-Imatinib	2431114	PMS	(SA)	6.8186
		400mg	pms-Imatinib	2431122	PMS	(SA)	27.2743

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Irbesartan							
Tab	Orl	75mg	Mint-Irbesartan	2422980	MNT	ADEFGVW	0.3073
Co.		150mg	Mint-Irbesartan	2422999	MNT	ADEFGVW	0.3073
		300mg	Mint-Irbesartan	2423006	MNT	ADEFGVW	0.3073
Irbesartan / Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	150mg/12.5mg	Jamp-Irbesartan/Hydrochlorothiazide	2418223	JPC	ADEFGVW	0.3073
Co.		300mg/12.5mg	Jamp-Irbesartan/Hydrochlorothiazide	2418231	JPC	ADEFGVW	0.3073
		300mg/25mg	Jamp-Irbesartan/Hydrochlorothiazide	2418258	JPC	ADEFGVW	0.3052
Nystatin							
Nystatine							
Susp	Oral	100 000IU/mL	Jamp-Nystatin	2433443	JPC	ABDEFGVW	0.0518
Co.							
Pantoprazole sodium							
Pantoprazole sodique							
ECT	Orl	40mg	Pantoprazole	2437945	PMS	(SA)	0.3628
Co.Ent							
Topiramate							
Tab	Orl	25mg	Jamp-Topiramate	2435608	JPC	ADEFGVW	0.3128
Co.		100mg	Jamp-Topiramate	2435616	JPC	ADEFGVW	0.5929
		200mg	Jamp-Topiramate	2435624	JPC	ADEFGVW	0.8854

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

The following products will be delisted from the NB Drug Plans Formulary effective August 21, 2015

Les produits suivants seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 août 2015 :

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Galantamine hydrobromide						
Galantamine (bromhydrate de)						
ERC	Orl	8mg	Mylan-Galantamine	2339439	MYL	(SA)
Caps.L.P			Pat-Galantamine	2316943	PPH	
		16mg	Mylan-Galantamine	2339447	MYL	(SA)
			Pat-Galantamine	2316951	PPH	
		24mg	Mylan-Galantamine	2339455	MYL	(SA)
			Pat-Galantamine	2316978	PPH	

Bulletin n° 912

Le 28 août 2015

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 28 août 2015.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 18 septembre 2015. Avant le 18 septembre 2015, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des médicaments génériques 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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Montelukast Sodium Montélukast sodique							
TabC	Orl	4mg	Auro-Montelukast Chewable	2422867	ARO	(SA)	0.3646
Co.C.							
Norethindrone Noréthindrone							
Tab	Orl	0.35mg	Micronor	37605	JAN		0.7850
Co.			Movisse	2410303	MYL	DEFGV	0.5888
Sodium chloride Chlorure de sodium							
Ont	Oph	5%	Muro 128	750816	BSH		2.8086
Ont			Odan-Sodium Chloride	80046696	ODN	AEFGVW	2.3874

Bulletin n° 913

Le 30 septembre 2015

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 30 septembre 2015.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 21 octobre 2015. Avant le 21 octobre 2015, les produits de marque originale seront remboursés à un PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste des médicaments génériques 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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alprazolam							
Tab	Orl	0.25mg	Nat-Alprazolam	2417634	NAT	ADEFGVW	0.0609
Co.		0.5mg	Nat-Alprazolam	2417642	NAT	ADEFGVW	0.0728
Amlodipine besylate Amlodipine (bésylate d')							
Tab	Orl	5mg	Amlodipine	2429217	JPC	ADEFVW	0.2417
Co.		10mg	Amlodipine	2429225	JPC	ADEFVW	0.3587
Atorvastatin Atorvastatine							
Tab	Orl	10mg	Reddy-Atorvastatin	2417936	RCH	ADEFGVW	0.3138
Co.		20mg	Reddy-Atorvastatin	2417944	RCH	ADEFGVW	0.3922
		40mg	Reddy-Atorvastatin	2417952	RCH	ADEFGVW	0.4216
		80mg	Reddy-Atorvastatin	2417960	RCH	ADEFGVW	0.4216
Celecoxib Célécoxib							
Cap	Orl	100mg	SDZ Celecoxib	2442639	SDZ	W (SA)	0.1759
Caps		200mg	SDZ Celecoxib	2442647	SDZ	W (SA)	0.3518
Citalopram hydrobromide Citalopram (bromhydrate de)							
Tab	Orl	10mg	Citalopram	2430517	JPC	ADEFGVW	0.1432
Co.		20mg	Citalopram	2430541	JPC	ADEFGVW	0.2397
		40mg	Citalopram	2430568	JPC	ADEFGVW	0.2397
Dextroamphetamine Dextroamphétamine							
Tab	Orl	5mg	Dexedrine	1924516	PAL	DEF<18G	0.6909
Co.			Apo-Dextroamphetamine	2443236	APX		0.5081
Diclofenac Diclofénac							
Liq	Oph	0.1%	Voltaren	1940414	ALC	ADEFGVW	3.5420
Liq			Apo-Diclofenac	2441020	APX		2.6565
Donepezil Donépézil							
Tab	Orl	5mg	Nat-Donepezil	2439557	NAT	(SA)	1.1806
		10mg	Nat-Donepezil	2439565	NAT	(SA)	1.1806

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Escitalopram Tab Co.	Orl	10mg	Escitalopram Nat-Escitalopram	2429039 2440296	SIV NAT	ADEFGVW	0.4318
		20mg	Escitalopram Nat-Escitalopram	2429047 2440318	SIV NAT	ADEFGVW	0.4597
Galantamine ERC Caps.L.P.	Orl	8mg	Mylan-Galantamine ER	2339439	MYL	(SA)	1.1475
		16mg	Mylan-Galantamine ER	2339447	MYL	(SA)	1.1475
		24mg	Mylan-Galantamine ER	2339455	MYL	(SA)	1.1475
Hydrocortisone Lot Lot	Top	1%	Emo-Cort	192600	STI	ADEFGVW	0.1587
			Jamp-Hydrocortisone	80057191	JPC		0.1191
Lansoprazole SRC Caps.L.L.	Orl	15mg	Lansoprazole	2385767	SIV	(SA)	0.5000
Meropenem Méropénem Pws Pds.	Inj	1g	Merrem	2218496	AZE	W	52.7000
			Meropenem	2436507	STR		44.7950
Omeprazole Oméprazole SRT Co. L.L.	Orl	20mg	Nat-Omeprazole DR	2439549	NAT	ABDEFGVW	0.4117
Quetiapine Quétiapine Tab Co.	Orl	25mg	Nat-Quetiapine	2439158	NAT	ADEFGVW	0.1235
		100mg	Nat-Quetiapine	2439166	NAT	ADEFGVW	0.3295
		200mg	Nat-Quetiapine	2439182	NAT	ADEFGVW	0.6618
		300mg	Nat-Quetiapine	2439190	NAT	ADEFGVW	0.9656
Rizatriptan ODT Co.D.O.	Orl	5mg	Mint-Rizatriptan ODT	2439573	MNT	(SA)	3.7050
		10mg	Mint-Rizatriptan ODT	2439581	MNT	(SA)	3.7050

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Solifenacin Solifénacine							
Tab	Orl	5mg	Vesicare	2277263	ASL	(SA)	1.5450
Co.			Teva-Solifenacin	2397900	TEV		1.2669
		10mg	Vesicare	2277271	ASL	(SA)	1.5450
			Teva-Solifenacin	2397919	TEV		1.2669
Tranexamic Acid Acide Tranexamique							
Tab	Orl	500mg	GD-Tranexamic Acid	2409097	GMD	ADEFGVW	0.5934
Co.							

Bulletin n° 914

Le 14 octobre 2015

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 14 octobre 2015.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- 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 relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
---------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Aripiprazole (Abilify Maintena ^{MC})	Fiole de 300mg	02420864	OTS	(SA)	PCF
	Fiole de 400mg	02420872			

Pour le traitement de la schizophrénie chez les patients :

- pour qui l'essai d'antipsychotiques oraux présente des problèmes ou
- qui reçoit actuellement un agent antipsychotique typique et qui ressent des effets secondaires importants (p. ex., des symptômes extrapyramidaux ou de la dyskinésie tardive) ou pour qui il y a un manque d'efficacité.

Canagliflozine (Invokana TM)	Comprimé de 100mg	02425483	JAN	(SA)	PCF
	Comprimé de 300mg	02425491			

Pour le traitement du diabète de type 2, en plus de la metformine et d'une sulfonylurée, chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée et pour qui l'insuline n'est pas une option.

Éplérénone (Inspra ^{MC})	Comprimé de 25mg	02323052	PFI	(SA)	PCF
	Comprimé de 50mg	02323060			

Pour le traitement des patients souffrant d'une insuffisance cardiaque chronique de classe II de la New York Heart Association (NYHA) avec une dysfonction systolique du ventricule gauche (avec une fraction d'éjection $\leq 35\%$), comme traitement d'appoint à une thérapie standard.

Note clinique :

- Les patients doivent suivre une thérapie optimale avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), un bloqueur des récepteurs de l'angiotensine (BRA), ou les deux, et un bêta bloquant (à moins d'être contre-indiqué), à la dose recommandée ou la dose maximale tolérée.

Ibrutinib (Imbruvica [®])	Capsule de 140mg	02434407	JAN	(SA)	PCF
-------------------------------------	------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients souffrant d'une leucémie lymphoïde chronique/d'un petit lymphome lymphocytaire qui ont déjà reçu au moins un traitement antérieur, et pour qui l'on considère qu'un traitement ou qu'un retraitement avec un schéma à base d'agents fludarabine est inapproprié.

Mirabegron (Myrbetriq^{MD})

Comprimé à libération prolongée de 25mg	02402874			
Comprimé à libération prolongée de 50mg	02402882	ASL	(SA)	PCF

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 ou qui ont eu une réponse inadéquate à une période d'essai raisonnable avec de la oxybutynine à libération immédiate.

Notes cliniques :

1. Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.
2. À ne pas utiliser en association avec d'autres traitements pharmacologiques pour l'hyperactivité vésicale.

Notes pour les réclamations :

- Si le patient a fait une demande de règlement pour de l'oxybutynine dans les précédents 24 mois, le système d'analyse reconnaîtra cette information et la demande pour du mirabegron sera remboursée automatiquement sans avoir à faire une demande écrite d'autorisation spéciale.

Dasabuvir + Ombitasvir/
Paritaprèvir/ Ritonavir
(Holkira^{MC} Pak)

Comprimés pelliculés de 250mg + 12.5mg/75mg/50mg	02436027	ABV	(SA)	PCF
--	----------	-----	------	-----

Pour le traitement du virus de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les patients adultes.

Population de patients atteints du génotype 1	Période d'approbation
Patients n'ayant jamais reçu le traitement et qui ont déjà été traités pour une hépatite de génotype 1b, sans cirrhose*	12 semaines
Patients n'ayant jamais reçu le traitement et qui ont déjà été traités pour une hépatite de génotype 1a, sans cirrhose	12 semaines en combinaison avec du RBV
Patients n'ayant jamais reçu le traitement et qui ont déjà été traités pour une hépatite de génotype 1b, avec cirrhose*	12 semaines en combinaison avec du RBV
Patients n'ayant jamais reçu le traitement et qui ont déjà été traités pour une hépatite de génotype 1a (qui ont déjà fait une rechute ou réagi partiellement au traitement), avec cirrhose*	12 semaines en combinaison avec du RBV
Patients qui ont déjà été traités pour une hépatite de génotype 1a, avec cirrhose ET qui n'ont jamais réagi au peginterféron et au RBV	24 semaines en combinaison avec du RBV

*Holkira Pak avec ribavirin (RBV) est recommandé pour les patients dont le sous-type du génotype 1 est inconnu ou qui sont atteints d'une infection mixte de génotype 1.

Les patients doivent aussi répondre à tous les critères suivants :

1. Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre médecin qui a de l'expérience dans le traitement de l'hépatite C).
2. Le diagnostic d'hépatite C de génotype 1 de sous-type 1a ou 1b doit avoir été confirmé en laboratoire.
3. Les patients doivent avoir reçu une valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C au cours des six derniers mois.
4. Les patients doivent être atteints de fibrose de stade F2 au minimum (échelle Metavir ou l'équivalent).

Critères d'exclusion :

- Les patients qui sont actuellement traités avec un autre agent antiviral du virus de l'hépatite C.
- Les patients qui ont déjà reçu une série de traitements au Hologic Pak (les demandes de reprise de traitement ne seront pas prises en compte).
- Les patients atteints d'une infection décompensée.
- Les patients atteints d'une hépatite C de génotype autre que les génotypes 1a ou 1b.
- Les patients qui ont déjà reçu des traitements à base d'inhibiteurs de la protéase NS3/4A (c.-à-d., traitements à base de bocéprévir, de télaprévir et de siméprévir).
- Les patients qui ont déjà reçu des traitements à base de sofosbuvir (y compris à base de lédirasvir/sofosbuvir).

Notes cliniques :

1. Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de peginterféron/ribavirin, y compris les traitements contenant des inhibiteurs de la protéase du virus de l'hépatite C, et qui n'y ont pas réagi adéquatement.
2. Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child Pugh est de A(5-6).
3. Les patients coïnfectés par le virus de l'immunodéficience humaine et le virus de l'hépatite C peuvent être pris en compte selon les critères énumérés ci-dessus.
4. Les patients qui ont besoin de RBV (Moderiba™), comme il est indiqué ci-dessus, le recevront gratuitement par l'intermédiaire d'AbbVie s'il est prescrit en combinaison avec Hologic Pak. Le RBV ne sera pas couvert par les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Veuillez communiquer avec AbbVie pour obtenir plus de détails au 1-844-471-CARE (2273).

Notes pour les réclamations :

- Les demandes des personnes inscrites aux régimes ADEFGV seront examinées.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication					
Apixaban (Eliquis ^{MD})	Comprimé de 2.5mg	02377233	BRI	(SA)	PCF
	Comprimé de 5mg	02397714			
Pour le traitement de TEV (thrombose veineuse profonde (TVP) ou embolie pulmonaire (EP)).					
<u>Notes cliniques:</u>					
<ol style="list-style-type: none"> 1. La dose de apixaban recommandée pour la mise en route du traitement de la TVP ou EP est de 10 mg deux fois par jour pendant sept jours, et de 5 mg deux fois par jour par la suite. 2. S'il est utilisé plutôt que l'héparine/la warfarine, le apixaban est couvert par le régime d'assurance médicaments pendant au maximum six mois. Quand il est utilisé pendant plus de six mois, le apixaban 2.5mg deux fois par jour 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. 3. 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). 					
<u>Note pour les réclamations:</u>					
<ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation: jusqu'à six (6) mois 					
Énoxaparine (Lovenox [®] et Lovenox [®] HP)	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PCF pour les produits.			(SA)	PCF
	Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (ETEVE) après une chirurgie abdominale ou pelvienne pour le traitement d'une tumeur maligne, pendant une période maximale de 28 jours (énoxaparine seulement).				
Enzalutamide (Xtandi ^{MD})	Capsule de 40mg	02407329	ASL	(SA)	PCF
	Pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration chez les patients qui : <ul style="list-style-type: none"> • sont asymptomatiques ou légèrement symptomatique après avoir échoué un traitement antiandrogénique et qui n'ont pas reçu de chimiothérapie, ou • ne répondent plus à une chimiothérapie à base de docétaxel - serait une alternative à l'abiratéron pour les patients dans une situation post-docétaxel. 				
<u>Notes cliniques :</u>					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient ne doit pas avoir de facteur de risque de crise d'épilepsie. 2. Quand utilisé comme traitement de première ligne, le patient doit avoir un statut de rendement ECOG de < 1 3. Quand utilisé comme traitement de seconde ligne, le patient doit avoir un statut de rendement ECOG de ≤2 4. Ne sera pas remboursé en combinaison avec de l'abiratéron 					

Nouvelle puissanceDaltéparine (Fragmin^{MD})

Seringue préremplie de 3 500IU/0,28mL 02430789

PFI

W (SA)

PCF

Fair référence au formulaire des Régimes médicaments du NB pour le critère 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
Hydrocortisone / Urée (Dermaflex [®] HC)	Crème de 1% / 10%	Irritations mineures de la peau et des démangeaisons	00681989	PAL
	Lotion de 1% / 10%		00681997	
Rotigotine (Neupro [®])	Système transdermique de 1mg (timbre)	Maladie de Parkinson	02403897	UCB
	Système transdermique de 2mg (timbre)		02403900	
	Système transdermique de 3mg (timbre)		02403919	
	Système transdermique de 4mg (timbre)		02403927	
	Système transdermique de 6mg (timbre)		02403935	
Système transdermique de 8mg (timbre)	02403943			

Bulletin n° 915

Le 30 octobre 2015

Mise à jour du formulaire des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-annexées une liste de **médicaments génériques mise à jour** au formulaire des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- Les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au Prix admissible maximum (PAM) de la catégorie en vigueur à compter du 30 octobre 2015.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 23 novembre 2015. Les produits de marque originale avant le 23 novembre 2015 seront remboursés jusqu'au PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits sur la liste avant le 30 octobre 2015 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM à compter du 23 novembre 2015. Les produits dans la catégorie avant le 23 novembre 2015 seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au PAM réduits auront les produits impactés retirés du formulaire des régimes de médicaments du N.-B. à compter du 23 novembre 2015.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Anastrozole Tab Co.	Orl	1mg	Anastrozole	2442736	SAS	ADEFVW	1.2729
Dutasteride Dutastéride Cap Caps	Orl	0.5mg	Dutasteride	2443058	SAS	ADEFGVW	0.4205
Gliclazide ERT Co.L.P.	Orl	30mg	Mylan-Gliclazide MR	2438658	MYL	ADEFGVW	0.0931
Lamivudine/Zidovudine Tab Co.	Orl	150mg/300mg	Auro-Lamivudine/Zidovudine	2414414	ARO	DU	2.6103
Latanoprost/Timolol Liq Liq	Oph	0.005%/0.5%	Act Latanoprost/Timolol	2436256	ATV	ADEFGVW	4.4268
Montelukast Montélukast TabC Co.C.	Orl	5mg	Auro-Montelukast Chewable	2422875	ARO	(SA)	0.4280
Olanzapine Tab Co.	Orl	2.5mg	Jamp-Olanzapine FC	2417243	JPC	W (SA)	0.3189
		5mg	Jamp-Olanzapine FC	2417251	JPC	W (SA)	0.6379
		7.5mg	Jamp-Olanzapine FC	2417278	JPC	W (SA)	0.9568
		10mg	Jamp-Olanzapine FC	2417286	JPC	W (SA)	1.2758
		15mg	Jamp-Olanzapine FC	2417294	JPC	W (SA)	1.9136
Pregabalin Prégabaline Cap Caps	Orl	25mg	Auro-Pregabalin	2433869	ARO	W (SA)	0.2058
		50mg	Auro-Pregabalin	2433877	ARO	W (SA)	0.3228
		75mg	Auro-Pregabalin	2433885	ARO	W (SA)	0.4176
		150mg	Auro-Pregabalin	2433907	ARO	W (SA)	0.5757

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Solifenacin Solifénacine							
Tab	Orl	5mg	Act Solifenacin	2422239	ATV	(SA)	0.4223
Co.			Sandoz Solifenacin	2399032	SDZ		
		10mg	Act Solifenacin	2422247	ATV	(SA)	0.4223
			Sandoz Solifenacin	2399040	SDZ		
Temozolomide Témozolomide							
Cap	Orl	5mg	Temodal	2241093	FRS	(SA)	7.8000
Caps			Act Temozolomide	2441160	ATV		3.9000
			Taro-Temozolomide	2443473	TAR		
		20mg	Taro-Temozolomide	2443481	TAR	(SA)	15.6000
		100mg	Taro-Temozolomide	2443511	TAR	(SA)	78.0030
		140mg	Taro-Temozolomide	2443538	TAR	(SA)	109.2050
		250mg	Taro-Temozolomide	2443554	TAR	(SA)	195.0020
Valacyclovir							
Tab	Orl	500mg	Valtrex	2219492	GSK	ADEFGVW	3.4437
Co.			Apo-Valacyclovir	2295822	APX		
			Co Valacyclovir	2331748	ATV		
			Jamp-Valacyclovir	2441454	JPC		
			Mar-Valacyclovir	2441586	MAR		
			Mylan-Valacyclovir	2351579	MYL		
			pms-Valacyclovir	2298457	PMS		
			Sandoz Valacyclovir	2347091	SDZ		
			Teva-Valacyclovir	2357534	TEV		
						0.8481	

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Lamivudine/Zidovudine							
Tab	Orl	150mg/300mg	Apo-Lamivudine/Zidovudine	2375540	APX	DU	2.6103
Co.			Teva-Lamivudine/Zidovudine	2387247	TEV		
Latanoprost/Timolol							
Liq	Oph	0.005%/0.5%	Apo-Latanoprost-Timop	2414155	APX	ADEFGVW	4.4268
Liq			GD-Latanoprost/Timolol	2373068	GMD		
			Sandoz Latanoprost/Timolol	2394685	SDZ		
Montelukast							
Montélukast							
Tab	Orl	5mg	Apo-Montelukast	2377616	APX	(SA)	0.4280
Co.C.			Mar-Montelukast	2399873	MAR		
			Montelukast	2379325	SAS		
			pms-Montelukast	2354985	PMS		
			Ran-Montelukast	2402807	RAN		
			Sandoz Montelukast	2330393	SDZ		
			Teva-Montelukast	2355515	TEV		
Solifenacin							
Solifénacine							
Tab	Orl	5mg	Teva-Solifenacin	2397900	TEV	(SA)	0.4223
Co.		10mg	Teva-Solifenacin	2397919	TEV	(SA)	0.4223
Temozolomide							
Témozolomide							
Cap	Orl	20mg	Act Temozolomide	2395274	ATV	(SA)	15.6000
Caps		100mg	Act Temozolomide	2395282	ATV	(SA)	78.0030
		140mg	Act Temozolomide	2395290	ATV	(SA)	109.2050
		250mg	Act Temozolomide	2395312	ATV	(SA)	195.0020

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Montelukast						
Montélukast						
TabC	Orl	5mg	Mint-Montelukast	2408635	MNT	
Co.C.			Montelukast	2382466	SIV	(SA)
			Mylan-Montelukast	2380757	MYL	

Bulletin n° 916

Le 24 novembre 2015

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 24 novembre 2015.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Thérapies d'abandon du tabac

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.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Brinzolamide / Brimonidine (Simbrinza ^{MD})	1% / 0,2% de suspension ophtalmique	02435411	ALC	ADEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Stiripentol (Diacomit TM)	Capsule de 250mg	02398958	BOX	(SA)	PCF
	Capsule de 500mg	02398966			
	250mg poudre pour suspension	02398974			
	500mg poudre pour suspension	02398982			

À utiliser en association avec du clobazam et du valproate comme traitement d'appoint pour les crises tonico-cloniques généralisées réfractaires chez les patients souffrant d'épilepsie myoclonique pendant l'enfance (syndrome de Dravet), pour qui les crises ne sont pas contrôlées adéquatement avec seulement du clobazam et du valproate.

Notes cliniques :

- Le patient doit être suivi par un neurologue ou un pédiatre.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication Duloxétine (Cymbalta [®])	Capsule de 30mg Capsule de 60mg	02301482 02301490	LIL	(SA)	PCF

Trouble dépressif majeur

Pour le traitement du trouble dépressif majeur chez les patients de 18 ans et plus qui ont échoué un traitement avec au moins un antidépresseur moins coûteux.

Note pour les réclamations :

- La dose maximale recommandée est de 60mg par jour.

Thérapies d'abandon du tabac

Les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick étendent la couverture pour les thérapies d'abandon du tabac.

Un maximum de 12 semaines de thérapie standard sera remboursé chaque année sans autorisation spéciale (AS) en ce qui concerne les éléments suivants :

Option 1: Thérapies d'abandon du tabac autres que le remplacement de la nicotine

Produit	Dosage	DIN	Coût du médicament	Quantité maximale sans AS
<i>Bupropion SR</i>				
Zyban®	150mg	02238441	PCF	168 comprimés
<i>Ou</i>				
<i>Varénicline</i>				
Champix®	0,5mg	02291177	PCF	168 comprimés
Champix®	1mg	02291185	PCF	
Trousse de départ Champix®	0,5mg / 1mg	02298309	PCF	

ou

Option 2: Thérapies de remplacement de la nicotine

Produit	Dosage	NPN	Coût du médicament	Quantité maximale sans AS
Gomme	2mg	Voir le formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste PAM pour les produits	PAM	945 morceaux
	7mg		PAM	
Timbre	14mg		PAM	84 timbres
	21mg		PAM	

Seuls les produits dont le prix a été confirmé sont admissibles.

Veuillez consulter la section intitulée « Renseignements pour les professionnels de la santé » de la page Web des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au [pour connaître les détails de remboursement pour les thérapies d'abandon du tabac.](#)

Bulletin n° 917

Le 27 novembre 2015

Mise à jour du formulaire des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-annexées une liste de **médicaments génériques mise à jour** au formulaire des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- Les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au Prix admissible maximum (PAM) de la catégorie en vigueur à compter du 27 novembre 2015.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 18 décembre 2015. Les produits de marque originale avant le 18 décembre 2015 seront remboursés jusqu'au PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits sur la liste avant le 27 novembre 2015 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM à compter du 18 décembre 2015. Les produits dans la catégorie avant le 18 décembre 2015 seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au PAM réduits auront les produits impactés retirés du formulaire des régimes de médicaments du N.-B. à compter du 18 décembre 2015.

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.

Generic Drug Product Additions Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Repaglinide							
Tab	Orl	0.5mg	Auro-Repaglinide	2424258	ARO	(SA)	0.0808
Co.		1mg	Auro-Repaglinide	2424266	ARO	(SA)	0.0840
		2mg	Auro-Repaglinide	2424274	ARO	(SA)	0.0873
Rivastigmine							
Cap	Orl	1.5mg	Med-Rivastigmine	2401614	GMD	(SA)	0.6515
Caps		3mg	Med-Rivastigmine	2401622	GMD	(SA)	0.6515
		4.5mg	Med-Rivastigmine	2401630	GMD	(SA)	0.6515
		6mg	Med-Rivastigmine	2401649	GMD	(SA)	0.6515
Rizatriptan							
Tab	Orl	5mg	Jamp-Rizatriptan IR	2429233	JPC	(SA)	3.7050
Co.		10mg	Jamp-Rizatriptan IR	2429241	JPC	(SA)	3.7050
ODT							
Co.D.O.	Orl	5mg	Rizatriptan ODT	2442906	SAS	(SA)	3.7050
		10mg	Rizatriptan ODT	2442914	SAS	(SA)	3.7050
Solifenacin							
Solifénacine							
Tab	Orl	5mg	pms-Solifenacin	2417723	PMS	(SA)	0.4223
Co.		10mg	pms-Solifenacin	2417731	PMS	(SA)	0.4223
Tolterodine							
Toltérodine							
ERC	Orl	2mg	Detrol LA	2244612	PFI	(SA)	1.9877
Caps.L.P.			Mylan-Tolterodine ER	2404184	MYL		1.4733
		4mg	Detrol LA	2244613	PFI	(SA)	1.9877
			Mylan-Tolterodine ER	2404192	MYL		1.4733
Valganciclovir							
Tab	Orl	450mg	Auro-Valganciclovir	2435179	ARO	(SA)	5.8553
Co.							

Generic Drug Price Changes Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Repaglinide							
Tab	Orl	0.5mg	Act-Repaglinide	2321475	ATV		
Co.			pms-Repaglinide	2354926	PMS	(SA)	0.0808
			Sandoz Repaglinide	2357453	SDZ		
		1mg	Act-Repaglinide	2321483	ATV		
			pms-Repaglinide	2354934	PMS	(SA)	0.0840
			Sandoz Repaglinide	2357461	SDZ		
		2mg	Act-Repaglinide	2321491	ATV		
			pms-Repaglinide	2354942	PMS	(SA)	0.0873
			Sandoz Repaglinide	2357488	SDZ		
Rizatriptan							
Tab	Orl	5mg	Apo-Rizatriptan	2393468	APX		
Co.			Jamp-Rizatriptan	2380455	JPC	(SA)	3.7050
		10mg	Act-Rizatriptan	2381702	ATV		
			Apo-Rizatriptan	2393476	APX	(SA)	3.7050
			Jamp-Rizatriptan	2380463	JPC		
			Mar-Rizatriptan	2379678	MAR		
Valganciclovir							
Tab	Orl	450mg	Apo-Valganciclovir	2393824	APX		
Co.			Teva-Valganciclovir	2413825	TEV	(SA)	5.8553

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradenname Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Repaglinide						
Tab	Orl	0.5mg	Apo-Repaglinide	2355663	APX	(SA)
Co.		1mg	Apo-Repaglinide	2355671	APX	(SA)
		2mg	Apo-Repaglinide	2355698	APX	(SA)
Rizatriptan						
Tab	Orl	5mg	Mar-Rizatriptan	2379651	MAR	(SA)
Co.						

Bulletin n° 918

Le 18 décembre 2015

Mise à jour du formulaire des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-annexées une liste de **médicaments génériques mise à jour** au formulaire des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- Les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au Prix admissible maximum (PAM) de la catégorie en vigueur à compter du 18 décembre 2015.
- Les produits de marque originale seront remboursés au PAM de la nouvelle catégorie en vigueur à compter du 8 janvier 2016. Les produits de marque originale avant le 8 janvier 2016 seront remboursés jusqu'au PAM plus haut, tel qu'indiqué dans la liste 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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Azithromycin Azithromycine Tab Orl Co.	Azithromycin	2442434	SIV	ABDEFGVW	1.2313
Calcitriol Cap Orl Caps	Rocaltrol Calcitriol-Odan	481823 2431637	HLR ODN	ADEFGVW	0.9364 0.6960
Clarithromycin Clarithromycine Tab Orl Co.	Clarithromycin	2442469	SIV	ABDEFGVW	0.4122
Clonazepam Clonazépam Tab Orl Co.	Clonazepam	2442035	SIV	ADEFGVW	0.0496
	Clonazepam	2442051	SIV	ADEFGVW	0.0854
Enalapril Énalapril Tab Orl Co.	Enalapril	2442957	SIV	ADEFGVW	0.1919
	Enalapril	2442965	SIV	ADEFGVW	0.2270
	Enalapril	2442973	SIV	ADEFGVW	0.2727
	Enalapril	2442981	SIV	ADEFGVW	0.3291
Metoprolol Métoprolol Tab Orl Co.	Metoprolol-L	2442124	SIV	ADEFGVW	0.0639
	Metoprolol-L	2442132	SIV	ADEFGVW	0.1394
Moxifloxacin Moxifloxacin Tab Orl Co.	Avelox Auro-Moxifloxacin Jamp-Moxifloxacin Teva-Moxifloxacin	2242965 2432242 2443929 2375702	BAY ARO JPC TEV	VW(SA)	6.0920 1.5230
Naltrexone Tab Orl Co.	Revia Apo-Naltrexone	2213826 2444275	TEV APX	(SA)	5.6150 4.7728
Nevirapine Névirapine ERT Orl Co.L.P.	Viramune XR Apo-Nevirapine XR	2367289 2427931	BOE APX	DU	2.4690 1.8519

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Ondansetron Ondansétron ODT Slg Co.D.O	Sandoz Ondansetron ODT	2444674	SDZ	(SA)	3.2720
	Sandoz Ondansetron ODT	2444682	SDZ	(SA)	4.9930
Pantoprazole magnesium Pantoprazole magnésien ECT Orl Co.Ent	Tecta Pantoprazole Magnesium Mylan-Pantoprazole T Teva-Pantoprazole Magnesium	2267233 2441853 2408570 2440628	TAK APR MYL TEV	ABDEFGVW	0.7500 0.1875
Pregabalin Prégabaline Cap Orl Caps	Jamp-Pregabalin	2435977	JPC	W (SA)	0.2058
	Jamp-Pregabalin	2435985	JPC	W (SA)	0.3228
	Jamp-Pregabalin	2435993	JPC	W (SA)	0.4176
	Jamp-Pregabalin	2436000	JPC	W (SA)	0.5757
	Jamp-Pregabalin	2436019	JPC	W (SA)	0.5757
Valacyclovir Tab Orl Co.	Auro-Valacyclovir Valacyclovir	2405040 2442000	ARO SIV	ADEFGVW	0.8481

Bulletin n° 919

le 21 décembre 2015

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 décembre 2015.

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.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Salbutamol/ bromure d'ipratropium (Combivent® Respimat®)	Solution pour inhalation de 20mcg/100mcg	02419106	BOE	ADEFGVW	PCF

Médicaments qui ne require plus d'autorisation spéciale

Tizanidine (Zanaflex®) et marques génériques	Comprimé de 4mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
--	-----------------	---	--	--------	-----

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Bromure d'uméclidinium (Incruse ^{MC} Ellipta®)	Poudre pour inhalation de 62.5mcg	02423596	GSK	(SA)	PCF

Maladie pulmonaire obstructive chronique

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) d'intensité modérée ou sévère, objectivée par spirométrie ou chez les patients qui ont répondu de façon insatisfaisante à des bronchodilatateurs à courte durée d'action.

Voir les critères complets sur la page 3

Formotérol / Bromure d'aclidinium (Duaklir ^{MC} Genuair®)	Poudre pour inhalation de 12mcg/400mcg	02439530	AZE	(SA)	PCF
--	--	----------	-----	------	-----

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée à grave, comme elle est définie par des évaluations spirométriques, chez les patients ayant obtenu une réponse inadéquate à un bêta2-agoniste à longue durée d'action (BALA) ou à un anticholinergique à longue durée d'action (ACLA).

Notes cliniques :

- La MPOC modérée à grave est définie par des évaluations spirométriques (après le bronchodilatateur) comme suit : VEMS < 60 % de la valeur théorique et rapport VEMS/CVF < 0,70. Les rapports de spirométrie seront acceptés, et ce, sans égard au moment des évaluations spirométriques.

Dans le cas où les résultats des évaluations spirométriques ne peuvent être obtenus, les raisons doivent être clairement expliquées, et d'autres données relatives à la gravité de la MPOC doivent être fournies pour examen (c'est-à-dire score à l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) d'au moins 3). Le grade 3 de l'échelle de la dyspnée du CRM correspond à ce qui suit : le patient marche plus lentement que les gens du même âge sur une surface plane parce qu'il manque de souffle en raison de la MPOC ou s'arrête pour reprendre son souffle lorsqu'il marche à son rythme sur une surface plane.

- On qualifie une réponse d'inadéquate dans le cas suivant : symptômes qui perdurent après au moins 2 mois de traitement par un BALA ou ACLA.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Critères révisés – Médicaments pour la MPOC

Les critères d'autorisation spéciale pour la liste de bêta-2 agonistes à longue durée d'action (BALA), de bêta-2 agonistes à longue durée d'action/corticostéroïde inhalation (BALA/CSI), et de anticholinergiques à longue durée d'action (ACLA) pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ont été révisée :

BALA	BALA/CSI	ACLA
Formotérol (Foradil®) Indacatérol (Onbrez ^{MD} Breezhaler ^{MD}) Salmétérol (Serevent® Diskus®) Salmétérol (Serevent® Diskhaler® Disque)	Formotérol/Budésonide (Symbicort® Turbuhaler®) Salmétérol/Fluticasone (Advair®) Salmétérol/Fluticasone (Advair® Diskus®) Vilantérol/Fluticasone (Breo® Ellipta®)	Bromure d'acélinium (Tudorza® Genuair®) Bromure de glycopyrronium (Seebri ^{MD} Breezhaler ^{MD}) Bromure de tiotropium (Spiriva®)

Maladie pulmonaire obstructive chronique

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée à grave, comme elle est définie par des évaluations spirométriques ou pour les patients qui ne réagissent pas adéquatement aux bronchodilatateurs à courte durée d'action.

- Une polythérapie au bêta-2 agoniste à longue durée d'action/corticostéroïde inhalation (BALA/CSI), et à un anticholinergique à longue durée d'action sera considérée chez les patients qui souffrent d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, comme elle est définie par des évaluations spirométriques, qui présentent des antécédents médicaux d'exacerbations de la MPOC et qui ne réagissent pas adéquatement aux BALA/CSI ou aux ACLA.

Notes cliniques :

1. La MPOC modérée à grave est définie par des évaluations spirométriques après le bronchodilatateur comme suit : VEMS < 60 % de la valeur théorique et rapport VEMS/CVF < 0,70. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés.

Dans le cas où les résultats des évaluations spirométriques ne peuvent être obtenus, les raisons doivent être clairement expliquées, et d'autres données relatives à la gravité de la MPOC doivent être fournies aux fins d'examen, c'est-à-dire que le score à l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) est d'au moins 3. Le grade 3 de l'échelle de la dyspnée du CRM correspond à ce qui suit : le patient marche plus lentement que les gens du même âge sur une surface plane parce qu'il manque de souffle en raison de la MPOC ou s'arrête pour reprendre son souffle lorsqu'il marche à son rythme sur une surface plane.

2. Une réaction inadéquate aux bronchodilatateurs à courte durée d'action se définit par la persistance des symptômes, p. ex. un CRM d'au moins 3, après au moins deux mois de thérapie aux bronchodilatateurs à courte durée d'action, aux doses suivantes :
 - 8 inhalations par jour de bêta-agoniste à délai court ou
 - 12 inhalations par jour d'ipratropium ou
 - 6 inhalations par jour d'ipratropium en combinaison avec un produit du salbutamol.

Une réaction inadéquate aux BALA/CSI ou aux ACLA se définit par la persistance des symptômes après au moins deux mois de thérapie.

3. L'exacerbation des symptômes de la MPOC se définit comme l'augmentation des symptômes de la MPOC qui nécessite un traitement aux antibiotiques ou aux corticostéroïdes systémiques oraux ou intraveineux.

Note sur la demande de règlement :

- La polythérapie avec les bronchodilatateurs à un seul agent et à action prolongée, c.-à-d., les bêta-agonistes à longue durée d'action (BALA) et les anticholinergiques à action prolongée, ne sera pas considérée. Les produits qui combinent un BALA et un ACLA en un seul produit sont disponibles en tant que médicaments qui requièrent une autorisation spéciale et qui ont leurs propres critères.

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
Apremilast (Otezla®)	Comprimé de 30mg		02434334	
Apremilast (Otezla®) Emballage de départ	Comprimés de 10mg, 20mg et 30mg	Psoriasis en plaques	02434318	CEL
Azélastine/Fluticasone (Dymista ^{MD})	Capsule de 5mg	Saisonnier de la rhinite allergique	02432889	MVL
Linacotide (Constella ^{MC})	Capsule de 145mcg Capsule de 290mcg	Syndrome du côlon irritable	02417162 02417170	FLC

Bulletin no 920

Le 29 janvier 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 29 janvier 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 19 février 2016, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 19 février 2016, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 29 janvier 2016 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 février 2016. Avant le 19 février 2016, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 19 février 2016.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Indapamide Tab Co.	Orl	1.25mg	Indapamide	2445824	SAS	ADEFGVW	0.0745
		2.5mg	Indapamide	2445832	SAS	ADEFGVW	0.1218
Montelukast Montélukast TabC Co.C.	Orl	5mg	Montelukast	2382466	SIV	(SA)	0.4280
Moxifloxacin Moxifloxacin Tab Co.	Orl	400mg	Mar-Moxifloxacin	2447053	MAR	VW (SA)	1.5230
Ondansetron Ondansétron Liq Liq	Inj	2mg/mL	Jamp-Ondansetron (PF)	2420414	JPC	W	3.4552
Pantoprazole sodium Pantoprazole sodique ECT Co.Ent	Orl	40mg	Auro-Pantoprazole	2415208	ARO	(SA)	0.3628
Quinapril Tab Co.	Orl	5mg	GD-Quinapril	2290987	GMD	ADEFGVW	0.2278
		10mg	GD-Quinapril	2290995	GMD	ADEFGVW	0.2278
		20mg	GD-Quinapril	2291002	GMD	ADEFGVW	0.2278
		40mg	GD-Quinapril	2291010	GMD	ADEFGVW	0.2278
Rizatriptan ODT Co.D.O.	Orl	5mg	Nat-Rizatriptan ODT	2436604	NAT	(SA)	3.7050
		10mg	Nat-Rizatriptan ODT	2436612	NAT	(SA)	3.7050
Solifenacin Solifénacine Tab Co.	Orl	5mg	Jamp-Solifenacin Ran-Solifenacin	2424339 2437988	JPC RAN	(SA)	0.4223
		10mg	Jamp-Solifenacin Ran-Solifenacin	2424347 2437996	JPC RAN	(SA)	0.4223

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Timolol/Dorzolamide Liq Oph Liq	0.5%/2%		pms-Dorzolamide-Timolol	2442426	PMS	ADEFGV	1.9887
Tolterodine Toltérodine ERC Caps.L.P.	2mg		Sandoz Tolterodine LA Teva-Tolterodine LA	2413140 2412195	SDZ TEV	(SA)	0.4911
	4mg		Sandoz Tolterodine LA Teva-Tolterodine LA	2413159 2412209	SDZ TEV	(SA)	0.4911
Tab Co.	1mg		Detrol Mint-Tolterodine Teva-Tolterodine	2239064 2423308 2299593	PFI MNT TEV	(SA)	0.9938 0.4910
	2mg		Detrol Mint-Tolterodine Teva-Tolterodine	2239065 2423316 2299607	PFI MNT TEV	(SA)	0.9938 0.4910

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Ondansetron Ondansétron Liq Inj 2mg/mL Liq	Ondansetron (PF)	2265524	TEV	W	3.4552
Quinapril Tab Orl 5mg Co.	Apo-Quinapril	2248499	APX	ADEFGVW	0.2278
	Apo-Quinapril	2248500	APX	ADEFGVW	0.2278
	Apo-Quinapril	2248501	APX	ADEFGVW	0.2278
	Apo-Quinapril	2248502	APX	ADEFGVW	0.2278
Salbutamol Aem Inh 100mcg Aem	Apo-Salvent CFC Free Novo-Salbutamol HFA Salbutamol HFA	2245669 2326450 2419858	APX TEV SAS	ABDEFGVW	0.0250
Timolol/Dorzolamide Liq Oph 0.5%/2% Liq	Act Dorzotimolol Apo-Dorzo-Timop Sandoz Dorzolamide/Timolol Teva-Dorzotimol	2404389 2299615 2344351 2320525	ATV APX SDZ TEV	ADEFGV	1.9887
Tolterodine Toltérodine ERC Orl 2mg Caps.L.P.	Mylan-Tolterodine ER	2404184	MYL	(SA)	0.4911
	Mylan-Tolterodine ER	2404192	MYL	(SA)	0.4911

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Ondansetron Ondansétron Liq Inj 2mg/mL	Ondansetron (PF)	2390019	MYL	W

Bulletin no 921

Le 26 février 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 26 février 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 18 mars 2016, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 18 mars 2016, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 26 février 2016 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 18 mars 2016. Avant le 18 mars 2016, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 18 mars 2016.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Diltiazem CDC Caps.L.C.	Orl	120mg	Diltiazem CD	2445999	SIV	ADEFGVW	0.3529
		180mg	Diltiazem CD	2446006	SIV	ADEFGVW	0.4684
		240mg	Diltiazem CD	2446014	SIV	ADEFGVW	0.6213
		300mg	Diltiazem CD	2446022	SIV	ADEFGVW	0.7766
Losartan Tab Co.	Orl	25mg	Septa-Losartan	2424967	SPT	ADEFGVW	0.3148
		50mg	Septa-Losartan	2424975	SPT	ADEFGVW	0.3148
		100mg	Septa-Losartan	2424983	SPT	ADEFGVW	0.3148
Moxifloxacin Moxifloxacine Tab Co.	Orl	400mg	Apo-Moxifloxacin	2404923	APX	VW (SA)	1.5230
			Jamp-Moxifloxacin	2447061	JPC		
Rizatriptan ODT Co.D.O.	Orl	5mg	Rizatriptan ODT	2446111	SIV	(SA)	3.7050
		10mg	Rizatriptan ODT	2446138	SIV	(SA)	3.7050
Timolol/Dorzolamide Liq Liq	Oph	0.5%/2%	Mint-Dorzolamide/Timolol	2443090	MNT	ADEFGV	1.9887
Zidovudine/Lamivudine/Abacavir Tab Co.	Orl	300mg/150mg/300mg	Trizivir	2244757	VIV	DU	18.1898
			Apo-Abacavir-Lamivudine-Zidovudine	2416255	APX		13.6425
Zolmitriptan ODT Co.D.O.	Orl	2.5mg	Mint-Zolmitriptan ODT	2419513	MNT	(SA)	3.4313
			Septa-Zolmitriptan ODT	2428474	SPT		

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Hydroxychloroquine Tab Orl 200mg Co.			Apo-Hydroxyquine	2246691	APX	ADEFGWW	0.1576
Timolol Dps Oph 0.5% Gites			Apo-Timop	755834	APX	ADEFGV	1.2145
			pms-Timolol	2083345	PMS		
			Sandoz Timolol	2166720	SDZ		
Zolmitriptan Tab Orl 2.5mg Co.			Jamp-Zolmitriptan	2421623	JPC	(SA)	3.4292
			Mar-Zolmitriptan	2399458	MAR		
			Mylan-Zolmitriptan	2369036	MYL		
			pms-Zolmitriptan	2324229	PMS		
			Sandoz Zolmitriptan	2362988	SDZ		
			Teva-Zolmitriptan	2313960	TEV		
ODT Orl 2.5mg Co.D.O.			Jamp-Zolmitriptan ODT	2428237	JPC	(SA)	3.4313
			Mylan-Zolmitriptan ODT	2387158	MYL		
			pms-Zolmitriptan ODT	2324768	PMS		
			Sandoz Zolmitriptan ODT	2362996	SDZ		
			Teva-Zolmitriptan OD	2342545	TEV		

**Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Diclofenac/Misoprostol Diclofénac/Misoprostol Tab Orl 50mg/200mcg Co.	Act Diclo-Miso	2397145	ATV	ADEFGWW
75mg/200mcg	Act Diclo-Miso	2397153	ATV	ADEFGWW
Hydroxychloroquine Tab Orl 200mg Co.	Mylan-Hydroxychloroquine	2252600	MYL	ADEFGWW

Bulletin n° 922

le 1 mars 2016

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 1 mars 2016.

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
- RAPPEL : Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances

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.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Estradiol (Divigel®)	Gel 0,1% (sachets de 0,25mg)	02424924	TEV	ADEFGV	PCF
	Gel 0,1% (sachets de 0,5mg)	02424835			
	Gel 0,1% (sachets de 1mg)	02424843			
Trandolapril (Mavik®)	Capsule de 0,5mg	02231457	BGP	ADEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Eslicarbazépine (Aptiom ^{MC})	Comprimé de 200mg	02426862	SNV	(SA)	PCF
	Comprimé de 400mg	02426870			
	Comprimé de 600mg	02426889			
	Comprimé de 800mg	02426897			

Traitement d'appoint pour les crises épileptiques partielles réfractaires chez les patients qui prennent actuellement deux médicaments antiépileptiques ou plus, et qui ne réagissent pas adéquatement ou qui sont intolérants à un minimum de trois autres médicaments antiépileptiques.

Notes pour les réclamations :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'épilepsie.
- Toute combinaison de lacosamide, de pérampnel ou d'eslicarbazépine ne sera pas remboursée.

Icatibant (Firazyr®)	Seringue préremplie de 30mg/3mL	02425696	SHI	(SA)	PCF
----------------------	---------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des crises aiguës d'angio-oedème héréditaire de type I ou II chez les adultes dont les résultats des analyses laboratoires confirment une carence en inhibiteur de la C1 estérase, ou si les conditions suivantes sont respectées :

- crises non laryngées qui soient au moins de sévérité modérée ou
- crises laryngées aiguës.

Notes cliniques :

1. La prise de plus de trois doses dans une période de 24 heures n'est pas recommandée.
2. L'innocuité de la prise de plus de 8 injections par mois n'a pas été étudiée dans le cadre d'essais cliniques.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un médecin ayant l'expérience du traitement de l'angio-oedème héréditaire, ou prescrit en consultation avec un tel médecin.
- La couverture se limite à une seule dose par crise.
- La quantité maximale remise en une seule fois est de deux doses.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critères révisés					
Lacosamide (Vimpat®)	Comprimé pelliculé de 50mg	02357615	UCB	(SA)	PCF
	Comprimé pelliculé de 100mg	02357623			
	Comprimé pelliculé de 150mg	02357631			
	Comprimé pelliculé de 200mg	02357658			
Pérampanel (Fycompa ^{MC})	Comprimé de 2mg	02404516	EIS	(SA)	PCF
	Comprimé de 4mg	02404524			
	Comprimé de 6mg	02404532			
	Comprimé de 8mg	02404540			
	Comprimé de 10mg	02404559			
	Comprimé de 12mg	02404567			

Traitement d'appoint pour les crises épileptiques partielles réfractaires chez les patients qui prennent actuellement deux médicaments antiépileptiques ou plus, et qui ne réagissent pas adéquatement ou qui sont intolérants à un minimum de trois autres médicaments antiépileptiques.

Notes pour les réclamations :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'épilepsie.
- Toute combinaison de lacosamide, de pérampanel ou d'eslicarbazépine ne sera pas remboursée.

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
Acide fusidique (Fucithalmic®)	Gouttes ophtalmiques de 1%	Conjonctivite	02243862	MTP
	Gouttes ophtalmiques de 1% (PF)		02243861	

RAPPEL : Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances

Comme le souligne la Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances, les pharmacies peuvent recevoir des honoraires d'exécution d'ordonnances tous les 28 jours ou plus pour les médicaments pris de façon régulière. La politique permet certaines exceptions, mais elles doivent être documentées. Afin d'éviter un recouvrement lié à une vérification, les pharmacies doivent remplir et conserver tous les documents requis par la politique, et ces derniers doivent être facilement accessibles aux fins de vérification.

- Le formulaire approprié d'autorisation d'exécution d'ordonnance fréquente doit être rempli :
 - Pour les exécutions quotidiennes, le pharmacien doit remplir le formulaire « Autorisation d'exécution d'ordonnance fréquente pour l'exécution quotidienne d'ordonnance ». Comme le formulaire est valide pendant un mois, un nouveau formulaire doit être rempli chaque mois.
 - Pour les cas où la prise de médicaments du patient ne peut pas être gérée lorsque celui-ci reçoit une réserve de 28 jours, mais que l'exécution quotidienne n'est pas nécessaire, le pharmacien doit remplir le formulaire « Autorisation d'exécution d'ordonnance fréquente pour un approvisionnement de moins de 28 jours ». Le formulaire est valide un an.
- Le formulaire d'autorisation d'exécution d'ordonnance fréquente doit inclure :
 - Le nom du patient et le numéro d'identification du régime
 - La raison d'une exécution d'ordonnance fréquente ou quotidienne, y compris tous les détails justificatifs
 - La liste de tous les médicaments applicables
 - La signature du pharmacien
- Les formulaires d'autorisation d'exécution d'ordonnance fréquente doivent être conservés par la pharmacie conformément à la *Loi sur la pharmacie* et aux règlements et directives qui en découlent. Les formulaires doivent être accessibles aux fins de vérification.
- Les formulaires d'autorisation d'exécution d'ordonnance fréquente remplis après qu'une pharmacie a été avisée qu'elle fera l'objet d'une vérification ne seront pas acceptés. Tous les formulaires doivent être fournis sur place, pendant la visite du vérificateur. **Il ne sera pas permis de fournir ces formulaires à une date ultérieure.**
- Des documents sont requis lorsqu'une exécution fréquente a été prescrite ou demandée par un médecin.

Les exceptions ne sont pas permises pour les médicaments remis à des patients qui résident dans des foyers de soins, des foyers de soins spéciaux ou des établissements de soins institutionnels pour adultes, où l'on assure la gestion des médicaments pour les patients, même si l'exécution hebdomadaire des médicaments a été prescrite ou demandée.

Les paiements versés à l'égard des frais d'exécution d'ordonnance qui ne sont pas conformes à la présente politique pourraient faire l'objet d'une vérification et d'un recouvrement. Veuillez consulter la politique complète à l'adresse suivante : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/AssurancemaladiesMedicaments/Le_regime_medicaments_du_N-B/PourLesProfessionnelsDeLaSante/PolitiqueFrequenceExecutionDesOrdonnances.html

Bulletin no 923

Le 31 mars 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 31 mars 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 21 avril 2016, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 avril 2016, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 avril 2016.

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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Citalopram							
Tab	Orl	10mg	Mint-Citalopram	2429691	MNT	ADEFGWW	0.1432
Co.							
		20mg	Mint-Citalopram	2429705	MNT	ADEFGWW	0.2397
		40mg	Mint-Citalopram	2429713	MNT	ADEFGWW	0.2397
Galantamine							
ERC	Orl	8mg	Galantamine ER	2443015	SAS	(SA)	1.1475
Caps.L.P.							
		16mg	Galantamine ER	2443023	SAS	(SA)	1.1475
		24mg	Galantamine ER	2443031	SAS	(SA)	1.1475
Hydroxychloroquine							
Tab	Orl	200mg	Mint-Hydroxychloroquine	2424991	MNT	ADEFGWW	0.1576
Co.							
Hypertonic Sodium Chloride Chlorure de Sodium, Hypertonique							
Liq	Inh	7%	Hyper-Sal	80029414	KEG	BDEFG	0.2458
Liq			Nebusal	80029758	STR	BDEFG	0.2213
Montelukast							
Montélukast							
TabC	Orl	4mg	Jamp-Montelukast	2442353	JPC	(SA)	0.3646
Co.C.							
		5mg	Jamp-Montelukast	2442361	JPC	(SA)	0.4280
Telmisartan/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	80mg/12.5mg	Apo-Telmisartan/HCTZ	2420023	APX	ADEFGWW	0.2824
Co.							
		80mg/25mg	Apo-Telmisartan/HCTZ	2420031	APX	ADEFGWW	0.2824

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Captopril Tab Co.	Orl	12.5mg	Apo-Capto	893595	APX	ADEFGWW
		25mg	Apo-Capto	893609	APX	ADEFGWW
		50mg	Apo-Capto	893617	APX	ADEFGWW
		100mg	Apo-Capto	893625	APX	ADEFGWW
Clobazam Tab Co.	Orl	10mg	Apo-Clobazam	2244638	APX	ADEFGV
Metoprolol Métoprolol SRT Co.L.L.	Orl	100mg	Apo-Metoprolol SR	2285169	APX	ADEFGWW
		200mg	Apo-Metoprolol SR	2285177	APX	ADEFGWW
Naproxen Naproxène ECT Co.Ent	Orl	250mg	Apo-Naproxen EC	2246699	APX	ADEFGWW
Paroxetine Paroxétine Tab Co.	Orl	40mg	pms-Paroxetine	2293749	PMS	AEFGWW
Piroxicam Cap Caps	Orl	10mg	Apo-Piroxicam	642886	APX	ADEFGWW
		20mg	Apo-Piroxicam	642894	APX	ADEFGWW
Prazosin Prazosine Tab Co.	Orl	1mg	Apo-Prazo	882801	APX	ADEFGWW
		2mg	Apo-Prazo	882828	APX	ADEFGWW
		5mg	Apo-Prazo	882836	APX	ADEFGWW
Risperidone Rispéridone Liq Liq	Orl	1mg/mL	Apo-Risperidone	2280396	APX	ADEFGWW
Sucralfate Tab Co.	Orl	1g	Apo-Sucralfate	2125250	APX	ADEFGWW
Trazodone Tab Co.	Orl	150mg	Apo-Trazodone	2147653	APX	ADEFGWW

Mise à jour pour les régimes de médicaments du N.-B. Changements liés à l'identification du prescripteur

Un changement s'opère dans le processus d'identification du prescripteur mis en place par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick (RMNB). Ce changement cadre avec la mise en œuvre continue du Système d'information sur les médicaments (SIM) et du Programme de surveillance pharmaceutique du Nouveau-Brunswick (PSPNB). Ainsi, l'identification des prescripteurs s'effectuera par le numéro de permis conformément à la *Loi sur la surveillance pharmaceutique*.

Actuellement, les Régimes médicaments du Nouveau-Brunswick attribuent un numéro d'identification (ID) unique à chaque prescripteur. Ces numéros d'identification des prescripteurs figurent dans les demandes de remboursement soumises par les pharmacies à des fins de paiement.

À compter du 3 mai 2016, date d'entrée en vigueur, les Régimes médicaments du Nouveau-Brunswick n'utiliseront plus le numéro d'identification du prescripteur. À la place, les demandes de remboursement qui seront envoyées aux Régimes médicaments du Nouveau-Brunswick comporteront le numéro de permis du prescripteur ainsi que le Code de référence de l'ID du prescripteur correspondant afin d'identifier l'organisme d'attribution des permis auquel il appartient. Ces identificateurs sont déjà utilisés pour les pharmaciens lorsqu'ils sont les prescripteurs, mais ils seront désormais obligatoires pour identifier correctement les médecins, les infirmières praticiennes, les dentistes et les optométristes.

Fichier de références croisées

Pour faciliter le changement, un fichier de références croisées qui dresse la liste de tous les numéros de permis et tous les numéros actuels attribués aux prescripteurs a été pourvu aux fournisseurs de logiciels de pharmacie. Le tableau de référence croisée peut être accéder à partir du Portail Santé (<https://hpsdis.qnb.ca>). Pour toute demande d'accès, écrivez à privsectaccess@qnb.ca.

Marche à suivre pour trouver les numéros de permis

À compter du 3 mai 2016, la liste des numéros d'identification des prescripteurs ne figureront plus sur la page Web des Régimes médicaments du Nouveau-Brunswick. Si le numéro de permis d'un prescripteur n'est pas pourvu par le fournisseur de logiciels de pharmacie, il faudra accéder le Dossier de santé électronique (DSE), joindre directement le prescripteur ou se rendre sur la page Web de l'ordre professionnel du prescripteur.

Paramètres par défaut pour les prescripteurs non identifiés

Actuellement, les Régimes médicaments du Nouveau-Brunswick utilisent un numéro d'identifiant par défaut (p. ex. 99999) pour identifier les prescripteurs qui ne disposent pas d'un numéro attribué. À compter du 3 mai 2016, les Régimes médicaments du Nouveau-Brunswick n'accepteront plus les numéros actuels qui sont sous la forme d'un numéro par défaut. Il faudra plutôt utiliser les identificateurs par défaut suivants :

	Type de fournisseur	ID par défaut	Code de référence pour l'ID
Dans la province	Dentiste	D1	45
	Médecin	D3	41
	Pharmacien	D5	46
	Infirmière praticienne	D7	48
	Optométriste	D9	47
Hors province	Dentiste Médecin Pharmacien Infirmière praticienne Optométriste	Les renseignements seront fournis sur la page Web des Régimes médicaments du Nouveau-Brunswick	

Limites quantitatives

Actuellement, les numéros d'identification des prescripteurs sont utilisés par les prescripteurs lorsqu'ils doivent ajuster ou remplacer les limites quantitatives des produits définis comme narcotiques, médicaments contrôlés ou benzodiazépines remboursés par les Régimes médicaments du Nouveau-Brunswick. Étant donné que le changement porte sur l'identification des prescripteurs et sur la mise en œuvre du Système d'information sur les médicaments (SIM) et du Programme de surveillance pharmaceutique (PSP), les limites quantitatives dans leur forme actuelle prendront fin. Les pharmacies ne recevront donc plus de messages lorsqu'un bénéficiaire a atteint ou est sur le point d'atteindre le montant maximum de ces médicaments. Les Régimes médicaments du Nouveau-Brunswick continueront d'examiner l'utilisation des médicaments.

Bulletin n° 925

le 12 avril 2016

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 avril 2016.

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.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Lidocaïne (Lidodan ^{MD} , Gelée)	Gel 2%	02143879	ODN	AEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Atomoxétine (Strattera [®]) et marques génériques	Capsule de 10mg Capsule de 18mg Capsule de 25mg Capsule de 40mg Capsule de 60mg Capsule de 80mg Capsule de 100mg			(SA)	PAM

Consulter le PAM des régimes de médicaments du N.-B pour les produits.

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les patients pour qui les médicaments stimulants sont inefficaces, non tolérés ou non appropriés en raison de contre-indications ou de préoccupations quant à l'abus de substances.

Note pour les réclamations :

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

Bosutinib (Bosulif ^{MC})	Comprimé pelliculé de 100mg	02419149	PFI	(SA)	PCF
	Comprimé pelliculé de 500mg	02419157			

Pour le traitement des patients atteints de leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie positif (Ph+) en phase chronique, accélérée ou blastique qui :

- ont une résistance ou une progression de la maladie lors de l'utilisation précédente de deux inhibiteurs de la tyrosine kinase d'où l'utilisation du bosutinib en traitement de troisième ligne, ou
- ont une résistance ou une intolérance à un traitement préalable avec un inhibiteur de tyrosine kinase (ITK), et pour qui un traitement subséquent avec l'imatinib, le nilotinib ou le dasatinib n'est pas indiqué d'un point de vue clinique.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un indice de performance de l'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) se situant entre 0 et 2.
2. Le nilotinib ou le dasatinib peuvent ne pas être indiqués chez les patients qui présentent une mutation génétique permettant de prédire une diminution de l'efficacité des médicaments ou qui ont des comorbidités pouvant les prédisposer à des événements indésirables liés aux médicaments.

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée à grave, comme elle est définie par des évaluations spirométriques ou pour les patients qui ne réagissent pas adéquatement aux bronchodilatateurs à courte durée d'action.

- Une polythérapie au bêta-2 agoniste à longue durée d'action/corticostéroïde inhalation (BALA/CSI), et à un anticholinergique à longue durée d'action sera considérée chez les patients qui souffrent d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, comme elle est définie par des évaluations spirométriques, qui présentent des antécédents médicaux d'exacerbations de la MPOC et qui ne réagissent pas adéquatement aux BALA/CSI ou aux ACLA.

Notes cliniques :

1. La MPOC modérée à grave est définie par des évaluations spirométriques après le bronchodilatateur comme suit : VEMS < 60 % de la valeur théorique et rapport VEMS/CVF < 0,70. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés.

Dans le cas où les résultats des évaluations spirométriques ne peuvent être obtenus, les raisons doivent être clairement expliquées, et d'autres données relatives à la gravité de la MPOC doivent être fournies aux fins d'examen, c'est-à-dire que le score à l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) est d'au moins 3. Le grade 3 de l'échelle de la dyspnée du CRM correspond à ce qui suit : le patient marche plus lentement que les gens du même âge sur une surface plane parce qu'il manque de souffle en raison de la MPOC ou s'arrête pour reprendre son souffle lorsqu'il marche à son rythme sur une surface plane.

2. Une réaction inadéquate aux bronchodilatateurs à courte durée d'action se définit par la persistance des symptômes, p. ex. un CRM d'au moins 3, après au moins deux mois de thérapie aux bronchodilatateurs à courte durée d'action, aux doses suivantes :
 - 8 inhalations par jour de bêta-agoniste à délai court ou
 - 12 inhalations par jour d'ipratropium ou
 - 6 inhalations par jour d'ipratropium en combinaison avec un produit du salbutamol.

Une réaction inadéquate aux BALA/CSI ou aux ACLA se définit par la persistance des symptômes après au moins deux mois de thérapie.

3. L'exacerbation des symptômes de la MPOC se définit comme l'augmentation des symptômes de la MPOC qui nécessite un traitement aux antibiotiques ou aux corticostéroïdes systémiques oraux ou intraveineux.

Notes pour les réclamations :

- La polythérapie avec les bronchodilatateurs à un seul agent et à action prolongée, c.-à-d., les bêta-agonistes à longue durée d'action (BALA) et les anticholinergiques à action prolongée, ne sera pas considérée. Les produits qui combinent un BALA et un ACLA en un seul produit sont disponibles en tant que médicaments qui requièrent une autorisation spéciale et qui ont leurs propres critères.

Spondylarthrite Ankylosante

- Indiqué pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p.ex. score ≥ 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'Indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) 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 de minimale 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.
- 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 »).

Note clinique :

- 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.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 400 mg les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines).
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an.

Polyarthrite Psoriasique

- Indiqué pour le traitement des patients atteints de polyarthrite psoriasique active qui :
 - présentent au moins trois articulations douloureuses et actives;
 - n'ont pas répondu à un essai adéquat avec deux ARMM, ou qui sont intolérants ou présentent des contre-indications à l'égard de ces derniers.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 400 mg les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines).
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite Rhumatoïde

- Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :
 - méthotrexate à une dose de ≥ 20 mg (par voie orale ou parentérale) par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 65 ans) pendant 12 semaines au minimum, suivi de méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant 12 semaines au minimum; ou
 - utilisation initiale d'une trithérapie d'ARMM avec le méthotrexate en combinaison avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine pendant 24 semaines au minimum.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement peut prendre jusqu'à 6 mois. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 3 mois de trithérapie avec ARMM, le traitement doit être changé.
3. Si le patient est intolérant une trithérapie avec ARMM en raison d'une intolérance, alors une double thérapie avec ARMM (méthotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide, sulfasalazine) doit être considérée.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature de ou des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 400 mg les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines).
- L'approbation initiale : 6 mois.
- L'approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Olodatérol/bromure de tiotropium (Inspiro^{MC} Respimat[®])

Solution pour inhalation de 2,5mcg/2,5mcg 02441888 BOE (SA) PCF

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée à grave, comme elle est définie par des évaluations spirométriques, chez les patients ayant obtenu une réponse inadéquate à un bêta2-agoniste à longue durée d'action (BALA) ou à un anticholinergique à longue durée d'action (ACLA).

Notes cliniques :

1. La MPOC modérée à grave est définie par des évaluations spirométriques (après le bronchodilatateur) comme suit : VEMS < 60 % de la valeur théorique et rapport VEMS/CVF < 0,70. Les rapports de spirométrie seront acceptés, et ce, sans égard au moment des évaluations spirométriques.

Nouvelle indication et formulation

Tocilizumab (Actemra®)	Seringue préremplie de 162mg/0.9mL	02424770			
	Fiole à usage unique de 80mg/4mL	02350092			
	Fiole à usage unique de 200mg/10mL	02350106	HLR	(SA)	PCF
	Fiole à usage unique de 400mg/20mL	02350114			

Polyarthrite Rhumatoïde

- Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :
 - méthotrexate à une dose de ≥ 20 mg (par voie orale ou parentérale) par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 65 ans) pendant 12 semaines au minimum, suivi de méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant 12 semaines au minimum; ou
 - utilisation initiale d'une trithérapie d'ARMM avec le méthotrexate en combinaison avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine pendant 24 semaines au minimum.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement peut prendre jusqu'à 6 mois. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 3 mois de trithérapie avec ARMM, le traitement doit être changé.
3. Si le patient est intolérant une trithérapie avec ARMM en raison d'une intolérance, alors une double thérapie avec ARMM (méthotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide, sulfasalazine) doit être considérée.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature de ou des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations:

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse : L'approbation initiale sera 4 mg/kg/dose toutes les quatre semaines, avec une augmentation de la dose d'entretien maximale allant jusqu'à 8mg/kg, jusqu'à un maximum de 800 mg par perfusion pour les patients > 100 kg.
- Injection sous-cutanée : L'approbation initiale sera pour 162 mg toutes les deux semaines pour les patients <100 kg, avec une augmentation de la dose d'entretien maximale au dosage hebdomadaire autorisé. Les patients ≥ 100 kg seront approuvés pour 162 mg chaque semaine, sans augmentation de la dose autorisée.
- Période d'approbation initiale: 16 semaines
- Période de renouvellement: 1an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite idiopathique juvénile

- Pour le traitement des enfants (de 2 à 17 ans) atteints d'une forme active modérée à grave de polyarthrite idiopathique juvénile (PIJ) qui ne réagissent pas adéquatement à au moins un traitement par agents rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM).

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue, qui est familier avec l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- Perfusion intraveineuse : L'approbation sera pour 10mg/kg pour les patients <30 kg ou 8 mg/kg pour les patients ≥30 kg, jusqu'à un maximum de 800 mg, administré toutes les deux semaines.
- Durée de l'approbation initiale : 16 semaines
- Durée de l'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Arthrite juvénile idiopathique systémique évolutive

- 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.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue, qui est familier avec l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- Perfusion intraveineuse : L'approbation sera pour 2 mg/kg pour les patients <30 kg ou 8 mg/kg pour les patients ≥30 kg, jusqu'à un maximum de 800 mg, administré toutes les deux semaines.
- Durée de l'approbation initiale : 16 semaines
- Durée de l'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

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
Taliglucérase alpha (Elelyso ^{MD})	Fiole de 200 unités	Maladie de Gaucher	02425637	PFI

Bulletin no 926

Le 29 avril 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 29 avril 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 20 mai 2016, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 20 mai 2016, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 29 avril 2016 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 mai 2016. Avant le 20 mai 2016, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

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.

**Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Abacavir Tab Co.	Orl	300mg	Ziagen	2240357	VIV	DU	7.1745
			Apo-Abacavir	2396769	APX		5.2241
Atomoxetine Atomoxétine Cap Caps	Orl	10mg	Sandoz Atomoxetine	2386410	SDZ	(SA)	1.4040
		18mg	Sandoz Atomoxetine	2386429	SDZ	(SA)	1.6093
		25mg	Sandoz Atomoxetine	2386437	SDZ	(SA)	1.7767
		40mg	Sandoz Atomoxetine	2386445	SDZ	(SA)	2.0250
		60mg	Sandoz Atomoxetine	2386453	SDZ	(SA)	2.2463
		80mg	Sandoz Atomoxetine	2386461	SDZ	(SA)	2.4246
		100mg	Sandoz Atomoxetine	2386488	SDZ	(SA)	2.6406
Citalopram Tab Co.	Orl	10mg	Citalopram	2445719	SAS	ADEFGVW	0.1432
Donepezil Donépézil Tab Co.	Orl	5mg	Septa-Donepezil	2428482	SPT	(SA)	0.8255
		10mg	Septa-Donepezil	2428490	SPT	(SA)	0.8255
Finasteride Finastéride Tab Co.	Orl	5mg	Finasteride	2447541	SIV	ADEFGVW	0.4633
Lamivudine/Abacavir Tab Co.	Orl	300mg/600mg	Kivexa	2269341	VIV	DU	24.6680
			Apo-Abacavir-Lamivudine	2399539	APX		5.9875
			Mylan-Abacavir/Lamivudine	2450682	MYL		
			Teva-Abacavir/Lamivudine	2416662	TEV		
Mefenamic Acid Acide méfénamique Cap Caps	Orl	250mg	Ponstan	155225	ERF	ADEFGVW	0.3990
Neostigmine Néostigmine Liq Liq	Inj	1mg/mL	Neostigmine Omega	2230592	OMG	V	1.0700
		2.5mg/mL	Neostigmine Omega	2387166	OMG	V	3.4300

**Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Quetiapine Quétiapine Tab Orl 25mg Co.	Mint-Quetiapine	2438003	MNT	ADEFGVW	0.0889
	Mint-Quetiapine	2438011	MNT	ADEFGVW	0.2372
	Mint-Quetiapine	2438046	MNT	ADEFGVW	0.4764
	Mint-Quetiapine	2438054	MNT	ADEFGVW	0.6953
Tobramycin Tobramycine Liq Inh 300mg/5mL Liq	Tobi Tobramycin Inhalation Solution	2239630 2443368	NVR SDZ	(SA)	11.2427 5.3242
Tolterodine Toltérodine Tab Orl 1mg Co.	Apo-Tolterodine	2369680	APX	(SA)	0.2455
	Apo-Tolterodine	2369699	APX		0.2455

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Mefenamic Acid Acide méfénamique Cap Orl 250mg Caps	Mefenamic	2229452	AAP	ADEFGVW	0.3990
Tolterodine Toltérodine Tab Orl 1mg Co.	Mint-Tolterodine Teva-Tolterodine	2423308 2299593	MNT TEV	(SA)	0.2455
	Mint-Tolterodine Teva-Tolterodine	2423316 2299607	MNT TEV	(SA)	0.2455

Bulletin no 927

Le 31 mai 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 31 mai 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 21 juin 2016, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 juin 2016, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste 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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Atomoxetine Atomoxétine					
Cap Orl 80mg	Apo-Atomoxetine	2318075	APX	(SA)	2.4246
Caps 100mg	Apo-Atomoxetine	2318083	APX	(SA)	2.6406
Calcitriol					
Cap Orl 0.5mcg	Rocaltrol	481815	HLR	ADEFQVW	1.4891
Caps	Calcitriol-Odan	2431645	ODN		1.1168
Candesartan / Hydrochlorothiazide Candésartan / Hydrochlorothiazide					
Tab Orl 16mg/12.5mg	Auro-Candesartan HCT	2421038	ARO	ADEFQVW	0.2995
Co. 32mg/12.5mg	Auro-Candesartan HCT	2421046	ARO	ADEFQVW	0.3008
32mg/25mg	Auro-Candesartan HCT	2421054	ARO	ADEFQVW	0.3008
Duloxetine Duloxétine					
CDR Orl 30mg	Cymbalta	2301482	LIL	(SA)	1.9254
Caps.L.R.	Apo-Duloxetine	2440423	APX		
	Auro-Duloxetine	2436647	ARO		
	Jamp-Duloxetine	2451913	JPC		
	Mar-Duloxetine	2446081	MAR		
	Mint-Duloxetine	2438984	MNT		
	pms-Duloxetine	2429446	PMS		
	Ran-Duloxetine	2438259	RAN		
	Sandoz Duloxetine	2439948	SDZ		
	Duloxetine	2453630	SIV		
	Duloxetine DR	2437082	TEV		
60mg	Cymbalta	2301490	LIL	(SA)	3.9075
	Apo-Duloxetine	2440431	APX		
	Auro-Duloxetine	2436655	ARO		
	Jamp-Duloxetine	2451921	JPC		
	Mar-Duloxetine	2446103	MAR		
	Mint-Duloxetine	2438992	MNT		
	pms-Duloxetine	2429454	PMS		
	Ran-Duloxetine	2438267	RAN		
	Sandoz Duloxetine	2439956	SDZ		
	Duloxetine	2453649	SIV		
	Duloxetine DR	2437090	TEV		
Ferrous Fumarate Fumarate Ferreux					
Cap Orl 300mg	Euro-Fer	2237556	EUR	AEFQVW	0.1057
Caps					

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Galantamine ERC	Orl	8mg	Auro-Galantamine ER	2425157	ARO	(SA)	1.1475
Caps.L.P.		16mg	Auro-Galantamine ER	2425165	ARO	(SA)	1.1475
		24mg	Auro-Galantamine ER	2425173	ARO	(SA)	1.1475
Metformin Metformine							
Tab	Orl	500mg	Auro-Metformin	2438275	ARO	ADEFGVW	0.0444
Co.		850mg	Auro-Metformin	2438283	ARO	ADEFGVW	0.0610
Tobramycin Tobramycine							
Liq	Inh	300mg/5mL	Teva-Tobramycin	2389622	TEV	(SA)	5.3242
Liq							

Bulletin n° 928

le 1 juin 2016

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 1 juin 2016.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Suppression des avantages

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@nbdrgs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Triamcinolone (Kenalog®-10)	Injection de 10mg/mL	01999761	BRI	ADEFGVW	PCF
Triamcinolone (Kenalog®-40) et marque générique	Injection de 40mg/mL	01999869 01977563	BRI STR	ADEFGVW	PAM

Médicaments qui ne require plus d'autorisation spéciale

Pantoprazole sodique (Pantoloc®) et marques génériques	Comprimés à enrobage entérosoluble de 20mg Comprimés à enrobage entérosoluble de 40mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFGVW	PAM
--	--	---	--	---------	-----

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Couverture de l'autorisation spéciale d'Infliximab (Inflectra^{MC})

L'Inflectra^{MC} est un produit biologique ultérieur (PBU) ou la version biosimilaire d'infliximab, basé sur le produit de référence Remicade®. Il a été approuvé par Santé Canada et appuyé par le Programme commun d'évaluation des médicaments pour des indications rhumatologiques et dermatologiques, en fonction de données qui ont démontré sa similarité avec le produit de référence et pas de différence importante comparativement à ce dernier.

En 2015 et 2016, les dépenses totales attribuables à Remicade® pour toutes les indications couvertes par les Régimes de médicaments du N.-B. se sont élevées à près de 8 millions \$. Par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, les régimes d'assurance médicaments provinciaux et territoriaux ont négocié à la baisse le prix catalogue pour Inflectra^{MC}, permettant des économies qui peuvent être réinvesties dans d'autres priorités.

À compter du 1 juin 2016, infliximab (Inflectra^{MC}) sera ajouté au formulaire pour le traitement des formes graves de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthrite ankylosante, d'arthrite psoriasique et de psoriasis en plaques selon les critères d'autorisation spéciale énumérés ci-dessous.

Toutes les demandes d'autorisation spéciale pour la couverture d'infliximab chez les patients qui n'ont jamais reçu d'infliximab pour les indications mentionnées ci-dessus seront approuvées seulement pour la marque Inflectra^{MC} de l'infliximab. Les patients dont l'autorisation spéciale a été approuvée pour la marque Remicade® de l'infliximab avant le 1 juin 2016 continueront d'être couverts pour cette marque. Ils seront également admissibles à la couverture de la marque Inflectra^{MC}.

Un Programme d'aide pour les patients Inflectra^{MC} est offert par le fabricant. Le gestionnaire de cas du programme Inflectra^{MC} peut offrir de l'aide pour l'inscription au programme et pour veiller à ce que le traitement soit commencé rapidement. Il est possible de joindre le gestionnaire de cas Inflectra^{MC} pour le N.-B. en communiquant avec le Service à la clientèle du Programme d'aide pour les patients au 1-844-466-6627.

Pour obtenir de l'information sur la décision de Santé Canada, veuillez consulter le Sommaire des motifs de décision au : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/sbd-smd/drug-med/sbd_smd_2014_inflectra_159493-fra.php

Pour consulter le rapport et les recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments, rendez-vous au <https://www.cadth.ca/fr/infliximab-14>.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Infliximab (Inflectra ^{MC})	Fiole de 100mg	02419475	HOS	(SA)	PCF

Spondylarthrite Ankylosante

- Indiqué pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p.ex. score ≥ 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'Indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) 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 de minimale 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.
- 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 »).

Note clinique :

- Les patients souffrant d'uvéïte 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.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les demandes de couverture pour l'infliximab, pour les patients qui n'ont jamais pris ce médicament (y compris les patients qui suivent un traitement d'induction), seront approuvées pour la marque Inflectra seulement.
- Une dose de 5 mg/kg sera approuvée pour les semaines 0, 2 et 6, puis toutes les 6 à 8 semaines.
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Psoriasis en plaques

- Les demandes seront considérées pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques chronique débilisant d'intensité grave qui répondent à tous les critères suivants:
 - surface corporelle atteinte 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.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre des renseignements démontrant la réponse adéquate du patient, laquelle se définit comme suit :
 - une réduction $\geq 75\%$ de l'indice d'étendue et de gravité du psoriasis (PASI pour Psoriasis Areas Severity Index) par rapport au début du traitement (PASI 75); ou

- une réduction \geq 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; ou
- 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.

Notes pour les réclamations:

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les demandes de couverture pour l'infliximab, pour les patients qui n'ont jamais pris ce médicament (y compris les patients qui suivent un traitement d'induction), seront approuvées pour la marque Inflectra seulement.
- Une dose de 5 mg/kg sera approuvée pour les semaines 0, 2 et 6, puis toutes les 6 à 8 semaines.
- Approbation initiale : 12 semaines.
- Approbation de renouvellement : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Polyarthrite Psoriasique

- Indiqué pour le traitement des patients atteints de polyarthrite psoriasique active qui :
 - présentent au moins trois articulations douloureuses et actives;
 - n'ont pas répondu à un essai adéquat avec deux ARMM, ou qui sont intolérants ou présentent des contre-indications à l'égard de ces derniers.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- Toutes les demandes de couverture pour l'infliximab, pour les patients qui n'ont jamais pris ce médicament (y compris les patients qui suivent un traitement d'induction), seront approuvées pour la marque Inflectra seulement.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose de 5 mg/kg sera approuvée pour les semaines 0, 2 et 6, puis toutes les 6 à 8 semaines.
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Polyarthrite Rhumatoïde

- Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :
 - méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de \geq 20 mg par semaine (\geq 15 mg si le patient est âgé de \geq 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
 - méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture d'une thérapie biologique peut être envisagée.

3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM (méthotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide, sulfasalazine) doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les demandes de couverture pour l'infliximab, pour les patients qui n'ont jamais pris ce médicament (y compris les patients qui suivent un traitement d'induction), seront approuvées pour la marque Inflectra seulement.
- Une dose de 3 mg/kg sera approuvée pour les semaines 0, 2 et 6, puis toutes les 8 semaines.
- L'approbation initiale : 6 mois.
- L'approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle puissance Ruxolitinib (Jakavi ^{MD})	Comprimé de 10mg	02434814	NVR	(SA)	PCF
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 ≤3 points et ne pas avoir été traités antérieurement ou, si traités, avoir été réfractaires à ces traitements.					

Critères révisés pour la polyarthrite rhumatoïde – Antirhumatismaux modificateurs de la maladie biologiques

Nous avons révisés les critères d'autorisation spéciale pour les antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques :

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Abatacept (Orencia ^{MD})	Seringue préremplie de 125mg/mL	02402475	BRI	(SA)	PCF
	Fiole de 250mg/15mL	02282097			
Adalimumab (Humira [®])	Stylo de 40mg/0,8mL	02258595	ABV	(SA)	PCF
	Seringue préremplie de 40mg/0,8mL	02258595			
Certolizumab pegol (Cimzia [®])	Seringue préremplie de 200mg/mL	02331675	UCB	(SA)	PCF
Étanercept (Enbre ^{MD})	Fiole de 25mg/mL	02242903	AGA	(SA)	PCF
	Auto-injecteur de 50mg/mL	02274728			
	Seringue préremplie de 50mg/mL	02274728			

Golimumab (Simponi®)	Auto-injecteur de 50mg/0,5mL	02324784	JAN	(SA)	PCF
	Seringue préremplie de 50mg/0,5mL	02324776			
Infliximab (Remicade®)	Fiole de 100mg	02244016	JAN	(SA)	PCF
Tocilizumab (Actemra®)	Seringue préremplie de 162mg/0,9mL	02424770	HLR	(SA)	PCF
	Fiole à usage unique de 80mg/4mL	02350092			
	Fiole à usage unique de 200mg/10mL	02350106			
	Fiole à usage unique de 400mg/20mL	02350114			

Polyarthrite Rhumatoïde

- Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :
 - méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de ≥ 20 mg par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
 - méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture d'une thérapie biologique peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM (méthotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide, sulfasalazine) doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les demandes de couverture pour l'infliximab, pour les patients qui n'ont jamais pris ce médicament (y compris les patients qui suivent un traitement d'induction), seront approuvées pour la marque Inflectra seulement.
- L'approbation initiale : 16 semaines pour tocilizumab, 6 mois pour autres.
- L'approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
- Dose maximale approuvée :
 - Infusion intraveineuse d'Abatacept : 500 mg pour les patients de <60 kg, 750 mg pour les patients de 60-100 kg et 1000 mg pour les patients de >100 kg, donné aux semaines 0, 2 et 4 et par la suite toutes les 4 semaines. Injection sous-cutanée : une seule dose initiale d'attaque par voie IV pouvant aller jusqu'à 1000 mg peut être administrée, suivie d'une injection sous-cutanée dans un délai d'un jour, et ensuite une injection sous-cutanée de 125 mg une fois par semaine.
 - Adalimumab : 40 mg toutes les deux semaines sans augmentation de dose permise.
 - Certolizumab pegol : 400 mg les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines).
 - Étanercept : 25 mg deux fois par semaine ou 50 mg une fois par semaine sans augmentation de dose permise.
 - Golimumab : 50 mg une fois par mois sans augmentation de dose permise.
 - Infliximab (Remicade): dose de 3 mg/kg pour les semaines 0, 2 et 6, puis toutes les 8 semaines.
 - Infliximab (Inflectra): dose de 3 mg/kg pour les semaines 0, 2 et 6, puis toutes les 8 semaines.
 - Tocilizumab perfusion intraveineuse : L'approbation initiale sera 4 mg/kg/dose toutes les quatre semaines, avec une augmentation de la dose d'entretien maximale allant jusqu'à 8mg/kg, jusqu'à un maximum de 800 mg par perfusion pour les patients > 100 kg. Injection sous-cutanée : L'approbation initiale sera pour 162 mg toutes les deux semaines pour les patients <100 kg, avec une augmentation de la dose d'entretien maximale au dosage hebdomadaire autorisé. Les patients ≥ 100 kg seront approuvés pour 162 mg chaque semaine, sans augmentation de la dose autorisée.

Suppression des avantages

Produit	Dosage	DIN	Fabricant
Hydrochlorothiazide (Apo-Hydro)	Comprimé de 100mg	00644552	APX
Procaïnamide (Procan ^{MC} SR)	Comprimés à libération prolongée de 250mg	00638692	ERF

Bulletin no 929

Le 29 juin 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 29 juin 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 20 juillet 2016, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 20 juillet 2016, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 29 juin 2016 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 juillet 2016. Avant le 20 juillet 2016, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Citalopram Tab Orl 10mg Co.			Septa-Citalopram	2431629	SPT	ADEFGVW	0.1432
Estradiol Tab Orl 0.5mg Co.			Estrace Lupin-Estradiol	2225190 2449048	TML LUP	ADEFGV	0.1410 0.1199
1mg			Estrace Lupin-Estradiol	2148587 2449056	TML LUP	ADEFGV	0.2721 0.2313
2mg			Estrace Lupin-Estradiol	2148595 2449064	TML LUP	ADEFGV	0.4804 0.4083
Felodipine Féلودىپىن ERT OrL 2.5mg Co.L.P.			Apo-Felodipine	2452367	APX	ADEFVW	0.4050
Gabapentin Gabapentine Tab OrL 600mg Co.			Gabapentin	2410990	GLM	ADEFGVW	0.3256
800mg			Gabapentin	2411008	GLM	ADEFGVW	0.4341
Granisetron Grانىسétرون Tab OrL 1mg Co.			Nat-Granisetron	2452359	NAT	W (SA)	9.0000
Nicotine Pth Trd 7mg Pth			Equate Transdermal Nicotine Patch	2241227	WAL	(SA)	2.2857
14mg			Equate Transdermal Nicotine Patch	2241226	WAL	(SA)	2.2857
21mg			Equate Transdermal Nicotine Patch	2241228	WAL	(SA)	2.2857
Norethindrone Noréthىندرون Tab OrL 0.35mg Co.			Jencycla	2441306	LUP	DEFGV	0.3925
Pantoprazole Sodium Pantoprazole sodique ECT OrL 20mg Co.Ent			Pantoprazole-20	2428172	SIV	ADEFGVW	0.3246
40mg			Pantoprazole-40	2428180	SIV	ADEFGVW	0.3628

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Ramipril							
Cap	Orl	1.25mg	Ramipril	2308363	SIV	ADEFGVW	0.1274
Caps		2.5mg	Ramipril	2287927	SIV	ADEFGVW	0.1470
		5mg	Ramipril	2287935	SIV	ADEFGVW	0.1470
		10mg	Ramipril	2287943	SIV	ADEFGVW	0.1862
Solifenacin							
Solifénacine							
Tab	Orl	5mg	Med-Solifenacin	2428911	GMP	(SA)	0.4223
Co.			Mint-Solifenacin	2443171	MNT		
		10mg	Med-Solifenacin	2428938	GMP	(SA)	0.4223
			Mint-Solifenacin	2443198	MNT		
Timolol / Dorzolamide							
Liq	Oph	0.5% / 2%	Med-Dorzolamide-Timolol	2437686	GMP	ADEFGV	1.9887
Liq							

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Calcitriol Cap Caps	Orl	0.5mcg	Calcitriol-Odan	2431645	ODN	ADEFGVW	1.1069
Felodipine Féلودیپینه ERT Co.L.P.	Orl	5mg	Sandoz Felodipine	2280264	SDZ	ADEFVW	0.3398
		10mg	Sandoz Felodipine	2280272	SDZ	ADEFVW	0.5098
Granisetron Granisétron Tab Co.	Orl	1mg	Granisetron	2308894	AAP	W (SA)	9.0000
Norethindrone Noréthindrone Tab Co.	Orl	0.35mg	Movisse	2410303	MYL	DEFGV	0.3925
Scopolamine Liq Liq	Inj	20mg/mL	Buscopan Hyoscine Butylbromide	363839 2229868	BOE SDZ	ADEFGVW	4.3000
Ursodiol Tab Co.	Orl	250mg	pms-Ursodiol C	2273497	PMS	(SA)	0.6168
		500mg	pms-Ursodiol C	2273500	PMS	(SA)	1.1700

Bulletin n° 930

le 7 juillet 2016

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 7 juillet 2016.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout 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.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Médicaments qui ne require plus d'autorisation spéciale					
Nabilone (Cesamet®) et marques génériques	Capsules de 0,25mg Capsules de 0,5mg Capsules de 1mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFVW	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Empagliflozine (Jardiance ^{MC})	Comprimé de 10mg Comprimé de 25mg	02443937 02443945	BOE	(SA)	PCF
	Pour le traitement du diabète de type 2, en plus de la metformine et d'une sulfonylurée, chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée, ou qui sont intolérants à ces médicaments, et pour qui l'insuline n'est pas une option.				
Rifaximine (Zaxine®)	Comprimé de 550mg	02410702	SAX	(SA)	PCF
	Pour réduire les risques de récurrences d'encéphalopathie hépatique déclarée chez les patients qui ont connu au moins deux épisodes et qui sont incapables de contrôler adéquatement l'encéphalopathie hépatique uniquement avec les doses maximales de lactose.				
	<u>Note clinique:</u>				
	<ul style="list-style-type: none"> Doit être utilisé en combinaison avec le lactose, à moins que ce dernier ne soit pas toléré. 				
Sécukinumab (Cosentyx ^{MD})	Seringue préremplie de 150mg/mL Stylo SensoReady de 150mg/mL	02438070 02438070	NVR	(SA)	PCF
	<ul style="list-style-type: none"> Indiqué pour le traitement des patients atteints d'une forme grave et débilitante de psoriasis en plaques chronique qui répondent à tous les critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> plus de 10 % de la surface corporelle atteinte, ou psoriasis couvrant 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 inaccessibilité du traitement. Les demandes de renouvellement doivent comprendre des renseignements démontrant la réponse adéquate du patient, laquelle se définit comme suit : <ul style="list-style-type: none"> une réduction de ≥ 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); ou une réduction de ≥ 50 % de l'indice 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; ou une réduction quantitative de la surface corporelle touchée en prenant en compte l'aspect qualitatif de zones précises comme le visage, les mains, les pieds ou les organes génitaux. 				

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Approbations pour 300 mg administrés aux semaines 0, 1, 2 et 3, et ensuite tous les mois à partir de la semaine 4.
- Approbation initiale : 12 semaines.
- Approbation de renouvellement : 1 an.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouveau format Insuline détémir (Levemir® FlexTouch®)	Stylo préremplie de 100U/mL	02412829	NNO	(SA)	PCF
<p>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</p> <ol style="list-style-type: none">1. qui ont vécu des épisodes inexplicables d'hypoglycémie nocturne au moins une fois par mois malgré une gestion optimale, ou2. ont des réactions allergiques documentées sévères ou continues, systémiques ou localisées, à l'insuline(s) actuellement utilisée(s).					
<p><u>Note pour les réclamations:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Les demandes devraient être soumises à l'aide du formulaire de demande d'autorisation spéciale des analogues de l'insuline à action prolongée.					
Nouvelle puissance Lénalidomide (Revlimid®)	Capsule de 20mg	02440601	CEL	(SA)	PCF
<p>Mêmes critères que pour les autres concentrations de Revlimid sur le formulaire. S'il vous plaît, voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B.</p>					

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
Régorafenib (Stivarga®)	Comprimé pelliculé de 40mg	Cancer colorectal (CCR) métastatique	02403390	BAY
Sorafenib (Nexavar®)	Comprimé pelliculé de 200mg	Différencié de la thyroïde (CDT) en progression métastatique	02284227	BAY

Bulletin no 931

Le 29 juillet 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 29 juillet 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 19 août 2016, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 19 août 2016, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 29 juillet 2016 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 août 2016. Avant le 19 août 2016, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 19 août 2016.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Betahistine Bétahistine							
Tab	Orl	8mg	Auro-Betahistine	2449145	ARO	(SA)	0.1232
Co.		16mg	Auro-Betahistine	2449153	ARO	(SA)	0.1106
		24mg	Auro-Betahistine	2449161	ARO	(SA)	0.1659
Bupropion ERT Co.L.P.							
	Orl	150mg	Act Bupropion XL	2439654	ATV	ADEFGVW	0.2844
		300mg	Act Bupropion XL	2439662	ATV	ADEFGVW	0.5688
Felodipine Féلودىپىنە							
ERT	Orl	5mg	Apo-Felodipine	2452375	APX	ADEFGVW	0.3398
Co.L.P.		10mg	Apo-Felodipine	2452383	APX	ADEFGVW	0.5098
Nicotine Pth Pth							
	Trd	7mg	Pharmasave Nicotine Patch	2241227	PSV	(SA)	2.2857
		14mg	Pharmasave Nicotine Patch	2241226	PSV	(SA)	2.2857
		21mg	Pharmasave Nicotine Patch	2241228	PSV	(SA)	2.2857
Repaglinide Tab Co.							
	Orl	0.5mg	Apo-Repaglinide	2355663	APX	(SA)	0.0808
		1mg	Apo-Repaglinide	2355671	APX	(SA)	0.0840
		2mg	Apo-Repaglinide	2355698	APX	(SA)	0.0873
Ursodiol Tab Co.							
	Orl	250mg	Ursodiol	2426900	GLM	(SA)	0.6168
		500mg	Ursodiol	2426919	GLM	(SA)	1.1700

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Betahistine							
Betahistine							
Tab	Orl	8mg	Teva-Betahistine	2280183	TEV	(SA)	0.1232
Co.		16mg	Act Betahistine	2374757	ATV		
			Teva-Betahistine	2280191	TEV	(SA)	0.1106
			pms-Betahistine	2330210	PMS		
		24mg	Act Betahistine	2374765	ATV		
			Teva-Betahistine	2280205	TEV	(SA)	0.1659
			pms-Betahistine	2330237	PMS		

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes		
Bupropion ERT Co.L.P.	150mg	Mylan-Bupropion XL	2382075	MYL	ADEFGVW	0.2844
	300mg	Mylan-Bupropion XL	2382083	MYL	ADEFGVW	0.5688

Bulletin n° 932

Le 24 août 2016

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 24 août 2016.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout 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@nbdrgs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Calcipotriol/Bétaméthasone (Dovobet® Gel Applicator)	Gel de 50mcg/0,5mg	02319012	LEO	ADEFGVW	PCF
Colésévélam (Lodalis ^{MC})	Poudre pour suspension orale de 3,75g	02432463	VLN	ADEFGVW	PCF

Médicaments qui ne require plus d'autorisation spéciale

Célécoxib (Celebrex ^{MD} et marques génériques)	Capsule de 100mg Capsule de 200mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Éthinylestradiol/Étonogestrel (NuvaRing®)	Anneau vaginal de 2,6mg/11,4mg	02253186	FRS	DEFG	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Alemtuzumab (Lemtrada ^{MC})	Fliale à usage unique de 12mg/1,2mg	02418320	GZM	(SA)	PCF

Pour le traitement de patients adultes atteints d'une forme de sclérose en plaques récurrente-rémittente qui répondent à tous les critères suivants :

- Réponse inadéquate à un traitement complet et adéquat (d'au moins 6 mois) avec de l'interféron bêta ou d'autres agents modificateurs de la maladie.
- Au moins une rechute clinique invalidante au cours de la dernière année.
- Score actuel de 5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité .

Les documents présentant les détails du dernier examen neurologique du patient doivent être soumis dans les 90 jours suivant la transmission de la demande. Ils doivent comprendre une description de toute poussée récente, la date de ces poussées et les résultats neurologiques.

Note clinique :

- Les traitements combinés d'alemtuzumab et d'autres agents modificateurs de maladie (comme l'interféron bêta, l'acétate de glatiramère, le fingolimod, le natalizumab, le tériflunomide et le fumarate de diméthyle) ne seront pas remboursés.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un neurologue possédant de l'expérience dans le traitement de la sclérose en plaques.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans A,D,E,F et G seront examinées.
- Quantité maximale approuvée et période : 8 fioles pour deux ans (5 fioles approuvées la première année et 3 fioles approuvées la deuxième année).
- Pour obtenir des renseignements concernant une reprise de traitement, veuillez communiquer avec Régimes de médicaments du N.-B.

Aztréonam (Cayston^{MD}) Poudre pour inhalation de 75mg 02329840 GIL (SA) PCF

Pour le traitement des infections pulmonaires chroniques causées par la bactérie *Pseudomonas aeruginosa* chez les personnes atteintes d'une forme modérée à grave de fibrose kystique dont l'état clinique se détériore malgré un traitement de tobramycine pour inhalation.

Note clinique :

- Le traitement cyclique est calculé par cycles de 28 jours et il compte 28 jours de traitement suivis par 28 jours sans traitement.

Notes pour les réclamations :

- Utilisés conjointement, l'aztréonam et la tobramycine pour inhalation ne sont pas remboursés.
- Les demandes des personnes inscrites aux Plans A, D, E, F, G et V seront examinées.

Somatropine (Norditropin NordiFlex[®]) Stylo préremplie de 5mg/1,5mL 02334852
Stylo préremplie de 10mg/1,5mL 02334860 NNO T (SA) PCF
Stylo préremplie de 15mg/1,5mL 02334879

Déficit en Hormone de Croissance pour les Enfants

Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les réclamations:

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

Tofacitinib (Xeljanz^{MC}) Comprimé pelliculé de 5mg 02423898 PFI (SA) PCF

- Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive sévèrement active, seul ou en association avec du méthotrexate, chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :
 - méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de ≥ 20 mg par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
 - méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être envisagé.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture d'une thérapie biologique peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM (méthotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide, sulfasalazine) doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.

5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose maximum de 5 mg deux fois par jour sera approuvée.
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication et dosage					
Vilantérol/Fluticasone (Breo® Ellipta®)	Poudre pour inhalation de 25mcg/100mcg	02408872	GSK	(SA)	PCF
	Poudre pour inhalation de 25mcg/200mcg	02444186			
Asthme					
Pour les patient souffrant d'une maladie respiratoire obstructive réversible					
<ul style="list-style-type: none"> • dont l'état est stabilisé par un traitement aux corticostéroïdes inhalés et aux bêta-2 agonistes à longue durée d'action; ou • qui utilisent des doses optimales de corticostéroïdes inhalés, mais dont l'état est encore mal maîtrisé. 					
Critères révisés					
Sevelamer (Renagel®)	Comprimé de 800mg	02244310	SAV	(SA)	PCF
Pour le traitement de l'hyperphosphatémie (>1,8 mmol/L) chez les patients atteints d'une maladie rénale en phase terminale (DFGe < 15 ml/min.) qui ont :					
<ul style="list-style-type: none"> • un contrôle insuffisant de leur niveau de phosphore au moyen d'un chélateur de phosphore à base de calcium; • de l'hypercalcémie (corrigée en fonction de l'albumine); ou • de la calciphylaxie (artériolopathieurémique calcifiante). 					
<u>Notes pour les réclamations :</u>					
<ul style="list-style-type: none"> • L'approbation initiale : 6 mois. • L'approbation de renouvellement : 1 an. La confirmation de l'amélioration du niveau de phosphate est requise (les résultats du laboratoire doivent être fournis). 					

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
Céritinib (Zykadia ^{MC})	Capsule de 150mg	Cancer du poumon non à petites cellules anaplastic lymphoma kinase-positif, localement avancé ou métastatique	02436779	NVR

Bulletin no 933

Le 31 août 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 31 août 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 21 septembre 2016, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 septembre 2016, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 août 2016 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 septembre 2016. Avant le 21 septembre 2016, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 septembre 2016.

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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alendronate / Cholecalciferol Alendronate / Cholécalfcérol Tab Orl 70mg/5600IU Co.	Apo-Alendronate/Vitamin D3	2454475	APX	ADEFGVW	1.2174
Azithromycin Azithromycine Tab Orl 250mg Co.	Jamp-Azithromycin	2452308	JPC	ABDEFGVW	1.2313
Erlotinib Tab Orl 100mg Co.	pms-Erlotinib	2454386	PMS	(SA)	26.4000
	pms-Erlotinib	2454394	PMS	(SA)	39.6000
Finasteride Finastéride Tab Orl 5mg Co.	Finasteride	2445077	SAS	ADEFGVW	0.4633
Zolmitriptan Tab Orl 2.5mg Co.	Nat-Zolmitriptan	2421534	NAT	(SA)	3.4292
ODT Co.D.O.	Apo-Zolmitriptan Rapid	2381575	APX	(SA)	3.4313

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alendronate / Cholecalciferol Alendronate sodique / Cholécalciférol							
Tab	Orl	70mg/5600IU	Sandoz Alendronate/Cholcalciferol	2429160	SDZ	ADEFGVW	1.2174
Co.			Teva-Alendronate-Cholecalciferol	2403641	TEV		
Erlotinib							
Tab	Orl	100mg	Teva-Erlotinib	2377705	TEV	(SA)	26.4000
Co.		150mg	Teva-Erlotinib	2377713	TEV	(SA)	39.6000
Levetiracetam Lévétiracétam							
Tab	Orl	250mg	Act Levetiracetam	2274183	ATV	(SA)	0.4000
Co.			Apo-Levetiracetam	2285924	APX		
			Auro-Levetiracetam	2375257	ARO		
			Jamp-Levetiracetam	2403005	JPC		
			Levetiracetam	2353342	SAS		
			pms-Levetiracetam	2296101	PMS		
			Ran-Levetiracetam	2396106	RAN		
		500mg	Act Levetiracetam	2274191	ATV	(SA)	0.4875
			Apo-Levetiracetam	2285932	APX		
			Auro-Levetiracetam	2375265	ARO		
			Jamp-Levetiracetam	2403021	JPC		
			Levetiracetam	2353350	SAS		
			pms-Levetiracetam	2296128	PMS		
			Ran-Levetiracetam	2396114	RAN		
		750mg	Act Levetiracetam	2274205	ATV	(SA)	0.6750
			Apo-Levetiracetam	2285940	APX		
			Auro-Levetiracetam	2433869	ARO		
			Jamp-Levetiracetam	2403048	JPC		
			Levetiracetam	2353369	SAS		
			pms-Levetiracetam	2296136	PMS		
			Ran-Levetiracetam	2396122	RAN		

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Levetiracetam Lévétiracétam					
Tab Orl 250mg	Levetiracetam	2399776	AHI	(SA)	
Co.					
500mg	Levetiracetam	2399784	AHI	(SA)	
750mg	Levetiracetam	2399792	AHI	(SA)	

Bulletin n° 934

Le 29 septembre 2016

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 29 septembre 2016.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout 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@nbdrugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Danazol (Cyclomen®)	Capsule de 50mg	02018144	SAV	ADEFVW	PCF
Furoate de fluticasone (Arnuity ^{MC} Ellipta®)	Poudre pour inhalation de 100mcg Poudre pour inhalation de 200mcg	02446561 02446588	GSK	ABDEFGVW	PCF
Podofilox (Condyline®)	Solution topique de 0,5%	01945149	SAV	ADEFGV	PCF
Praziquantel (Biltricide®)	Comprimé pelliculé de 600mg	02230897	BAY	ADEFGV	PCF

Médicaments qui ne require plus d'autorisation spéciale

Estradiol (Estradot ^{MD})	Timbre transdermique de 25mcg Timbre transdermique de 37,5mcg	02245676 02243999	NVR	ADEFGV	PCF
Estradiol (Estradot ^{MD} et marque générique)	Timbre transdermique de 50mcg Timbre transdermique de 75mcg Timbre transdermique de 100mcg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Insuline glulisine (Apidra®)	Cartouche de 100U/mL SoloSTAR de 100U/mL Fiole de 100U/mL	02279479 02294346 02279460	SAV	ADEFGVW	PCF
Noréthindrone/Estradiol (Estalis ^{MD})	Timbre transdermique de 140mcg/50mcg Timbre transdermique de 250mcg/50mcg	02241835 02241837	NVR	ADEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Darunavir/Cobicistat (Prezcobix TM)	Comprimé pelliculé de 800mg/150mg	02426501	JAN	(SA)	PCF

Pour le traitement de patients atteints du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui n'ont jamais reçu de traitement ou qui ont déjà été traités et qui ne présentent pas de mutation associée à une résistance au darunavir.

Note pour les réclamations :

- Les ordonnances provenant de spécialistes en maladies infectieuses ou microbiologistes médicaux qui ont de l'expérience avec le traitement des patients avec VIH ou SIDA du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

Ponatinib (Iclusig ^{MD})	Comprimé pelliculé de 15mg	02437333	ARI	(SA)	PCF
	Comprimé pelliculé de 45mg	02437341			

Pour le traitement des patients atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) ou de leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie positif (Ph+LLA) en phase chronique, accélérée ou blastique qui :

- présentent une résistance ou une intolérance à au moins deux inhibiteurs de tyrosine kinase; ou
- expriment la mutation T315i.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un indice de performance de l'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) se situant entre 0 et 2.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Durée de l'approbation initiale : 1 an.
- Durée de l'approbation du renouvellement : 1 an.

Tazarotène (Tazorac [®] Crème)	Crème de 0,05%	02243894	ALL	(SA)	PCF
	Crème de 0,1%	02243895			
Tazarotène (Tazorac ^{MC} Gel)	Gel de 0,05%	02230784			
	Gel de 0,1%	02230785			

Pour le traitement des patients souffrant de psoriasis en plaques pour qui les traitements conventionnels n'ont pas été efficaces ou ne sont pas appropriés.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critères révisés Tobramycine (TOBI ^{MD} et marques génériques)	Solution pour inhalation de 300mg/5mL	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		(SA)	PAM
<p>Pour le traitement des infections pulmonaires chroniques causées par la bactérie <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, lorsqu'il est utilisé en tant que traitement cyclique chez les patients atteints de fibrose kystique.</p> <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement cyclique est calculé par cycles de 28 jours et il compte 28 jours de traitement suivis de 28 jours sans traitement. <p><u>Note pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les demandes des personnes inscrites aux Plans A, B, D, E, F, G et V seront examinées. 					

Nouvelle puissance
Ribavirine (Ibavyr^{MC})

Comprimé de 200mg 02439212 PDP (SA) PCF

Indiqué en association avec d'autres agents pour le traitement de l'hépatite C chronique. Le critère applicable pour le traitement d'association doit être respecté.

Nouveau format
Tobramycine (TOBI^{MD}
Podhaler^{MD})

Poudre pour inhalation de
28mg 02365154 NVR (SA) PCF

Pour le traitement des infections pulmonaires chroniques causées par la bactérie *Pseudomonas aeruginosa*, lorsqu'il est utilisé en tant que traitement cyclique chez les patients atteints de fibrose kystique.

Note clinique :

- Le traitement cyclique est calculé par cycles de 28 jours et il compte 28 jours de traitement suivis de 28 jours sans traitement.

Note pour les réclamations :

- Les demandes des personnes inscrites aux Plans A, B, D, E, F, G et V seront examinées.

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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	Indication	DIN	Fabricant
Paromomycine (Humatin [®])	Capsule de 250mg	Colite amibienne	02078759	ERF
Tolvaptan (Jinarc ^{MC})	Comprimés de 45mg+15mg Comprimés de 60mg+30mg Comprimés de 90mg+30mg	Maladie polykystique rénale autosomique dominante (MPRAD)	02437503 02437511 02437538	OTS

Bulletin no 935

Le 30 septembre 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 30 septembre 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 30 septembre 2016 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 octobre 2016. Avant le 21 octobre 2016, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Bupropion ERT Co.L.P.	Orl	150mg	Mylan-Bupropion XL	2382075	MYL	ADEFGVW	0.2844
		300mg	Mylan-Bupropion XL	2382083	MYL	ADEFGVW	0.5688
Solifenacin Solifénacine Tab Co.	Orl	5mg	Auro-Solifenacin	2446375	ARO	(SA)	0.4223
		10mg	Auro-Solifenacin	2446383	ARO	(SA)	0.4223
Zolmitriptan Tab Co.	Orl	2.5mg	Apo-Zolmitriptan	2380951	APX	(SA)	3.4292

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage		Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM	
Ramipril Tab Co.	Orl	1.25mg	Sandoz Ramipril	2291398	SDZ	ADEFGVW	0.1274
		2.5mg	Sandoz Ramipril	2291401	SDZ	ADEFGVW	0.1470
		5mg	Sandoz Ramipril	2291428	SDZ	ADEFGVW	0.1470
		10mg	Sandoz Ramipril	2291436	SDZ	ADEFGVW	0.1862

Bulletin n° 936

Le 28 octobre 2016

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 28 octobre 2016.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout aux garanties régulières
- 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.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Acyclovir (Zovirax®)	Suspension orale de 200mg/5mL	00886157	GSK	ADEFGV	PCF
Amphotéricine B (Fungizone®)	Fiole de 50mg	00029149	BRI	ADEFGV	PCF

Médicaments qui ne require plus d'autorisation spéciale

Nafaréline (Synarel ^{MC})	Vaporisateur nasal de 2mg/mL	02188783	PFI	ADEFGV	PCF
Olanzapine (Zyprexa® et marques génériques)	Comprimé de 2,5mg Comprimé de 5mg Comprimé de 7,5mg Comprimé de 10mg Comprimé de 15mg Comprimé de 20mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Olanzapine (Zyprexa® Zydys® et marques génériques)	Comprimé à dissolution orale de 5mg Comprimé à dissolution orale de 10mg Comprimé à dissolution orale de 15mg Comprimé à dissolution orale de 20mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Metformine/Linagliptine (Jentadueto ^{MC})	Comprimé de 500mg/2,5mg	02403250	BOE	(SA)	PCF
	Comprimé de 850mg/2,5mg	02403269			
	Comprimé de 1000mg/2,5mg	02403277			
Pour le traitement du diabète de type 2 chez les patients <ul style="list-style-type: none"> • pour qui l'insuline n'est pas une option, et • que le régime thérapeutique comprend la metformine, une sulfonylurée et la linagliptine à des doses stables afin de remplacer la metformine et la linagliptine de ce régime 					
Bicarbonate de sodium (marques génériques)	Comprimé de 500mg	80030520 80022194	JPC SDZ	(SA)	PAM
Pour le traitement de l'acidose métabolique chez les patients qui souffrent de maladie du rein chronique d'insuffisance rénale chronique dont le bicarbonate sérique (CO ₂) est de <22 mmol/L.					

Bulletin no 937

Le 31 octobre 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 31 octobre 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Azithromycin Azithromycine Tab Orl Co.	250mg Mar-Azithromycin	2452324	MAR	ABDEFGVW	1.2313
Levetiracetam Lévétiracétam Tab Orl Co.	250mg Nat-Levetiracetam Levetiracetam	2440202 2442531	NAT SIV	(SA)	0.4000
	500mg Nat-Levetiracetam Levetiracetam	2440210 2442558	NAT SIV	(SA)	0.4875
	750mg Nat-Levetiracetam Levetiracetam	2440229 2442566	NAT SIV	(SA)	0.6750

Bulletin no 938

Le 29 novembre 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 29 novembre 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 20 décembre 2016, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 20 décembre 2016, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 29 novembre 2016 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 décembre 2016. Avant le 20 décembre 2016, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Entecavir Entécavir Tab Co.	Orl	0.5mg	Auro-Entecavir	2448777	ARO	(SA)	5.5000
Oseltamivir Cap Caps	Orl	75mg	Tamiflu Nat-Oseltamivir	2241472 2457989	HLR NAT	(SA)	4.1570 3.0563
Verapamil Vérapamil SRT Co.L.L.	Orl	240mg	Mylan-Verapamil SR	2450496	MYL	ADEFGVW	0.5075

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Entecavir Entécavir Tab Co.	Orl	0.5mg	Apo-Entecavir pms-Entecavir	2396955 2430576	APX PMS	(SA)	5.5000

Bulletin n° 939

Le 30 novembre 2016

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 30 novembre 2016.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout 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@nbrugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Insuline asparte (NovoRapid®FlexTouch®)	100U/mL stylo préremplie	02377209	NNO	ADEFGV	PCF

Médicaments qui ne require plus d'autorisation spéciale

Acide étidronique	comprimés de 200mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Acide étidronique/calcium	comprimés de 400mg/500mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Insuline asparte (NovoRapid® et NovoRapid® Penfill®)	100U/mL fiole 100U/mL cartouche	02245397 02244353	NNO	ADEFGV	PCF
Lévétiracétam (Keppra®) et marques génériques	comprimés de 250mg comprimés de 500mg comprimés de 750mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produit.		ADEFGV	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Dapagliflozine (Forxiga®)	Comprimé de 5mg Comprimé de 10mg	02435462 02435470	AZE	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement du diabète de type 2, en plus de la metformine ou d'une sulfonylurée, chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine ou une sulfonylurée, ou qui sont intolérants à ces médicaments, et pour qui l'insuline n'est pas une option.</p>					
Nintedanib (Ofev ^{MC})	Capsule de 100mg Capsule de 150mg	02443066 02443074	BOE	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement des patients adultes souffrant de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) légère à modérée dont le diagnostic a été validé par un pneumologue et confirmé par une tomodynamométrie haute résolution (TDM HR) au cours des 24 mois précédents.</p> <p><u>Critères du premier renouvellement :</u> 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 capacité vitale forcée (CVF) prédite. 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.</p>					

Critères pour les renouvellements subséquents :

La maladie ne doit pas avoir progressé depuis les 12 derniers mois, la progression étant définie par un déclin absolu $\geq 10\%$ du pourcentage de la CVF prédite. 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 cliniques :

- Une FPI légère à modérée est définie par une CVF $\geq 50\%$ de la valeur prédite.
- Toutes les autres causes possibles d'une maladie pulmonaire restrictive (p. ex., maladie vasculaire du collagène ou pneumopathie d'hypersensibilité) doivent être exclues avant de commencer le traitement.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un médecin ayant l'expérience du traitement de la FPI, ou en consultation avec un tel médecin.
- Une polythérapie avec de la pirféridone et du nintédanib ne sera pas remboursée.
- 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 des renouvellements subséquents : 12 mois

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Couverture de l'autorisation spéciale d'Infliximab (Inflectra^{MD})

L'Inflectra^{MD} est la version biosimilaire de Remicade[®] (infliximab). Il a été approuvé par Santé Canada et appuyé par le Programme commun d'évaluation des médicaments pour le traitement de la maladie de Crohn et de la colite ulcéreuse, en fonction de données qui ont démontré sa similarité avec Remicade[®] et pas de différence importante comparativement à ce dernier.

En 2015 et 2016, les dépenses totales attribuables à Remicade[®] pour toutes les indications couvertes par les Régimes de médicaments du N.-B. se sont élevées à près de 8 millions \$. Par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, les régimes d'assurance médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux ont négocié à la baisse le prix catalogue pour Inflectra^{MD}, permettant des économies qui peuvent être réinvesties dans d'autres priorités.

A compter du 30 novembre 2016, Inflectra^{MD} sera ajouté au formulaire pour le traitement de la maladie de Crohn et de la colite ulcéreuse selon les critères d'autorisation spéciale énumérés ci-dessous.

Les demandes pour la couverture d'infliximab chez les patients qui n'ont jamais reçu d'infliximab pour le traitement de la maladie de Crohn seront approuvées seulement pour la marque Inflectra^{MD}. Les patients dont l'autorisation spéciale a été approuvée pour la marque Remicade[®], pour le traitement de la maladie de Crohn, avant le 30 novembre 2016 continueront d'être couverts pour cette marque. Ils seront également admissibles à la couverture de la marque Inflectra^{MD}. Les demandes pour la couverture d'infliximab pour le traitement de la colite ulcéreuse seront approuvées pour la marque Inflectra^{MD} uniquement puisque Remicade[®] ne figure pas sur le formulaire pour cette indication.

Un Programme d'aide pour les patients Inflectra^{MD} est offert par le fabricant. Le gestionnaire de cas du programme Inflectra^{MD} peut offrir de l'aide pour l'inscription au programme et pour veiller à ce que le traitement soit commencé rapidement. Il est possible de joindre le gestionnaire de cas Inflectra^{MD} pour le N.-B. en communiquant avec le Service à la clientèle du Programme d'aide pour les patients au 1-844-466-6627.

Pour obtenir de l'information sur la décision de Santé Canada, veuillez consulter le Sommaire des motifs de décision au : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/rds-sdr/drug-med/rds-sdr-inflectra-184564-fra.php>

Pour consulter le rapport et les recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments, rendez-vous au <https://www.cadth.ca/fr/infliximab-15>

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication Infliximab (Inflextra ^{MD})	fiole de 100mg	02419475	HOS	(SA)	PCF

Maladie de Crohn

- Pour le traitement de la maladie de Crohn d'intensité modérée à grave chez les patients qui sont réfractaires – ou qui ont des contre-indications – à l'égard d'un traitement adéquat avec de l'acide 5-aminosalicylique et des corticostéroïdes, et d'autres traitements immunosuppresseurs.

Notes pour les réclamations:

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les demandes de couverture pour l'infliximab, pour les patients qui n'ont jamais pris ce médicament (y compris les patients qui suivent un traitement d'induction), seront approuvées pour Inflextra seulement.
- Approbation initiale : 12 semaines.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Colite ulcéreuse

- Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est > 4 , et le sous-score de saignement rectal est ≥ 2 , et qui sont :
 - réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicylates pour un minimum de quatre semaines et prednisone ≥ 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
 - dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les effets bénéfiques du traitement, plus précisément :
 - une diminution du score Mayo partiel de ≥ 2 depuis l'évaluation initiale; et
 - une diminution du sous-score de saignement rectal de ≥ 1 .

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de quatre semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel > 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations:

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les demandes seront approuvées pour Inflextra seulement; les demandes de couverture pour Remicade ne seront pas admissibles

- Approbation initiale : 12 semaines.
- Approbation de renouvellement : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	Indication	DIN	Fabricant
Dapagliflozine (Forxiga®)	comprime de 5mg comprime de 10mg	pour le traitement du diabète de type 2 en association avec la metformine et une sulfonylurée afin d'améliorer la maîtrise de la glycémie	02435462 02435470	AZE
Ivermectine (Rosiver™)	crème à 1 %	Rosacée	02440342	GAC
Macitentan (Opsumit®)	comprimé pelliculé de 10mg	Hypertension artérielle pulmonaire	02415690	ACT

Bulletin n° 940

Le 21 décembre 2016

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 décembre 2016.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout 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@nbrugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Succinate sodique d'hydrocortisone (Solu-Cortef ^{MD})	fiole Act-O-Vial ^{MD} de 250 mg	00030619	PFI	ADEFGVW	PCF
	fiole Act-O-Vial ^{MD} de 500 mg	00030627			
	fiole Act-O-Vial ^{MD} de 1 g	00030635			
Succinate sodique de méthylprednisolone (Solu-Medrol ^{MD})	fiole Act-O-Vial ^{MD} de 40 mg	02367947	PFI	ADEFGVW	PCF
	fiole de 500 mg	00030678			
	fiole Act-O-Vial ^{MD} de 1 g	02367971			
	fiole de 1 g	00036137			

Médicaments qui ne require plus d'autorisation spéciale

Trétinoïne (Vesanoid [®])	capsule de 10 mg	02145839	XPI	ADEFGVW	PCF
-------------------------------------	------------------	----------	-----	---------	-----

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Défériprone (Ferriprox ^{MC})	comprimé de 1000 mg	02436558	APX	(SA)	PCF
	solution buvable 100 mg/mL	02436523			

Pour le traitement des patients présentant une surcharge en fer post-transfusionnelle en raison de syndromes thalassémiques et lorsque le traitement par chélation actuel est inefficace.

Note pour les réclamations :

- L'utilisation combinée de plus d'un traitement par chélation du fer ne sera pas remboursée.

Fluconazole (Diflucan ^{MC})	poudre pour suspension orale à 50 mg/5 mL	02024152	PFI	(SA)	PCF
---------------------------------------	---	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients souffrant :

- d'une candidose oropharyngée qui n'ont pas obtenu de réponse avec de la nystatine, ou
- d'infections systémiques et pour qui les comprimés oraux de fluconazole ne sont pas une option.

Idélalisib (Zydelig ^{MD})	comprimés pelliculés de 100 mg	02438798	GIL	(SA)	PCF
	comprimés pelliculés de 150 mg	02438801			

Pour le traitement des patients atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) récidivante, en association avec le rituximab.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Idélalisib ne sera pas remboursé pour les patients en rechute dont la maladie a progressé malgré un traitement avec ibrutinib.
- Approbation initiale : 6 mois
- Approbation du renouvellement : 12 mois

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critères révisés Buprénorphine/naloxone (Suboxone® et marques génériques)	comprimés sublinguaux à 2mg/0,5mg comprimés sublinguaux à 8mg/2mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.		(SA)	PAM

Pour le traitement des patients souffrant de troubles liés à l'utilisation d'opiacés.

Nouvelle indication

Lénalidomide (Revlimid®)

capsule de 5 mg	02304899			
capsule de 10 mg	02304902			
capsule de 15 mg	02317699	CEL	(SA)	PCF
capsule de 20 mg	02440601			
capsule de 25 mg	02317710			

Pour le traitement du myélome multiple, en association avec la dexaméthasone, chez les patients qui ne sont pas des candidats pour une greffe de cellules souches autologues et qui :

- n'ont reçu aucun traitement; et
- ont un statut de rendement ECOG de ≤ 2 .

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Le lénalidomide ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé malgré un traitement antérieur avec le lénalidomide.
- Durée de l'approbation initiale : 1 an
- Durée de l'approbation du renouvellement : 1 an
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	Indication	DIN	Fabricant
Tésamoréline (Egrifta ^{MC})	fiole à 1mg fiole à 2mg	Pour le traitement de l'excès de tissu adipeux viscéral (TAV) chez les patients adultes infectés par le VIH, déjà traités et présentant une lipodystrophie.	02438712 02423677	THT

Bulletin no 941

Le 22 Décembre 2016

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 22 décembre 2016, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.

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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Lamivudine / Abacavir Tab Orl 300mg / 600mg Co.	Auro-Abacavir/Lamivudine pms-Abacavir-Lamivudine	2454513 2458381	ARO PMS	DU	5.9875
Levetiracetam Lévétiracétam Tab Orl 250mg Co.	Levetiracetam	2454653	PMS	ADEFGV	0.4000
	Levetiracetam	2454661	PMS	ADEFGV	0.4875
	Levetiracetam	2454688	PMS	ADEFGV	0.6750
Losartan / Hydrochlorothiazide Tab Orl 50mg / 12.5mg Co.	Auro-Losartan HCT	2423642	ARO	ADEFGVW	0.3148
	Auro-Losartan HCT	2423650	ARO	ADEFGVW	0.3082
	Auro-Losartan HCT	2423669	ARO	ADEFGVW	0.3148
Olanzapine ODT Orl 5mg Co.D.O.	Auro-Olanzapine ODT	2448726	ARO	ADEFGVW	0.6434
	Auro-Olanzapine ODT	2448734	ARO	ADEFGVW	1.2857
	Auro-Olanzapine ODT	2448742	ARO	ADEFGVW	1.9280
	Auro-Olanzapine ODT	2448750	ARO	ADEFGVW	2.5447
Telmisartan Tab Orl 40mg Co.	Auro-Telmisartan	2453568	ARO	ADEFGVW	0.2824
	Auro-Telmisartan	2453576	ARO	ADEFGVW	0.2824
Telmisartan / Hydrochlorothiazide Tab Orl 80mg / 12.5mg Co.	Auro-Telmisartan HCTZ	2456389	ARO	ADEFGVW	0.2824
	Auro-Telmisartan HCTZ	2456397	ARO	ADEFGVW	0.2824
Topiramate Tab Orl 25mg Co.	Mar-Topiramate	2432099	MAR	ADEFGVW	0.3128
	Mar-Topiramate	2432102	MAR	ADEFGVW	0.5929
	Mar-Topiramate	2432110	MAR	ADEFGVW	0.8854
Valacyclovir Tab Orl 500mg Co.	Valacyclovir	2454645	SAS	ADEFGVW	0.8481
	Valtrex	2246559	GSK		
	Apo-Valacyclovir	2354705	APX	ADEFGVW	1.7218
	pms-Valacyclovir	2381230	PMS		

Bulletin no 942

Le 27 janvier 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 27 janvier 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 17 février 2017, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 17 février 2017, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 27 janvier 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 17 février 2017. Avant le 17 février 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 17 février 2017.

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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Bimatoprost Liq Oph Liq	Vistitan	2429063	SDZ	ADEFGV	9.1936
Cyanocobalamin Cyanocobalamine Liq Inj Liq	Cyanocobalamin Injection USP	626112	OMG	ADEFGVV	0.3063
Diphenhydramine Elix Orl Elix	Benadryl Diphenhydramine HCl Elixir USP	2019736 2298503	JNJ JPC	G	0.0540 0.0234
Levonorgestrel Lévonorgestrel Tab Orl Co.	Plan B Contingency One	2293854 2425009	PAL MYL	DEFGV	17.2000 8.6000
Methylphenidate Méthylphénidate ERT Orl Co.L.P.	Apo-Methylphenidate ER	2452731	APX	(SA)	0.5246
	Apo-Methylphenidate ER	2452758	APX	(SA)	0.6055
	Apo-Methylphenidate ER	2452766	APX	(SA)	0.6863
	Apo-Methylphenidate ER	2330377	APX	(SA)	0.8479
Moxifloxacin Moxifloxacin Tab Orl Co.	Med-Moxifloxacin	2457814	GMP	VW (SA)	1.5230
Potassium Chloride Chlorure de potassium Liq Orl Liq	Jamp-Potassium Chloride	80024835	JPC	ADEFGVV	0.0102
Pramipexole Tab Orl Co.	Auro-Pramipexole	2424061	ARO	ADEFVW	0.2628
	Auro-Pramipexole	2424088	ARO	ADEFVW	0.5257
	Auro-Pramipexole	2424096	ARO	ADEFVW	0.5257
	Auro-Pramipexole	2424118	ARO	ADEFVW	0.5257
Venlafaxine SRC Orl Caps.L.L.	Auro-Venlafaxine XR	2452839	ARO	ADEFGVV	0.1643
	Auro-Venlafaxine XR	2452847	ARO	ADEFGVV	0.3285
	Auro-Venlafaxine XR	2452855	ARO	ADEFGVV	0.3469

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM	
Methylphenidate Méthylphénidate ERT Orli Co.L.P.	18mg	pms-Methylphenidate ER Teva-Methylphenidate ER-C	2413728 2315068	PMS TEV	(SA)	0.5246
	27mg	pms-Methylphenidate ER Teva-Methylphenidate ER-C	2413736 2315076	PMS TEV	(SA)	0.6055
	36mg	pms-Methylphenidate ER Teva-Methylphenidate ER-C	2413744 2315084	PMS TEV	(SA)	0.6863
	54mg	pms-Methylphenidate ER Teva-Methylphenidate ER-C	2413752 2315092	PMS TEV	(SA)	0.8479
Potassium Chloride Chlorure de potassium Liq Orli Liq	100mg/mL	K-10	80024360	GSK	ADEFVW	0.0102
		pms-Potassium	2238604	PMS		
Pramipexole Tab Orli Co.	0.5mg	Act Pramipexole	2297310	ATV	ADEFVW	0.5257
		Apo-Pramipexole	2292386	APX		
		pms-Pramipexole	2290138	PMS		
		Pramipexole	2367610	SAS		
		Pramipexole	2309130	SIV		
		Sandoz Pramipexole	2315270	SDZ		
Teva-Pramipexole	2269317	TEV				

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Pramipexole Tab Co.	Orl	0.5mg	Mylan-Pramipexole	2376369	MYL	ADEFVW	

Bulletin no 943

Le 28 février 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 28 février 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 21 mars 2017, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 mars 2017, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 28 février 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 mars 2017. Avant le 21 mars 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Atorvastatin Atorvastatine							
Tab	Orl	10mg	Atorvastatin	2346486	PDL	ADEFGVW	0.3138
Co.		20mg	Atorvastatin	2346494	PDL	ADEFGVW	0.3922
		40mg	Atorvastatin	2346508	PDL	ADEFGVW	0.4216
		80mg	Atorvastatin	2346516	PDL	ADEFGVW	0.4216
Clindamycin Clindamycine							
Cap	Orl	300mg	Auro-Clindamycin	2436914	ARO	ABDEFGVW	0.4434
Caps							
Levonorgestrel Lévonorgestrel							
Tab	Orl	1.5mg	Backup Plan Onestep	2433532	APX	DEFGV	8.6000
Co.							
Meropenem Méropénem							
Pws	Inj	500mg	Merrem	2218488	AZE	W	26.3500
Pds.			Meropenem	2378787	SDZ		13.6400
Mometasone Mométasone							
Asp	Nas	0.1%	Sandoz Mometasone	2449811	SDZ	ADEFGV	0.1060
Asp							
Phenobarbital Phénobarbital							
Liq	Inj	30mg/mL	Phenobarbital Sodium	2304082	SDZ	ADEFGVW	14.0990
Liq		120mg/mL	Phenobarbital Sodium	2304090	SDZ	ADEFGVW	15.7000
Quetiapine Quétiapine							
Tab	Orl	150mg	Nat-Quetiapine	2439174	NAT	ADEFGVW	1.0195
Co.							
Rizatriptan							
Tab	Orl	10mg	Auro-Rizatriptan	2441144	ARO	(SA)	3.7050
Co.							
Rosuvastatin Rosuvastatine							
Tab	Orl	5mg	Auro-Rosuvastatin	2442574	ARO	ADEFGVW	0.2311
Co.		10mg	Auro-Rosuvastatin	2442582	ARO	ADEFGVW	0.2437
		20mg	Auro-Rosuvastatin	2442590	ARO	ADEFGVW	0.3046

**Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Rosuvastatin Rosuvastatine							
Tab	Orl	40mg	Auro-Rosuvastatin	2442604	ARO	ADEFGWW	0.3582
Co.							
Solifenacin Solifénacine							
Tab	Orl	5mg	Solifenacin	2458241	SAS	(SA)	0.4223
Co.							
		10mg	Solifenacin	2458268	SAS	(SA)	0.4223
Valacyclovir							
Tab	Orl	1000mg	Valacyclovir	2442019	SIV	ADEFGWW	1.7218
Co.							
Verapamil Vérapamil							
SRT	Orl	180mg	Mylan-Verapamil SR	2450488	MYL	ADEFGWW	0.5204
Co.L.L.							

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Clindamycin Clindamycine					
Cap Ori 300mg	Apo-Clindamycin	2245233	APX		
Caps	Mylan-Clindamycin	2258358	MYL	ABDEFGWW	0.4434
	Teva-Clindamycin	2241710	TEV		
Mometasone Mométasone					
Asp Nas 0.1%	Apo-Mometasone	2403587	APX	ADEFGWW	0.1060
Asp					
Quetiapine Quétiapine					
Tab Ori 150mg	Teva-Quetiapine	2284251	TEV	ADEFGWW	1.0195
Co.					
Verapamil Vérapamil					
SRT Ori 180mg	Apo-Verap SR	2246894	APX	ADEFGWW	0.5204
Co.L.L.					

Bulletin n° 944

Le 13 mars 2017

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 13 mars 2017.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout 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.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Acétate d'hydrocortisone et d'urée (Dermaflex®HC)	crème à 1%	00681989	PAL	ADEFGV	PCF
	lotion à 1%	00681997			
Naproxène (Naprosyn®SR)	comprimé à libération prolongée à 750 mg	02162466	MTP	ADEFGVW	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Extrait modifié d'herbe à poux adsorbé sur tyrosine (Pollinex®-R)	seringue pré-remplie de 105 PNU/0,5mL	00464988	PAL	(SA)	PCF
	seringue pré-remplie de 250 PNU/0,5mL				
	seringue pré-remplie de 700 PNU/0,5mL				
	seringue pré-remplie de 2150 PNU/0,5mL				

Pour le traitement des patients qui souffrent de rhinoconjonctivite allergique IgE-dépendante grave et saisonnière (qui dure depuis deux ans ou plus), lorsqu'une thérapie optimale (ex. corticostéroïdes administrés par voie nasale ou antihistaminiques H₁) et l'éviction de l'allergène ont été insuffisantes pour contrôler les symptômes.

Notes cliniques :

- Un traitement aux extraits allergéniques de pollen d'herbe à poux doit être commencé par un médecin ayant la formation et l'expérience adéquates pour traiter des maladies allergiques respiratoires.
- Le traitement doit être commencé un mois avant le début de la saison de l'herbe à poux.
- La durée optimale du traitement est inconnue. Par conséquent, si aucune amélioration des symptômes n'est notée après trois ans, le traitement doit être arrêté.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication Dabrafénib (Tafinlar ^{MD})	capsule de 50 mg capsule de 75 mg	02409607 02409615	NVR	(SA)	PCF

Indiqué pour le traitement des patients atteints de mélanome métastatique ou non résectable porteurs d'une mutation BRAF V600, lorsqu'il est utilisé :

- comme traitement de première intention, seul ou en association avec du tramétinib; ou
- comme monothérapie de deuxième intention à la suite d'un traitement d'immunothérapie/chimiothérapie.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Le patient doit avoir un statut de rendement ECOG de ≤ 1 .
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou présenter des symptômes stables.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Dabrafénib ne sera pas remboursé pour les patients qui ont fait des progrès durant un traitement antérieur visant à inhiber le gène BRAF.
- Durée de l'approbation initiale : 6 mois
- Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois

Tramétinib (Mekinist^{MD})

comprimé de 0,5 mg	02409623	NVR	(SA)	PCF
comprimé de 2 mg	02409658			

Indiqué pour le traitement des patients atteints de mélanome métastatique ou non résecable porteurs d'une mutation BRAF V600, lorsqu'il est utilisé :

- comme traitement de première intention, seul ou en association avec du dabrafénib; ou
- comme monothérapie de deuxième intention à la suite d'un traitement d'immunothérapie/chimiothérapie.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Le patient doit avoir un statut de rendement ECOG de ≤ 1 .
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou présenter des symptômes stables.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Tramétinib ne sera pas remboursé pour les patients qui ont fait des progrès durant un traitement antérieur visant à inhiber le gène BRAF.
- Durée de l'approbation initiale : 6 mois
- Durée du renouvellement de l'approbation : 6 mois

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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	Indication	DIN	Fabricant
Acétate de noréthindrone / éthinylestradiol (Lolo ^{MC})	comprimé de 1 mg/ 0,010 mg	Prévention de la grossesse	02417456	ALL
Chlorhydrate de cinacalcet (Sensipar ^{MD} et marques génériques)	comprimé de 30 mg comprimé de 60 mg comprimé de 90 mg	Hyperparathyroïdie primaire et secondaire	02257130 02257149 02257157	AGA
Collagénase de <i>clostridium histolyticum</i> (Xiaflex [®])	fiole de 0,9 mg	Contracture de Dupuytren ayant une corde palpable	02388316	PAL
Ibrutinib (Imbruvica [®])	capsule à 140 mg	Macroglobulinémie de Waldenström après au moins une thérapie antérieure	02434407	JAN
Idélalisib (Zydelig ^{MD})	comprimé pelliculé de 100 mg	Lymphome folliculaire après au moins deux régimes thérapeutiques et qui sont réfractaires à la fois au rituximab et à un agent alkylant	02438798	GIL
	comprimé pelliculé de 150 mg		02438801	

Bulletin n° 945

Le 29 mars 2017

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 29 mars 2017.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Médicaments évalués et non inscrits
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place

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
---------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Asunaprévir
(Sunvepra^{MC})

capsule de 100 mg

02452294

BRI

(SA)

PCF

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui répondent aux critères suivants :

Période d'approbation et schéma posologique	
Génotype 1b	
<ul style="list-style-type: none"> Sans cirrhose ou avec une cirrhose compensée 	24 semaines en association avec le daclatasvir

Le patient doit répondre à tous les critères suivants :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre médecin qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Diagnostic d'hépatite C de génotype 1b confirmé en laboratoire
- Valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C détectée au cours des six derniers mois.
- Fibrose de stade F2 ou supérieur (échelle Metavir ou équivalent) ou fibrose de stade inférieur à F2 et au moins l'un des facteurs de mauvais pronostic suivants :
 - Une co-infection au VIH ou au virus de l'hépatite B
 - Une transplantation d'organe (transplantation hépatique ou transplantation d'un autre organe)
 - Des manifestations extra-hépatiques
 - Une maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5, comme définie par les lignes directrices *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* de la National Kidney Foundation
 - Une maladie hépatique coexistante avec preuves diagnostiques de stéatose hépatique (p. ex., stéatohépatite non alcoolique)
 - Le patient souffre du diabète et suit un traitement antihyperglycémique
 - La patiente est en âge de procréer et planifie une grossesse dans les 12 prochains mois

Notes cliniques :

- Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de peginterféron et de ribavirine et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate.
- Les méthodes de mesure du score de fibrose acceptées comprennent : le Fibrotest, la biopsie hépatique, l'élastométrie transitoire (Fibroscan^{MD}), l'analyse des groupes de marqueurs sériques (comme le calcul du ratio TGO -plaquettes ou l'indice Fibrosis-4) subies seules ou en association.
- Les manifestations extra-hépatiques comprennent notamment la vascularite symptomatique associée à une cryoglobulinémie mixte causée par le VHC, la néphropathie associée à un complexe immun causé par le VHC et un lymphome non hodgkinien à lymphocytes B, la porphyrie cutanée tardive, le lichen plan et la glomérulonéphrite.
- La maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5 comprend les patients présentant un taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min/1,73m² pendant une période de 3 mois et plus.
- Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child-Turcotte-Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A).

6. La reprise du traitement en cas d'échecs avec des agents antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas, selon le processus d'exception du formulaire.

Note pour les réclamations :

- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.

Daclatasvir (Daklinza^{MC})

comprimé de 30 mg 02444747 BRI (SA) PCF
comprimé de 60 mg 02444755

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui répondent aux critères suivants :

Période d'approbation et schéma posologique	
Génotype 1b <ul style="list-style-type: none"> • Sans cirrhose ou avec cirrhose compensée 	24 semaines en association avec l'asunaprévir
Génotype 3 <ul style="list-style-type: none"> • Sans cirrhose 	12 semaines en association avec le sofosbuvir
Génotype 3 <ul style="list-style-type: none"> • Avec une cirrhose compensée ou décompensée • Une transplantation hépatique sans cirrhose ou avec une cirrhose compensée 	12 semaines en association avec le sofosbuvir et la ribavirine

Le patient doit répondre à tous les critères suivants:

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre médecin qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Diagnostic d'hépatite C de génotype 1b et 3 confirmé en laboratoire
- Valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C détectée au cours des six derniers mois.
- Fibrose de stade F2 ou supérieur (échelle Metavir ou équivalent) ou fibrose de stade inférieur à F2 et au moins l'un des facteurs de mauvais pronostic suivants :
 - Atteint d'une co-infection au VIH ou au virus de l'hépatite B
 - Une transplantation d'organe (transplantation hépatique ou transplantation d'un autre organe)
 - Des manifestations extra-hépatiques
 - Une maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5, comme définie par les lignes directrices *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* de la National Kidney Foundation
 - Une maladie hépatique coexistante avec preuves diagnostiques de stéatose hépatique (p. ex., stéatohépatite non alcoolique)
 - Le patient souffre du diabète et suit un traitement antihyperglycémique
 - La patiente est en âge de procréer et planifie une grossesse dans les 12 prochains mois

Notes cliniques :

1. Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de peginterféron et de ribavirine et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate.
2. Les méthodes de mesure du score de fibrose acceptées comprennent : le Fibrotest, la biopsie hépatique, l'élastométrie transitoire (Fibroscan^{MD}), l'analyse des groupes de marqueurs sériques (comme le calcul du ratio TGO -plaquettes ou l'indice Fibrosis-4) subies seules ou en association.
3. Les manifestations extra-hépatiques comprennent notamment la vascularite symptomatique associée à une cryoglobulinémie mixte causée par le VHC, la néphropathie associée à un complexe immun causé par le VHC et un lymphome non hodgkinien à lymphocytes B, la porphyrie cutanée tardive, le lichen plan et la glomérulonéphrite.
4. La maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5 comprend les patients présentant un taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min/1,73m² pendant une période de 3 mois et plus.
5. Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child-Turcotte-Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A) et la cirrhose décompensée est une cirrhose dont la cote de CTP est égale ou supérieure à 7 (catégories B ou C).
6. La reprise du traitement en cas d'échecs avec des agents antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas, selon le processus d'exception du formulaire.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication					
Duloxétine (Cymbalta® et marques génériques)	capsule de 30 mg capsule de 60 mg		Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits.	(SA)	PAM

Indiqué pour le traitement de la douleur chronique pour les patients qui ne répondent pas adéquatement ou qui sont intolérants à au moins un agent de première ligne.

Note clinique :

- Les agents de première ligne comprennent des antidépresseurs tricycliques pour la douleur chronique neuropathique et des anti-inflammatoires non stéroïdiens pour la douleur chronique non neuropathique.

Note pour les réclamations :

- La dose maximale remboursée est de 60mg par 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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Eltrombopag (Revolade ^{MD})	comprimé de 25 mg comprimé de 50 mg	02361825 02361833	NVR	Thrombopénie associée à l'infection chronique par le virus de l'hépatite C
Canakinumab (Ilaris ^{MD})	poudre pour solution injectable à 150 mg	02344939	NVR	Arthrite idiopathique juvénile systémique

Bulletin no 946

Le 31 mars 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 31 mars 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 21 avril 2017, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 avril 2017, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 mars 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 avril 2017. Avant le 21 avril 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 avril 2017.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Celecoxib Célécoxib Cap Caps	Auro-Celecoxib	2445670	ARO	ADEFGVW	0.1625
	Auro-Celecoxib	2445689	ARO	ADEFGVW	0.3250
Levodopa / Carbidopa Lévodopa / Carbidopa Tab Co.	Mint-Levocarb	2457954	MNT	ADEFVW	0.1087
	Mint-Levocarb	2457962	MNT	ADEFVW	0.1623
	Mint-Levocarb	2457970	MNT	ADEFVW	0.1812
Mesalazine Mésalazine ECT Co.Ent	Asacol Teva-5-ASA	1997580 2171929	WNC TEV	ADEFGVW	0.5597 0.3951
Metformin Metformine Tab Co.	Pro-Metformin	2314908	PDL	ADEFGVW	0.0444
	Pro-Metformin	2314894	PDL	ADEFGVW	0.0610
Mixed Salts Amphetamine Sels mixtes d'amphétamine ERC Caps.L.P.	Adderall XR Act Amphetamine XR pms-Amphetamines XR Sandoz Amphetamine XR	2248808 2439239 2440369 2457288	SHI ATV PMS SDZ	ADEFG	0.5372
	Adderall XR Act Amphetamine XR pms-Amphetamines XR Sandoz Amphetamine XR	2248809 2439247 2440377 2457296	SHI ATV PMS SDZ	ADEFG	0.6105
	Adderall XR Act Amphetamine XR pms-Amphetamines XR Sandoz Amphetamine XR	2248810 2439255 2440385 2457318	SHI ATV PMS SDZ	ADEFG	0.6838
	Adderall XR Act Amphetamine XR pms-Amphetamines XR Sandoz Amphetamine XR	2248811 2439263 2440393 2457326	SHI ATV PMS SDZ	ADEFG	0.7572
	Adderall XR Act Amphetamine XR pms-Amphetamines XR Sandoz Amphetamine XR	2248812 2439271 2440407 2457334	SHI ATV PMS SDZ	ADEFG	0.8305

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Mixed Salts Amphetamine Sels mixtes d'amphétamine					
ERC Orl 30mg Caps.L.P.	Adderall XR Act Amphetamine XR pms-Amphetamines XR Sandoz Amphetamine XR	2248813 2539298 2440415 2457342	SHI ATV PMS SDZ	ADEFG	0.9038
Mycophenolate Mofetil Mycophénolate Mofétil					
Cap Orl 250mg Caps	Mycophenolate Mofetil	2457369	SAS	ADEFGRV	0.5155
Tab Orl 500mg Co.	Mycophenolate Mofetil	2457377	SAS	ADEFGRV	1.0310
Olanzapine ODT Co.D.O.					
	Mint-Olanzapine ODT	2436965	MNT	ADEFGVW	0.6434
	Mint-Olanzapine ODT	2436973	MNT	ADEFGVW	1.2857
	Mint-Olanzapine ODT	2436981	MNT	ADEFGVW	1.9280
Quetiapine Quétiapine					
Tab Orl 25mg Co.	Pro-Quetiapine	2317346	PDL	ADEFGVW	0.0889
	Pro-Quetiapine	2317354	PDL	ADEFGVW	0.2372
	Pro-Quetiapine	2317362	PDL	ADEFGVW	0.4764
	Pro-Quetiapine	2317370	PDL	ADEFGVW	0.6953
Rosuvastatin Rosuvastatine					
Tab Orl 5mg Co.	Rosuvastatin	2381176	PDL	ADEFGVW	0.2311
	Rosuvastatin	2381184	PDL	ADEFGVW	0.2437
	Rosuvastatin	2381192	PDL	ADEFGVW	0.3046
	Rosuvastatin	2381206	PDL	ADEFGVW	0.3582
Tryptophan Tryptophane					
Tab Orl 750mg Co.	Tryptan Apo-Tryptophan	2239327 2458721	VLN APX	ADEFGV	1.1634 0.9889
Venlafaxine SRC Caps.L.L.					
	Venlafaxine XR	2339242	PDL	ADEFGVW	0.1643
	Venlafaxine XR	2339250	PDL	ADEFGVW	0.3285
	Venlafaxine XR	2339269	PDL	ADEFGVW	0.3469

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Celecoxib Célécoxib							
Cap	Orl	100mg	Act Celecoxib	2420155	ATV		
Caps			Apo-Celecoxib	2418932	APX		
			Celecoxib	2436299	SAS		
			Celecoxib	2429675	SIV		
			Jamp-Celecoxib	2424533	JPC		
			Mint-Celecoxib	2412497	MNT	ADEFGVW	0.1625
			Mylan-Celecoxib	2423278	MYL		
			pms-Celecoxib	2355442	PMS		
			Ran-Celecoxib	2412373	RAN		
			Sandoz Celecoxib	2321246	SDZ		
			SDZ Celecoxib	2442639	SDZ		
			Teva-Celecoxib	2288915	TEV		
		200mg	Act Celecoxib	2420163	ATV		
			Apo-Celecoxib	2418940	APX		
			Celecoxib	2436302	SAS		
			Celecoxib	2429683	SIV		
			Jamp-Celecoxib	2424541	JPC		
			Mint-Celecoxib	2412500	MNT	ADEFGVW	0.3250
			Mylan-Celecoxib	2399881	MYL		
			pms-Celecoxib	2355450	PMS		
			Ran-Celecoxib	2412381	RAN		
			Sandoz Celecoxib	2321254	SDZ		
			SDZ Celecoxib	2442647	SDZ		
			Teva-Celecoxib	2288923	TEV		
Levodopa / Carbidopa Lévodopa / Carbidopa							
Tab	Orl	100mg/10mg	Apo-Levocarb	2195933	APX	ADEFVW	0.1087
Co.			Teva-Levocarbido	2244494	TEV		
		100mg/25mg	Apo-Levocarb	2195941	APX	ADEFVW	0.1623
			Teva-Levocarbido	2244495	TEV		
		250mg/25mg	Apo-Levocarb	2195968	APX	ADEFVW	0.1812
			Teva-Levocarbido	2244496	TEV		

**Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Celecoxib Célécoxib						
Cap	Orl	100mg	GD-Celecoxib	2291975	GMD	ADEFGWW
Caps			Mar-Celecoxib	2420058	MAR	
		200mg	GD-Celecoxib	2291983	GMD	ADEFGWW
			Mar-Celecoxib	2420066	MAR	
Clobazam						
Tab	Orl	10mg	Apo-Clobazam	2244638	APX	ADEFGV
Co.						

Bulletin n° 947

Le 4 avril 2017

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 4 avril 2017.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- 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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
---------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Sofosbuvir/velpatasvir
(Epclusa^{MC})

comprimé de 400 mg/100 mg

02456370

GIL

(SA)

PCF

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui répondent aux critères suivants :

Période d'approbation et schéma posologique

<p>Génotypes 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou génotypes mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients souffrant d'une cirrhose compensée • Patients sans cirrhose 	12 semaines
<p>Génotypes 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou génotypes mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients souffrant d'une cirrhose décompensée 	12 semaines en association avec de la ribavirine

Le patient doit répondre à tous les critères suivants :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre médecin qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Hépatite C de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou de génotypes mixtes, confirmée en laboratoire
- Valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C détectée au cours des six derniers mois.
- Fibrose de stade F2 ou supérieur (échelle Metavir ou équivalent) ou fibrose de stade inférieur à F2 et au moins l'un des facteurs de mauvais pronostic suivants :
 - Une co-infection au VIH ou au virus de l'hépatite B
 - Une transplantation d'organe (transplantation hépatique ou transplantation d'un autre organe)
 - Des manifestations extra-hépatiques
 - Une maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5, comme définie par les lignes directrices Kidney Disease Outcomes Quality Initiative de la National Kidney Foundation
 - Une maladie hépatique coexistante avec preuves diagnostiques de stéatose hépatique (p. ex., stéatohépatite non alcoolique)
 - Le patient souffre du diabète et suit un traitement antihyperglycémique
 - La patiente est en âge de procréer et planifie une grossesse dans les 12 prochains mois

Notes cliniques :

1. Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de peginterféron et de ribavirine, y compris les traitements contenant des inhibiteurs de la protéase du VHC (pour VHC de génotype 1), et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate.

2. Les méthodes de mesure du score de fibrose acceptées comprennent : le Fibrotest, la biopsie hépatique, l'élastométrie transitoire (FibroscanMD), l'analyse des groupes de marqueurs sériques (comme le calcul du ratio TGO -plaquettes ou l'indice Fibrosis-4) subies seules ou en association.
3. Les manifestations extra-hépatiques comprennent notamment la vascularite symptomatique associée à une cryoglobulinémie mixte causée par le VHC, la néphropathie associée à un complexe immun causé par le VHC et un lymphome non hodgkinien à lymphocytes B, la porphyrie cutanée tardive, le lichen plan et la glomérulonéphrite.
4. La maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5 comprend les patients présentant un taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min/1,73m² pendant une période de 3 mois et plus.
5. Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child Turcotte Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A) et la cirrhose décompensée est une cirrhose dont la cote de CTP est égale ou supérieure à 7 (catégories B ou C).
6. La reprise du traitement en cas d'échecs avec des agents antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas, selon le processus d'exception du formulaire.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni ^{MD})	comprimé de 90 mg/400 mg	02432226	GIL	(SA)	PCF
<p>Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui répondent aux critères suivants :</p>					
Période d'approbation et schéma posologique					
Génotype 1			8 semaines		
<ul style="list-style-type: none"> • Patient sans cirrhose qui n'a jamais été traité, qui a un taux d'ARN du VHC < 6 millions UI/ml et qui est atteint d'une mono-infection au VHC seulement 					

Période d'approbation et schéma posologique

<p>Génotype 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient sans cirrhose qui n'a jamais été traité, qui a un taux d'ARN du VHC de 6 millions UI/mL ou plus • Patients n'ayant jamais été traités avec cirrhose compensée • Patients n'ayant jamais été traités avec fibrose hépatique avancée (stade de fibrose F3-F4) • Patient sans cirrhose ayant déjà eu un traitement • Co-infection de HCV/VIH sans cirrhose ou avec cirrhose compensée 	<p>12 semaines</p>
<p>Génotype 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient avec cirrhose compensée ayant déjà reçu un traitement 	<p>24 semaines</p>
<p>Génotype 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirrhose décompensée • Transplantation hépatique chez les patients sans cirrhose ou avec cirrhose compensée 	<p>12 semaines en association avec ribavirine</p>

Le patient doit répondre à tous les critères suivants :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre médecin qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Diagnostic d'hépatite C de génotype 1 confirmé en laboratoire
- Valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C détectée au cours des six derniers mois.
- Fibrose de stade F2 ou supérieur (échelle Metavir ou équivalent) ou fibrose de stade inférieur à F2 et au moins l'un des facteurs de mauvais pronostic suivants :
 - Une co-infection au VIH ou au virus de l'hépatite B
 - Une transplantation d'organe (transplantation hépatique ou transplantation d'un autre organe)
 - Des manifestations extra-hépatiques
 - Une maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5, comme définie par les lignes directrices Kidney Disease Outcomes Quality Initiative de la National Kidney Foundation
 - Une maladie hépatique coexistante avec preuves diagnostiques de stéatose hépatique (p. ex., stéatohépatite non alcoolique)
 - Le patient souffre du diabète et suit un traitement antihyperglycémique
 - La patiente est en âge de procréer et planifie une grossesse dans les 12 prochains mois

Notes cliniques :

1. Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de peginterféron et de ribavirine, y compris les traitements contenant des inhibiteurs de la protéase du VHC, et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate.
2. Les méthodes de mesure du score de fibrose acceptées comprennent : le Fibrotest, la biopsie hépatique, l'élastométrie transitoire (FibroscanMD), l'analyse des groupes de marqueurs sériques (comme le calcul du ratio TGO -plaquettes ou l'indice Fibrosis-4) subies seules ou en association.
3. Les manifestations extra-hépatiques comprennent notamment la vascularite symptomatique associée à une cryoglobulinémie mixte causée par le VHC, la néphropathie associée à un complexe immunitaire causé par le VHC et un lymphome non hodgkinien à lymphocytes B, la porphyrie cutanée tardive, le lichen plan et la glomérulonéphrite.
4. La maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5 comprend les patients présentant un taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min/1,73m² pendant une période de 3 mois et plus.
5. Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child Turcotte Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A) et la cirrhose décompensée est une cirrhose dont la cote de CTP est égale ou supérieure à 7 (catégories B ou C).
6. La reprise du traitement en cas d'échec avec des agents antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas, selon le processus d'exception du formulaire.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

Critère révisé

Pirféridone (Esbriet®)

capsule de 267mg

02393751

HLR

(SA)

PCF

Pour le traitement des patients adultes souffrant de 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.

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 capacité vitale forcée (CVF) prédite. 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 pour les renouvellements subséquents :

La maladie ne doit pas avoir progressé depuis les 12 derniers mois, la progression étant définie par un déclin absolu $\geq 10\%$ du pourcentage de la CVF prédite. 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 cliniques :

- Une FPI légère à modérée est définie par une CVF \geq 50 % de la valeur prédite.
- Toutes les autres causes possibles d'une maladie pulmonaire restrictive (p. ex., maladie vasculaire du collagène ou pneumopathie d'hypersensibilité) doivent être exclues avant de commencer le traitement.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un médecin ayant l'expérience du traitement de la FPI, ou en consultation avec un tel médecin.
- Une polythérapie avec de la pirféridone et du nintédanib ne sera pas remboursée.
- 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 des renouvellements subséquents : 12 mois

Critère révisé

Sofosbuvir (Sovaldi^{MD})

comprimé de 400 mg

02418355

GIL

(SA)

PCF

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui répondent aux critères suivants :

Période d'approbation et schéma posologique

Génotype 2 <ul style="list-style-type: none">• Sans cirrhose• Avec cirrhose compensée	12 semaines en association avec de la ribavirine (RBV)
Génotype 3 <ul style="list-style-type: none">• Sans cirrhose• Avec cirrhose compensée	24 semaines en association avec de la RBV
Génotype 3 <ul style="list-style-type: none">• Sans cirrhose	12 semaines en association avec daclastavir
Génotype 3 <ul style="list-style-type: none">• Avec cirrhose compensée ou décompensée• Transplantation hépatique sans cirrhose ou avec cirrhose compensée	12 semaines en association avec le daclastavir et de la RBV

Le patient doit répondre à tous les critères suivants :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre médecin qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Diagnostic d'hépatite C de génotype 2 et 3 confirmé en laboratoire
- Valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C détectée au cours des six derniers mois.
- Fibrose de stade F2 ou supérieur (échelle Metavir ou équivalent) ou fibrose de stade inférieur à F2 et au moins l'un des facteurs de mauvais pronostic suivants :
 - Une co-infection au VIH ou au virus de l'hépatite B

- Une transplantation d'organe (transplantation hépatique ou transplantation d'un autre organe)
- Des manifestations extra-hépatiques
- Une maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5, comme définie par les lignes directrices *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* de la National Kidney Foundation
- Une maladie hépatique coexistante avec preuves diagnostiques de stéatose hépatique (p. ex., stéatohépatite non alcoolique)
- Le patient souffre du diabète et suit un traitement antihyperglycémique
- La patiente est en âge de procréer et planifie une grossesse dans les 12 prochains mois

Notes cliniques :

1. Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de peginterféron et de ribavirine et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate.
2. Les méthodes de mesure du score de fibrose acceptées comprennent : le Fibrotest, la biopsie hépatique, l'élastométrie transitoire (Fibroscan^{MD}), l'analyse des groupes de marqueurs sériques (comme le calcul du ratio TGO -plaquettes ou l'indice Fibrosis-4) subies seules ou en association.
3. Les manifestations extra-hépatiques comprennent notamment la vascularite symptomatique associée à une cryoglobulinémie mixte causée par le VHC, la néphropathie associée à un complexe immun causé par le VHC et un lymphome non hodgkinien à lymphocytes B, la porphyrie cutanée tardive, le lichen plan et la glomérulonéphrite.
4. La maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5 comprend les patients présentant un taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min/1,73m² pendant une période de 3 mois et plus.
5. Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child-Turcotte-Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A) et la cirrhose décompensée est une cirrhose dont la cote de CTP est égale ou supérieure à 7 (catégories B ou C).
6. La reprise du traitement en cas d'échecs avec des agents antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas, selon le processus d'exception du formulaire.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

Changement du statut de l'avantage

Ombitasvir/paritaprèvir/ritonavir
Et dasabuvir (Holkira^{MC} Pak)

comprimés péliculés
12,5 mg/75 mg/50 mg et 250 mg 02436027 ABV (SA) PCF

À compter du 4 avril 2017, les nouvelles demandes pour la couverture de ombitasvir/paritaprèvir/ritonavir et dasabuvir (Holkira^{MC} Pak) ne seront plus admissibles. Pour les patients dont la couverture de ce médicament a été approuvée avant le 4 avril 2017, la couverture continuera jusqu'à ce que leur autorisation spéciale actuelle expire.

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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Ombitasvir/paritaprévir/ ritonavir (Technivie ^{MC})	comprimés enrobés 12,5 mg/75 mg/50 mg	02447711	ABV	Infection chronique d'hépatite C

Bulletin n° 948

Le 13 avril 2017

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 13 avril 2017.

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 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.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Lipase/amylase/protéase (Creon Minimicrospheres® Micro)	granules de 5000 U/5100 U/320 U	02445158	BGP	ABDEFGV	PCF

Médicaments qui ne require plus d'autorisation spéciale

Zuclopenthixol (Clopixol®)	comprimé de 10 mg comprimé de 25 mg	02230402 02230403	VLH	ADEFGV	PCF
----------------------------	--	----------------------	-----	--------	-----

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Elbasvir/grazoprévir (Zepatier®)	comprimé de 50mg/100mg	02451131	FRS	(SA)	PCF

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) sans cirrhose ou avec cirrhose compensée qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui répondent aux critères suivants :

Période d'approbation

Génotype 1 <ul style="list-style-type: none"> qui n'ont jamais subi de traitement qui ont déjà fait une rechute après un traitement 	12 semaines <i>(8 semaines peut être envisagé chez les patients qui n'ont jamais été traité présentant une infection par le génotype 1b sans fibrose importante ou cirrhose)</i>
Génotype 1b <ul style="list-style-type: none"> ayant connu un échec virologique pendant un traitement 	12 semaines
Génotype 4 <ul style="list-style-type: none"> qui n'ont jamais subi de traitement qui ont déjà fait une rechute après un traitement 	12 semaines

Période d'approbation et schéma posologique

Génotype 1a <ul style="list-style-type: none"> ayant connu un échec virologique pendant un traitement 	16 semaines en association avec ribavirine
Génotype 4 <ul style="list-style-type: none"> ayant connu un échec virologique pendant un traitement 	16 semaines en association avec ribavirine

Le patient doit aussi répondre à tous les critères suivants :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre médecin qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Diagnostic d'hépatite C de génotype 1 ou 4 confirmé en laboratoire
- Valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C détectée au cours des six derniers mois.
- Fibrose de stade F2 ou supérieur (échelle Metavir ou équivalent) ou fibrose de stade inférieur à F2 et au moins l'un des facteurs de mauvais pronostic suivants :
 - Une co-infection au VIH ou au virus de l'hépatite B
 - Une transplantation d'organe (transplantation hépatique ou transplantation d'un autre organe)
 - Des manifestations extra-hépatiques
 - Une maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5, comme définie par les lignes directrices Kidney Disease Outcomes Quality Initiative de la National Kidney Foundation
 - Autre maladie hépatique coexistante avec preuves diagnostiques de stéatose hépatique (p. ex., stéatohépatite non alcoolique)
 - Patients atteints de diabète recevant un traitement antihyperglycémique
 - La patiente est en âge de procréer et planifie une grossesse dans les 12 prochains mois

Notes cliniques :

1. Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de peginterféron et de ribavirine (pegIFN/RBV), y compris les traitements contenant des inhibiteurs de la protéase du VHC (pour VHC de génotype 1), et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate.
2. Les patients qui ont déjà reçu un traitement et qui ont déjà fait une rechute sont les patients dont le taux d'ARN du VHC ne peut être détecté à la fin du traitement antérieur à base de pegIFN/RBV, y compris les traitements contenant des inhibiteurs de la protéase NS3/4A (pour le VHC de génotype 1), mais dont le taux d'ARN du VHC est détectable lors des suivis subséquents.
3. Les patients qui ont déjà reçu un traitement et qui ont vécu l'échec virologique d'un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de pegIFN/RBV, y compris les traitements contenant des inhibiteurs de la protéase du VHC (pour VHC de génotype 1), et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate; c'est-à-dire qu'ils ont obtenu notamment une réponse nulle, une réponse partielle, une percée virale ou un rebond virologique.
4. Les méthodes de mesure du score de fibrose acceptées comprennent : le Fibrotest, la biopsie hépatique, l'élastométrie transitoire (Fibroscan^{MD}), l'analyse des groupes de marqueurs sériques (comme le calcul du ratio TGO -plaquettes ou l'indice Fibrosis-4) subies seules ou en association.
5. Les manifestations extra-hépatiques comprennent notamment la vascularite symptomatique associée à une cryoglobulinémie mixte causée par le VHC, la néphropathie associée à un complexe immun causé par le VHC et un lymphome non hodgkinien à lymphocytes B, la porphyrie cutanée tardive, le lichen plan et la glomérulonéphrite.

6. La maladie rénale chronique de stade 3, 4 ou 5 comprend les patients présentant un taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min/1,73m² pendant une période de 3 mois et plus.
7. Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child Turcotte Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A).
8. La reprise du traitement en cas d'échecs avec des agents antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas, selon le processus d'exception du formulaire.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Citrates de fentanyl (Fentora ^{MC})	100 mcg	02408007	TEV	L'accès douloureux transitoires chez les patients cancéreux
	200 mcg	02408015		
	400 mcg	02408023		
	600 mcg	02408031		
	800 mcg	02408058		
	comprimé effervescent gingival/sublingual de			
Lumacaftor/ivacaftor (Orkambi ^{MC})	comprimé de 200 mg/125 mg	02451379	VTX	La fibrose kystique, mutation <i>F508del</i> du gène CFTR

Bulletin no 949

Le 28 avril 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 28 avril 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 28 avril 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 mai 2017. Avant le 19 mai 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 19 mai 2017.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Amlodipine							
Tab	Orl	2.5mg	Amlodipine	2326795	PDL	ADEFGVW	0.1150
Co.		5mg	Amlodipine	2326809	PDL	ADEFGVW	0.2014
		10mg	Amlodipine	2326817	PDL	ADEFGVW	0.2990
Citalopram							
Tab	Orl	10mg	Citalopram-10	2325047	PDL	ADEFGVW	0.1432
Co.		20mg	Citalopram-20	2257513	PDL	ADEFGVW	0.2397
		40mg	Citalopram-40	2257521	PDL	ADEFGVW	0.2397
Diclofenac Diclofénac							
Liq	Oph	0.1%	Sandoz Diclofenac Ophtha	2454807	SDZ	ADEFGVW	1.7710
Liq							
Ezetimibe Ézétimibe							
Tab	Orl	10mg	Ezetimibe	2422549	PDL	(SA)	0.3260
Co.							
Fluconazole							
Cap	Orl	150mg	Mar-Fluconazole-150	2428792	MAR	ADEFGVW	3.9400
Caps							
Haloperidol Halopéridol							
Liq	Inj	5mg/mL	Haloperidol Injection	2366010	OMG	ADEFGVW	4.8300
Liq							
Hydrocortisone							
Crm	Top	1%	Euro-Hydrocortisone	2412926	SDZ	ADEFGVW	0.0859
Cr.							
Irbesartan							
Tab	Orl	75mg	Irbesartan	2365197	PDL	ADEFGVW	0.3073
Co.		150mg	Irbesartan	2365200	PDL	ADEFGVW	0.3073
		300mg	Irbesartan	2365219	PDL	ADEFGVW	0.3073
Irbesartan / Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	150mg / 12.5mg	Auro-Irbesartan HCT	2447878	ARO	ADEFGVW	0.3073
Co.		300mg / 12.5mg	Auro-Irbesartan HCT	2447886	ARO	ADEFGVW	0.3073
		300mg / 25mg	Auro-Irbesartan HCT	2447894	ARO	ADEFGVW	0.3052

**Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Levetiracetam Lévétiracétam							
Tab	Orl	500mg	Pro-Levetiracetam	2311380	PDL	ADEFGV	0.4875
Co.		750mg	Pro-Levetiracetam	2311399	PDL	ADEFGV	0.6750
Olanzapine ODT Co.D.O.							
	Orl	5mg	Olanzapine ODT	2338645	PDL	ADEFGVW	0.6434
		10mg	Olanzapine ODT	2338653	PDL	ADEFGVW	1.2857
		15mg	Olanzapine ODT	2338661	PDL	ADEFGVW	1.9280
		20mg	Olanzapine ODT	2425114	PDL	ADEFGVW	2.5447
Tab	Orl	2.5mg	Olanzapine	2311968	PDL	ADEFGVW	0.3189
Co.		5mg	Olanzapine	2311976	PDL	ADEFGVW	0.6379
		7.5mg	Olanzapine	2311984	PDL	ADEFGVW	0.9568
		10mg	Olanzapine	2311992	PDL	ADEFGVW	1.2758
		15mg	Olanzapine	2312018	PDL	ADEFGVW	1.9136
		20mg	Olanzapine	2421704	PDL	ADEFGVW	2.5880
Pantoprazole Sodium Pantoprazole sodique ECT Co.Ent							
	Orl	40mg	Pantoprazole	2318695	PDL	ADEFGVW	0.3024
Paroxetine Paroxétine Tab Co.							
	Orl	20mg	Paroxetine	2248914	PDL	ADEFGVW	0.4514
		30mg	Paroxetine	2248915	PDL	ADEFGVW	0.4796
Potassium Chloride Chlorure de potassium SRT Co.L.L.							
		600mg	Euro K 600	2246734	SDZ	ADEFGVW	0.0400
		1500mg	Euro K 20	2242261	SDZ	ADEFGVW	0.1995
Pravastatin Pravastatine Tab Co.							
	Orl	10mg	Pravastatin-10	2243824	PDL	ADEFGVW	0.4050
		20mg	Pravastatin-20	2243825	PDL	ADEFGVW	0.4778
		40mg	Pravastatin-40	2243826	PDL	ADEFGVW	0.5755

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Pregabalin Pregabaline							
Caps	Orl	25mg	Pregabalin	2396483	PDL	W (SA)	0.2058
Cap		50mg	Pregabalin	2396505	PDL	W (SA)	0.3228
		75mg	Pregabalin	2396513	PDL	W (SA)	0.4176
		150mg	Pregabalin	2396521	PDL	W (SA)	0.5757
		300mg	Pregabalin	2396548	PDL	W (SA)	0.5757
Ramipril Caps Cap							
	Orl	1.25mg	Pro-Ramipril	2310023	PDL	ADEFGVW	0.1062
		2.5mg	Pro-Ramipril	2310066	PDL	ADEFGVW	0.1225
		5mg	Pro-Ramipril	2310074	PDL	ADEFGVW	0.1225
		10mg	Pro-Ramipril	2310104	PDL	ADEFGVW	0.1551
Simvastatin Simvastatine							
Tab	Orl	10mg	Simvastatin-10	2247221	PDL	ADEFGVW	0.3035
Co.		20mg	Simvastatin-20	2247222	PDL	ADEFGVW	0.3751
		40mg	Simvastatin-40	2247223	PDL	ADEFGVW	0.3751
		80mg	Simvastatin-80	2247224	PDL	ADEFGVW	0.3751

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Diclofenac Diclofénac Liq Liq	Oph	0.1%	Apo-Diclofenac	2441020	APX	ADEFGWW	1.7710
Haloperidol Halopéridol Liq Liq	Inj	5mg/mL	Haloperidol	808652	SDZ	ADEFGWW	4.8300
Hydrocortisone Crm Cr.	Top	1%	Emo-Cort Prevex HC Hyderm	192597 804533 716839	STI GSK TAR	ADEFGWW	0.0859
Potassium Chloride Chlorure de potassium SRT Co.L.L.		600mg	Slow-K Jamp-K 8	80040226 80013005	NVR JPC	ADEFGWW	0.0400
		1500mg	Jamp-K 20 Odan K-20	80013007 80004415	JPC ODN	ADEFGWW	0.1995

Bulletin n° 950

Le 29 mai 2017

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 29 mai 2017.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout 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@nbdruugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Ropivacaine (Naropin®)	ampoule de 5 mg/mL	02229415	AZE	ADEFV	PCF
	ampoule de 10 mg/mL	02229418			

Médicaments qui ne requièrent plus d'autorisation spéciale

Atovaquone (Mepron®)	suspension de 750 mg/5 mL	02217422	GSK	ADEFV	PCF
----------------------	---------------------------	----------	-----	-------	-----

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Autorisation spéciale pour la couverture de filgrastim (Grastofil^{MD})

Grastofil^{MD} est un produit biologique ultérieur (PBU) ou la version biosimilaire de filgrastim, qui se fonde sur le produit de référence Neupogen^{MD}. Il a été approuvé par Santé Canada et appuyé par le Programme commun d'évaluation des médicaments fondé sur des données démontrant une similitude et aucune différence significative par rapport au produit de référence. Pour consulter les fichiers du Programme commun d'évaluation des médicaments, veuillez visiter : <https://www.cadth.ca/fr/filgrastim>

En 2015 et 2016, les dépenses totales attribuables à Neupogen^{MD} pour toutes les indications couvertes par les Régimes de médicaments du N.-B. se sont élevées à près de 1 million \$. Par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, les régimes d'assurance médicaments provinciaux, territoriaux et fédéral ont négocié à la baisse le prix catalogue pour Grastofil^{MD}.

À compter du 29 mai 2017, filgrastim (Grastofil^{MD}) sera ajouté au formulaire selon les critères d'autorisation spéciale énumérés ci-dessous. Les demandes d'autorisations spéciales pour le filgrastim soumises après cette date seront évaluées pour la couverture de la marque Grastofil^{MD} de filgrastim seulement. Les patients dont l'autorisation spéciale a été approuvée pour la marque Neupogen^{MD} de filgrastim avant le 29 mai 2017 continueront d'être couverts pour cette marque jusqu'à l'expiration de l'autorisation spéciale. Ils seront également admissibles à la couverture de la marque Grastofil^{MD}.

Le programme d'aide pour les patients Answers^{MC} est offert par le fabricant de Grastofil^{MD}. Le spécialiste du remboursement pour le programme peut aider au processus d'adhésion et de remboursement. Vous pouvez communiquer avec le spécialiste du remboursement Answers^{MC} en appelant au 1 866 APO-1664 (1 866 276-1664) ou en envoyant un courriel à ANSWERS@innomar-strategies.com.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Filgrastim (Grastofil ^{MD})	seringue préremplie de 300 mcg/0,5 mL	02441489	APX	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 480 mcg/0,8 mL	02454548			

Appui à la chimiothérapie

Pour la prévention de la neutropénie fébrile chez les patients recevant une chimiothérapie myélosuppressive avec intention curative qui :

- ont un risque élevé de neutropénie fébrile due à un traitement de chimiothérapie, des comorbidités ou une neutropénie grave préexistante; ou

- ont eu un épisode de neutropénie fébrile, de septicémie neutropénique ou de neutropénie profonde dans un cycle de chimiothérapie antérieur; ou
- ont eu une réduction de la dose, ou un délai de traitement supérieur à une semaine en raison de la neutropénie.

Note clinique :

- Les patients atteints d'un cancer incurable recevant une chimiothérapie palliative ne sont pas admissibles à la couverture du filgrastim pour la prévention de la neutropénie fébrile.

Indications pour cas bénins

- Pour augmenter le nombre de neutrophiles et réduire l'incidence et la durée de l'infection chez les patients atteints de neutropénie congénitale, idiopathique ou cyclique.
- Pour la prévention et le traitement de la neutropénie chez les patients présentant une infection au VIH.

Soutien pour la greffe de cellules souches

- Pour la mobilisation des cellules progénitrices du sang périphérique aux fins d'une greffe de cellules souches.
- Pour favoriser la prise de greffe suivant une greffe de cellules souches.

Notes pour les réclamations :

- Toutes les demandes de couverture pour le filgrastim pour les patients adultes seront approuvées pour la marque Grastofil seulement.
- La couverture de la marque Neupogen pour les patients qui ont actuellement une autorisation spéciale pour ce médicament continuera jusqu'à l'expiration de cette dernière.

Vedolizumab (Entyvio^{MC})

fiole de 300 mg

02436841

TAK

(SA)

PCF

Maladie de Crohn

- Pour le traitement des patients adultes souffrant de la maladie de Crohn modérée à grave qui ont des contre-indications ou qui sont réfractaires à un traitement avec corticostéroïdes et d'autres traitements immunosuppresseurs.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Approbation initiale : 14 semaines.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Colite ulcéreuse

- Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est > 4, et le sous-score de saignement rectal est ≥ 2, et qui sont :
 - réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicyles pour un minimum de quatre semaines et prednisone ≥ 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou

- dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les effets bénéfiques du traitement, plus précisément :
 - une diminution du score Mayo partiel de ≥ 2 depuis l'évaluation initiale; et
 - une diminution du sous-score de saignement rectal de ≥ 1 .

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de quatre semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel > 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Approbation initiale : 10 semaines.
- Approbation de renouvellement : 1 an.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle puissance Abiratérone (Zytiga®)	comprimé pelliculé à 500 mg	02457113	JAN	(SA)	PCF
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 : <ul style="list-style-type: none"> • sont asymptomatiques ou légèrement symptomatiques après un échec du traitement anti-androgénique; ou • ont reçu une chimiothérapie antérieure à base de docétaxel après un échec du traitement anti-androgénique. 					
Nouvelle indication et dosage Golimumab (Simponi®)	auto-injecteur de 50 mg/0,5 mL	02324784			
	seringue préremplie de 50 mg/0,5 mL	02324776			
	auto-injecteur de 100 mg/mL	02413183	JAN	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 100 mg/ mL	02413175			
<ul style="list-style-type: none"> • Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est > 4, et le sous-score de saignement rectal est ≥ 2, et qui sont : 					

- réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicylates pour un minimum de quatre semaines et prednisone \geq 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
- dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les effets bénéfiques du traitement, plus précisément :
 - une diminution du score Mayo partiel de \geq 2 depuis l'évaluation initiale; et
 - une diminution du sous-score de saignement rectal de \geq 1.

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de quatre semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel > 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 200 mg sera approuvée pour la semaine 0, puis de 100 mg pour la semaine 2 et enfin, de 100 mg toutes les quatre semaines par la suite.
- Approbation initiale : 3 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an.

Critère révisé

Filgrastim (Neupogen^{MD})

fiole de 300 mcg/mL	01968017	AGA	(SA)	PCF
fiole de 480 mcg/1,6mL	00999001			

Pour thérapie de soutien pour les patients en oncologie pédiatrique.

Notes pour les réclamations :

- Toutes les demandes de couverture pour le filgrastim pour les patients adultes, seront approuvées pour la marque Grastofil seulement.
- Pour les patients qui ont une couverture pour la marque de Neupogen, la couverture continuera jusqu'à ce que leur autorisation spéciale actuelle expire.

Critère révisé

Pegfilgrastim (Neulasta^{MD})

seringue préremplie de 6 mg	02249790	AGA	(SA)	PCF
-----------------------------	----------	-----	------	-----

- Les demandes pour la couverture de Neulasta ne sont plus admissibles.
- La couverture de Neulasta pour les patients qui ont actuellement une autorisation spéciale pour ce médicament continuera jusqu'à l'expiration de cette dernière.

Critère révisé

Vigabatrine (Sabril®)

comprimé de 500 mg
sachet de 500 mg02065819
02068036

LBK

(SA)

PCF

1. Pour le traitement de l'épilepsie chez les patients qui ne réagissent pas adéquatement aux autres combinaisons de traitements ou chez lesquels d'autres combinaisons de médicaments n'ont pas été tolérées.
2. Pour le traitement de spasmes infantiles.

Note clinique :

- Les bienfaits potentiels de l'utilisation du vigabatrine devraient l'emporter sur les risques d'anomalie ophtalmologique.

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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Budésonide (Cortiment® MMX)	comprimé à libération retardée et prolongée de 9 mg	02455889	FEI	Colite ulcéreuse à degrés d'intensité léger à modéré

Bulletin no 951

Le 31 mai 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 31 mai 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 21 juin 2017, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 juin 2017, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 mai 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 juin 2017. Avant le 21 juin 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 juin 2017.

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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Alendronic Acid Acide Alendronique Tab Orl 70mg Co.	Alendronate-70	2303078	PDL	ADEFGVW	2.5144
Cholestyramine Pws Orl 4g Pds.	Cholestyramine-Odan	2455609	ODN	ADEFGVW	0.1319
Ciprofloxacin Ciprofloxacine Liq IV 2mg/mL Liq	Ciprofloxacin Intravenous Infusion BP	2304759	SDZ	ADEFGVW	0.1540
Clopidogrel Tab Orl 75mg Co.	Clopidogrel	2394820	PDL	W (SA)	0.3946
Diltiazem CDC Orl 120mg Caps.L.C.	Diltiazem-CD	2231472	PDL	ADEFGVW	0.3529
	Diltiazem-CD	2231474	PDL	ADEFGVW	0.4684
	Diltiazem-CD	2231475	PDL	ADEFGVW	0.6213
	Diltiazem-CD	2231057	PDL	ADEFGVW	0.7766
ERC Orl 120mg Caps.L.P.	Diltiazem TZ	2325306	PDL	ADEFVW	0.2133
	Diltiazem TZ	2325314	PDL	ADEFVW	0.2889
	Diltiazem TZ	2325322	PDL	ADEFVW	0.3832
	Diltiazem TZ	2325330	PDL	ADEFVW	0.4720
	Diltiazem TZ	2325349	PDL	ADEFVW	0.5778
Olmesartan Olmésartan Tab Orl 20mg Co.	Olmetec	2318660	FRS		1.2075
	Act Olmesartan	2442191	ATV		
	Apo-Olmesartan	2453452	APX	ADEFGVW	0.2763
	Auro-Olmesartan	2443864	ARO		
	Jamp-Olmesartan	2461641	JPC		
	Sandoz Olmesartan	2443414	SDZ		
	Olmetec	2318679	FRS		1.2075
	Act Olmesartan	2442205	ATV		
	Apo-Olmesartan	2453460	APX	ADEFGVW	0.2763
	Auro-Olmesartan	2443872	ARO		
	Jamp-Olmesartan	2461668	JPC		
	Sandoz Olmesartan	2443422	SDZ		

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Amitriptyline							
Tab	Orl	10mg	Amitriptyline	370991	PDL	ADEFGVW	0.0435
Co.			Apo-Amitriptyline	2403137	APX		
		25mg	Amitriptyline	371009	PDL	ADEFGVW	0.0829
			Apo-Amitriptyline	2403145	APX		
Amoxicillin / Clavulanic Acid Amoxiciline / Acide Clavulanique							
Tab	Orl	500mg / 125mg	ratio-Aclavulanate	2243771	TEV	ABDEFGVW	0.6673
Co.							
Betamethasone Valerate Valérate de Bétaméthasone							
Crm	Top	0.05%	ratio-Ectosone Mild	535427	TEV	ADEFGVW	0.0596
Cr.		0.1%	ratio-Ectosone	535435	TEV	ADEFGVW	0.0889
Cephalexin Céphalexine							
Cap	Orl	250mg	Teva-Cephalexin	342084	TEV	ABDEFGVW	0.2250
Caps		500mg	Teva-Cephalexin	342114	TEV	ABDEFGVW	0.4500
Cholestyramine							
Pws	Orl	4g	Olestyr	890960	PMS	ADEFGVW	0.1319
Pds.							
Clobetasol Clobétasol							
Crm	Top	0.05%	Mylan-Clobetasol	2024187	MYL	ADEFGVW	0.2279
Cr.							
Lot	Top	0.05%	Mylan-Clobetasol Propionate	2216213	MYL	ADEFGVW	0.1990
Lot.							
Ont	Top	0.05%	Mylan-Clobetasol	2026767	MYL	ADEFGVW	0.2279
Ont							
Clotrimazole							
Crm	Top	1%	Clotrimaderm	812382	TAR	ADEFGVW	0.2060
Cr.							
Dexamethasone Dexaméthasone							
Liq	Inj	4mg/mL	Dexamethasone-Omega	2204266	OMG	ADEFGVW	1.6060
Liq			Dexamethasone sodium phosphate	664227	SDZ		
			Dexamethasone sodium phosphate	1977547	STR		

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Ferrous Sulfate Sulfate Ferreux Liq Orl 15mg Liq	Jamp Ferrous Sulfate	80008309	JPC	AEFGV	0.1432
Furosemide Liq Inj 10mg/mL Liq	Furosemide	527033	SDZ	VW	0.8650
Hydrocortisone / Zinc Ont Rt 0.5% / 0.5% Ont	Anodan HC Jamp-Zinc-HC	2128446 2387239	ODN JPC	ADEFGVW	0.3850
Lactulose Syr Orl 667mg Sir.	Jamp-Lactulose pms-Lactulose	2295881 703486	JPC PMS	(SA)	0.0145
Loperamide Lopéramide Tab Orl 2mg Co.	Apo-Loperamide Novo-Loperamide pms-Loperamide	2212005 2132591 2228351	APX TEV PMS	AEFGVW	0.0952
Methotrexate Méthotrexate Tab Orl 2.5mg Co.	Methotrexate	2182963	APX	ADEFGVW	0.6325
Methylphenidate Méthylphenidate Tab Orl 5mg Co.	pms-Methylphenidate	2234749	PMS	ADEFGV	0.0947
Piperacillin / Tazobactam Pipéracilline / Tazobactam Pws Inj 2g / 0.25mg Pds.	Piperacillin & Tazobactam Piperacillin & Tazobactam	2308444 2299623	APX SDZ	ABDEFGW	4.1720
	Piperacillin & Tazobactam Piperacillin & Tazobactam Piperacillin/Tazobactam	2308452 2299631 2370166	APX SDZ TEV	ABDEFGW	6.2591
	Piperacillin & Tazobactam Piperacillin & Tazobactam Piperacillin/Tazobactam	2308460 2299658 2370174	APX SDZ TEV	ABDEFGW	8.3458

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Risedronate							
Risédronate							
Tab	Orl	35mg	Apo-Risedronate	2353687	APX		
Co.			Auro-Risedronate	2406306	ARO		
			Jamp-Risedronate	2368552	JPC		
			Mylan-Risedronate	2357984	MYL		
			pms-Risedronate	2302209	PMS	ADEFGVW	2.4275
			Risedronate	2370255	SAS		
			Risedronate	2411407	SIV		
			Sandoz Risedronate	2327295	SDZ		
			Teva-Risedronate	2298392	TEV		
Valsartan							
Tab	Orl	40mg	Act Valsartan	2337487	ATV		
Co.			Apo-Valsartan	2371510	APX		
			Auro-Valsartan	2414201	ARO		
			Mylan- Valsartan	2383527	MYL		
			Ran-Valsartan	2363062	RAN	ADEFGVW	0.2910
			Sandoz Valsartan	2356740	SDZ		
			Teva-Valsartan	2356643	TEV		
			Valsartan	2366940	SAS		
			Valsartan	2384523	SIV		
		80mg	Act Valsartan	2337495	ATV		
			Apo-Valsartan	2371529	APX		
			Auro-Valsartan	2414228	ARO		
			Mylan-Valsartan	2383535	MYL		
			Ran-Valsartan	2363100	RAN	ADEFGVW	0.2957
			Sandoz Valsartan	2356759	SDZ		
			Teva-Valsartan	2356651	TEV		
			Valsartan	2366959	SAS		
			Valsartan	2384531	SIV		
		160mg	Act Valsartan	2337509	ATV		
			Apo-Valsartan	2371537	APX		
			Auro-Valsartan	2414236	ARO		
			Mylan- Valsartan	2383543	MYL		
			Ran-Valsartan	2363119	RAN	ADEFGVW	0.2957
			Sandoz Valsartan	2356767	SDZ		
			Teva-Valsartan	2356678	TEV		
			Valsartan	2366967	SAS		
			Valsartan	2384558	SIV		
		320mg	Act Valsartan	2337517	ATV		
			Apo-Valsartan	2371545	APX		
			Mylan- Valsartan	2383551	MYL		
			Sandoz Valsartan	2356775	SDZ	ADEFGVW	0.2843
			Teva-Valsartan	2356686	TEV		
			Valsartan	2366975	SAS		
			Valsartan	2384566	SIV		

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Azithromycin Azithromycine Pws Orl Pds.	Phl-Azithromycin	2282380	PHL	ABDEFGVW
	Phl-Azithromycin	2282410	PHL	ABDEFGVW
Ciprofloxacin Ciprofloxacine Liq Inj Liq	Ciprofloxacin IV	2267462	TEV	W
Clobetasol Clobétasol Crm Top Cr.	Novo-Clobetasol	2093162	TEV	ADEFGVW
Ont Top Ont	Novo-Clobetasol	2126192	TEV	ADEFGVW
Dexamethasone Dexaméthasone Tab Orl Co.	Dexasone	489158	VLN	ADEFGVW
Hydrocortisone / Zinc Ont Rt Ont	Ratio-Hemcort HC Sandoz Anuzinc HC	607789 2247691	TEV SDZ	ADEFGVW
Loperamide Lopéramide Tab Orl Co.	Loperamide	2256452	JPC	ADEFGVW
Morphine Hydrochloride Morphine (chlorhydrate de) SRT Orl Co.L.L.	M.O.S. SR	776181	VLN	ADEFGVW
	M.O.S. SR	773203	VLN	ADEFGVW
Piperacillin / Tazobactam Pipéracilline / Tazobactam Pws Inj Pds.	Piperacillin and Tazobactam	2391546	MYL	ABDEFGVW
Risedronate Risédronate Tab Orl Co.	ratio-Risedronate	2319861	TEV	ADEFGVW
Valsartan Tab Orl Co.	pms-Valsartan	2312999	PMS	ADEFGVW

**Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes		
Valsartan Tab Co.	Orl	80mg	pms-Valsartan	2313006	PMS	ADEFGVW
		160mg	pms-Valsartan	2313014	PMS	ADEFGVW
		320mg	pms-Valsartan	2344564	PMS	ADEFGVW

Bulletin n° 952

Le 28 juin 2017

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 28 juin 2017.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout 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@nbrugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Médicaments qui ne requièrent plus d'autorisation spéciale					
Clopidogrel (Plavix®) et marques génériques	comprimé de 75 mg			ADEFV	PAM
		Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits			
Solfénacine (Vesicare®) et marques génériques	comprimé de 5 mg comprimé de 10 mg			ADEFGV	PAM
		Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits			
Toltérodine (Detrol ^{MC}) et marques génériques	comprimé de 1 mg comprimé de 2 mg			ADEFGV	PAM
		Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits			
Toltérodine (Detrol LA ^{MC}) et marques génériques	capsule de 2 mg capsule de 4 mg			ADEFGV	PAM
		Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits			
Valganciclovir (Valcyte®) et marques génériques	comprimé de 450 mg			ADEFGV	PAM
		Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits			

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
---------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Omalizumab (Xolair^{MD})

fiolle de 150 mg

02260565

NVR

(SA)

PCF

Pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus souffrant d'une forme modérée à grave d'urticaire chronique idiopathique (UCI) qui demeurent symptomatiques (présence d'urticaire ou de la démangeaison qui y est associée) malgré une gestion optimale avec des antihistaminiques H₁.

Exigences relatives aux demandes initiales :

- Le plus récent score d'activité de l'urticaire obtenu au cours de 7 jours (UAS7) doit figurer sur la demande soumise.

Critères de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement seront admissibles pour les patients qui présentent :
 - un contrôle complet des symptômes pendant moins de 12 semaines consécutives; ou
 - une réponse partielle au traitement, définie comme une réduction d'au moins 9,5 points par rapport au score UAS7 de référence.

Notes cliniques :

1. L'arrêt du traitement pourra être considéré pour les patients qui ont obtenu un contrôle complet des symptômes pendant au moins 12 semaines consécutives à la fin d'une période de traitement de 24 semaines.
2. Chez les patients qui ont arrêté le traitement en raison d'un contrôle temporaire des symptômes, le traitement pourra être amorcé de nouveau si les symptômes de l'UCI réapparaissent.

Notes pour les réclamations :

- Une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines sera approuvée.
- Approbation initiale : 24 semaines

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Risperidone (Risperdal M-Tab®) et marques génériques	comprimé à dissolution orale de 0,5 mg comprimé à dissolution orale de 1 mg comprimé à dissolution orale de 2 mg comprimé à dissolution orale de 3 mg comprimé à dissolution orale de 4 mg	Voir Formulaire des régimes de médicaments du N.-B. ou Liste des PAM pour les produits		W (SA)	PAM

Pour les patients qui ont besoin d'antipsychotiques oraux et qui ne peuvent être traités au moyen de comprimés oraux traditionnels.

Note pour les réclamations :

- Les ordonnances rédigées par les psychiatres du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale. Les renouvellements prescrits par d'autres praticiens ne requièrent pas 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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Golimumab (Simponi® I.V.)	Fiole de 50 mg/ 4 mL	02417472	JAN	Polyarthrite rhumatoïde

Bulletin no 953

Le 29 juin 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 29 juin 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 20 juillet 2017, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 20 juillet 2017, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 29 juin 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 juillet 2017. Avant le 20 juillet 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 juillet 2017.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradenname Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Atazanavir							
Cap	Orl	150mg	Reyataz	2248610	BRI		11.4132
Caps			Mylan-Atazanavir	2456877	MYL	DU	5.6771
			Teva-Atazanavir	2443791	TEV		
200mg			Reyataz	2248611	BRI		11.4797
			Mylan-Atazanavir	2456885	MYL	DU	5.7104
			Teva-Atazanavir	2443813	TEV		
300mg			Reyataz	2294176	BRI		22.4330
			Mylan-Atazanavir	2456893	MYL	DU	11.2165
			Teva-Atazanavir	2443821	TEV		
Cabergoline							
Tab	Orl	0.5mg	Apo-Cabergoline	2455897	APX	(SA)	12.3941
Co.							
Colchicine							
Tab	Orl	0.6mg	pms-Colchicine	2402181	PMS	ADEFGVW	0.2565
Co.							
Diphenhydramine							
Liq	Inj	50mg	Diphenhydramine HCl	596612	SDZ	VW	4.0400
Liq			Diphenist	2219336	OMG		
Divalproex							
ECT	Orl	125mg	Mylan-Divalproex	2458926	MYL	ADEFGVW	0.0724
Co.Ent.							
250mg			Mylan-Divalproex	2458934	MYL	ADEFGVW	0.1301
			Mylan-Divalproex	2459019	MYL	ADEFGVW	0.2604
Duloxetine							
Duloxétine							
CDR	Orl	30mg	Mylan-Duloxetine	2426633	MYL	(SA)	0.4814
Caps.L.R.							
60mg			Mylan-Duloxetine	2426641	MYL	(SA)	0.9769
Dutasteride							
Dutastéride							
Cap	Orl	0.5mg	Dutasteride	2421712	PDL	ADEFGVW	0.4205
Caps							
Fosinopril							
Tab	Orl	10mg	Fosinopril	2459388	SAS	ADEFGVW	0.2178
Co.							
20mg			Fosinopril	2459396	SAS	ADEFGVW	0.2619
Gliclazide							
ERT		60mg	Mint-Gliclazide MR	2423294	MNT	ADEFGVW	0.1265
Co.L.P	Orl						

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Indomethacin Indométhacine					
Cap Ori 25mg	Mint-Indomethacin	2461811	MNT	ADEFGWW	0.1519
Caps 50mg	Mint-Indomethacin	2461536	MNT	ADEFGWW	0.2469

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Betamethasone Dipropionate Bétaméthasone (dipropionate de)							
Crm Cr.	Top	0.05%	Diprosone ratio-Topisone	323071 804991	FRS TEV	ADEFGWW	0.2046
			Diprolene Glycol ratio-Topilene Glycol	688622 849650	FRS TEV	ADEFGWW	0.5186
Lot Lot	Top	0.05%	Diprosone ratio-Topisone	417246 809187	FRS TEV	ADEFGWW	0.1990
			Diprolene Glycol ratio-Topilene Glycol	862975 1927914	FRS TEV	ADEFGWW	0.2696
Ont Ont	Top	0.05%	Diprosone ratio-Topisone	344923 805009	FRS TEV	ADEFGWW	0.2152
Betamethasone Valerate Bétaméthasone (valérate de)							
Lot Lot	Top	0.05%	ratio-Ectosone Mild	653209	TEV	ADEFGWW	0.2108
		0.1%	Betaderm Scalp Lotion ratio-Ectosone Scalp Lotion	716634 653217	TAR TEV	ADEFGWW	0.0852
		0.1%	ratio-Ectosone	750050	TEV	ADEFGWW	0.2588
Chloral Hydrate Chloral (hydrate de)							
Syr Sir.	Orl	100mg	Chloral Hydrate Syrup Odan pms-Chloral Hydrate	2247621 792659	ODN PMS	ADEFGWW	0.0433
Codeine Codéine							
Liq Liq	Inj	30mg	Codeine Phosphate	544884	SDZ	W	3.7939
Colchicine Tab Co.							
	Orl	0.6mg	Colchicine	572349	ODN		
			Colchicine	287873	SDZ	ADEFGWW	0.2565
			Jamp-Colchicine	2373823	JPC		
Diphenhydramine Tab Co.							
	Orl	25mg	Benadryl Diphenhydramine	2017849 2257548	JNJ JPC	G	0.0975
		50mg	Diphenhydramine	2257556	JPC	G	0.1297
Folic Acid Acide folique							
Tab Co.	Orl	5mg	Euro-Folic Jamp-Folic	2285673 2366061	EUR JPC	ADEFGWW	0.0198

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Gliclazide ERT Co.L.P Orl	60mg Apo-Gliclazide MR	2407124	APX	ADEFGWW	0.1265
Indomethacin Indométhacine Cap Orl Caps	25mg Teva-Indomethacin 50mg Teva-Indomethacin	337420 337439	TEV TEV	ADEFGWW ADEFGWW	0.1519 0.2469
Methotrexate Méthotrexate Liq Inj Liq	25mg Methotrexate Inj USP	2182777	HOS	ADEFGWW	4.4600
Penicillin V Pénicilline V Pws Orl Pds.	25mg Apo-Pen VK 60mg Apo-Pen VK	642223 642231	APX APX	ADEFGWW ADEFGWW	0.0535 0.0618
Phytomenadione Phytoménadione Liq IM Liq	2mg/mL Vitamin K 10mg/mL Vitamin K	781878 804312	SDZ SDZ	ADEFGWW ADEFGWW	10.3800 5.8800

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Betamethasone Valerate Bétaméthasone (valérate de)							
Lot	Top	0.1%	Valisone Scalp Lotion	27944	VLN	ADEFGWW	
Lot							
Cabergoline							
Tab	Orl	0.5mg	Co-Cabergoline	2301407	COB	(SA)	
Co.							
Dicyclomine							
Tab	Orl	10mg	Jamp-Dicyclomine	2391619	JPC	ADEFGWW	
Co.							
Folic Acid Acide folique							
Tab	Orl	5mg	Apo-Folic Acid	426849	APX	ADEFGWW	
Co.							

Bulletin no 954

Le 31 juillet 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 31 juillet 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 21 août 2017, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 août 2017, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 juillet 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 août 2017. Avant le 21 août 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 août 2017.

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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Deferasirox Déférasirox							
Tab Co.	Orl	125mg	Exjade	2287420	NVR		10.8504
			Apo-Deferasirox	2461544	APX	(SA)	
			Taro-Deferasirox	2463520	TAR		2.7126
			Teva-Deferasirox	2407957	TEV		
		250mg	Exjade	2287439	NVR		21.7004
			Apo-Deferasirox	2461552	APX	(SA)	
			Taro-Deferasirox	2463539	TAR		5.4251
			Teva-Deferasirox	2407965	TEV		
		500mg	Exjade	2287447	NVR		43.4011
			Apo-Deferasirox	2461560	APX	(SA)	
			Taro-Deferasirox	2463547	TAR		10.8503
			Teva-Deferasirox	2407973	TEV		
Gliclazide ERT Co.L.P.							
	Orl	30mg	Sandoz Gliclazide MR	2461323	SDZ	ADEFGVW	0.0931
		60mg	Sandoz Gliclazide MR	2461331	SDZ	ADEFGVW	0.0632
Modafinil Tab Co.							
	Orl	100mg	Auro-Modafinil	2430487	ARO		
			Mar-Modafinil	2432560	MAR	(SA)	0.3427
			Teva-Modafinil	2420260	TEV		
Olmesartan Tab Co.							
	Orl	20mg	pms-Olmesartan	2461307	PMS	ADEFGVW	0.2763
		40mg	pms-Olmesartan	2461315	PMS	ADEFGVW	0.2763
Olopatadine Liq Liq							
	Oph	0.1%	Patanol	2233143	NVR	ADEFGV	2.1714
			Act Olopatadine	2403986	ATV		
		0.2%	Pataday	2362171	NVR	ADEFGV	12.4080
			Act Olopatadine	2404095	ATV		4.3428

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Acamprosate SRT Orl Co.L.L.	333mg Campral	2293269	MYL	(SA)	0.8000
Acetaminophen Acétaminophène Tab Orl Co.	325mg Novo-Gesic	389218	TEV	G	0.0121
	500mg Novo-Gesic	482323	TEV	G	0.0143
Acetylsalicylic Acid Acide Acétylsalicylique ECT Orl Co.Ent	650mg Novasen	229296	TEV	AIEFGWW	0.0352
Amikacin Amikacine Liq Inj Liq	250mg/mL Amikacin	2242971	SDZ	W (SA)	38.5905
Ampicillin Ampicilline Pws Inj Pds.	500mg Ampicillin Sodium	872652	TEV	AIEFGWW	2.1500
	1g Ampicillin Sodium	1933345	TEV	AIEFGWW	3.6000
	2g Ampicillin Sodium	1933353	TEV	AIEFGWW	7.2000
ASA/Caffeine/Butalbital AAS/Caféine/Butalbital Tab Orl Co.	330mg/40mg/50mg ratio-Tecnal	608211	RPH	W	0.5038
Benzatropine Benzotropine Tab Orl Co.	1mg pdp-Benzotropine	706531	PDP	AIEFGWW	0.0491
Chlorphenamine Chlorphénamine Tab Orl Co.	4mg Chlor-Tripolon Novo-Pheniram	738972 21288	SCO TEV	G	0.0645
Gliclazide ERT Orl Co.L.P.	60mg Apo-Gliclazide MR	2407124	APX	AIEFGWW	0.0632
Imipenem/Cilastatin Imipénem/Cilastatine Pws Inj Pds.	250mg/250mg Ran-Imipenem-Cilastatin	2351692	OMG	W	11.7400
	500mg/500mg Primaxin Ran-Imipenem-Cilastatin	717282 2351706	FRS OMG	W	21.9400

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Midazolam Liq Liq	Inj	1mg/mL	Midazolam Midazolam for Injection	2240285 2382873	SDZ	ADEFVW	0.7800
		5mg/mL	Midazolam Midazolam for Injection	2240286 2382903	SDZ	ADEFVW	4.1000
Modafinil Tab Co.	Orl	100mg	Apo-Modafinil	2285398	APX	(SA)	0.3427
Nystatin Nystatine Crm Cr.	Top	100000IU	Nyaderm	716871	TAR	ADEFVW	0.0633
			ratio-Nystatin	2194236	RPH		
Ont Ont	Top	100000IU	ratio-Nystatin	2194228	RPH	ADEFVW	0.0903
Oxybutynin Oxybutynine Tab Co.	Orl	2.5mg	pms-Oxybutynin	2240549	PMS	ADEFVW	0.1629

**Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Acetaminophen Acétaminophène Tab Orl Co.	Acetaminophen Apo-Acetaminophen	1938088 544981	JPC APX	G
	Acetaminophen Apo-Acetaminophen Apo-Acetaminophen	1939122 545007 2229977	JPC APX	G
Acetylsalicylic Acid Acide Acétylsalicylique ECT Orl Co.Ent	Jamp-ASA EC	794244	JPC	AEFGWW
Cefepime Céfepime Pws Inj Pds.	Cefepime	2319039	APX	W
Cefoxitin Céfoxitine Pws Inj Pds.	Cefoxitin	2240773	TEV	W
Gliclazide ERT Orl Co.L.P.	Mint-Gliclazide MR	2423294	MNT	ADEFGWW
Midazolam Liq Inj Liq	Midazolam Midazolam	2242904 2242905	FKB FKB	ADEFVW ADEFVW

Bulletin n° 955

Le 15 août 2017

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 15 août 2017.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie
- 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@nbdruugs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Clindamycine (Crème vaginale Dalacin)	crème vaginale à 20 mg/g	02060604	PAL	ADEFGV	PCF
Métronidazole (Nidage ^{MD})	gel vaginal à 0,75 %	02125226	VLN	ADEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Elvitégravir/cobicistat/ emtricitabine/ténofovir alafénamide (Genvoya ^{MD})	comprimé de 150 mg/150 mg/200 mg/10 mg	02449498	GIL	(SA)	PCF

Pour le traitement de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) chez les patients âgés de 12 ans et plus (pesant \geq 35 kg) qui ne présentent pas de mutation associée à une résistance aux composants individuels de Genvoya.

Note pour les réclamations :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Plan U par des spécialistes en maladies infectieuses et des microbiologistes médicaux qui ont de l'expérience avec le traitement des patients atteints du VIH ou du SIDA du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

Méthadone (Metadol-D ^{MD})	concentré oral à 10 mg/mL	02244290	PAL	(SA)	PAM
--------------------------------------	---------------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients aux prises avec un trouble de l'usage d'opioïdes qui ne prennent pas d'autres opioïdes.

Toutes les demandes de couverture et demandes de remboursement présentées par la pharmacie doivent respecter les exigences de la politique des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick relativement à [La méthadone comme traitement du trouble de l'usage d'opioïdes](#)

Note pour les réclamations :

- Les approbations seront pour un maximum de 200 mg par jour.

Peg-interféron bêta-1a (Plegridy ^{MC}) trousse de départ	stylo préremplie de 63 mcg/0,5 mL, 94 mcg/0,5 mL seringue préremplie de 63 mcg/0,5 mL, 94 mcg/0,5 mL	02444402			
			BIG	(SA)	PCF
Peg-interféron bêta-1a (Plegridy ^{MC})	stylo préremplie de 125 mcg/ 0,5 mL seringue préremplie de 125 mcg/ 0,5 mL	02444399			

Pour le traitement de la forme récurrente-rémittente de la sclérose en plaques (SP) afin de réduire la fréquence des poussées cliniques et de ralentir la progression de l'invalidité chez un patient adulte qui répond aux critères suivants :

- A souffert de 2 attaques ou rechutes invalidantes de la SP au cours des 2 dernières années; et
- Ambulatoire, avec ou sans aide (score de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité).

Note clinique :

- Une attaque ou une rechute se définit par l'apparition de symptômes neurologiques nouveaux ou récurrents, non accompagnés de fièvre ou d'infection, qui durent au moins 24 heures et qui sont précédés par un état de stabilité d'une durée d'au moins un mois et accompagnés de nouveaux résultats neurologiques objectifs observés au cours d'une évaluation menée par un neurologue.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication Adalimumab (Humira®)	stylo préremplie de 40 mg/ 0,8mL seringue préremplie de 40 mg/ 0,8mL	02258595	ABV	(SA)	PCF
	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est > 4, et le sous-score de saignement rectal est ≥ 2, et qui sont : <ul style="list-style-type: none"> – réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicyles pour un minimum de quatre semaines et prednisone ≥ 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou – dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la 				

dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).

- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les effets bénéfiques du traitement, plus précisément :
 - une diminution du score Mayo partiel de ≥ 2 depuis l'évaluation initiale; et
 - une diminution du sous-score de saignement rectal de ≥ 1 .

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de quatre semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel > 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 160 mg, suivi de 80 mg deux semaines plus tard, puis de 40 mg toutes les deux semaines.
- Approbation initiale : 8 semaines.
- Approbation de renouvellement : 1 an.

Critère révisé

Méthadone (Metadol^{MD})

solution buvable 1 mg/mL	02247694			
concentré orale de 10 mg/mL	02241377			
comprimé de 1 mg	02247698			
comprimé de 5 mg	02247699	PAL	(SA)	PCF
comprimé de 10 mg	02247700			
comprimé de 25 mg	02247701			

Pour le traitement de la douleur aiguë liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne.

Changements apportés aux soumissions des demandes de remboursement et aux approbations des autorisations spéciales pour Metadol^{MD}

À compter du 5 septembre 2017, les demandes de remboursement pour le Metadol^{MD} doivent être facturées en utilisant le numéro d'identification du médicament (DIN) applicable. La solution et le concentré de Metadol^{MD} ne seront plus remboursés pour le trouble de consommation d'un opiacé et les demandes de remboursement indiquant le numéro du produit (NIP) existant ne seront pas acceptées. Les personnes qui bénéficient présentement d'une autorisation spéciale pour le trouble de consommation d'un opiacé verront leur autorisation changer pour le Metadol-D^{MD}.

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant
Sulfate de quinine (Apo-Quinine)	capsule de 200 mg	02254514	APX
	capsule de 300 mg	02254522	
Sulfate de quinine (Novo-Quinine)	capsule de 200 mg	00021008	TEV
	capsule de 300 mg	00021016	
Sulfate de quinine	capsule de 200 mg	00695440	ODN
	capsule de 300 mg	00695459	
	comprimé de 300 mg	00695432	

Bien que le sulfate de quinine soit commercialisé au Canada depuis 1951, des préoccupations quant à son innocuité ont été soulevées. La quinine est approuvée par Santé Canada seulement pour le traitement de la malaria et malgré cela, ce médicament est largement utilisé à l'extérieur des recommandations de Santé Canada pour traiter et prévenir les crampes nocturnes aux jambes.

L'efficacité de la quinine pour traiter les crampes aux jambes est limitée et moindre que le risque d'effets indésirables graves pouvant entraîner une admission à l'hôpital ou mettre la vie en danger. Ces effets indésirables sont imprévisibles et peuvent survenir à tout moment, même si une personne prend de la quinine de façon chronique sans éprouver de problèmes. Pour consulter un résumé des rapports sur les effets secondaires rapportés associés à l'utilisation de la quinine, rendez-vous à :

[Santé Canada - Bulletin canadien des effets indésirables.](#)

En raison de ces préoccupations quant à son innocuité, **la quinine sera retirée comme titre de médicament assuré, à compter du 1^{er} septembre 2017**. Les prescripteurs et les pharmaciens peuvent discuter avec leurs patients des risques associés à l'utilisation de la quinine et examiner d'autres façons de gérer les crampes nocturnes aux jambes.

Dans le cas des patients qui ont déjà reçu un remboursement pour de la quinine entre le 1^{er} septembre 2016 et le 31 août 2017, ce médicament continuera d'être admissible jusqu'au 1^{er} mars 2018. Après le 1^{er} mars 2018, une demande d'autorisation spéciale, documentant la raison pour laquelle le patient doit continuer de prendre ce médicament, sera exigée pour que ce médicament puisse être admissible.

Les demandes d'autorisation spéciale soumises par de nouveaux patients ou par des patients qui n'ont pas déjà reçu de remboursement pour la quinine entre le 1^{er} septembre 2016 et le 31 août 2017 ne seront pas admissibles.

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 l'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Perindopril arginine/ amlodipine (Viacoram®)	comprimé de 3,5 mg/2,5 mg	02451530	SEV	L'hypertension essentielle légère ou modérée
	comprimé de 7 mg/5 mg	02451549		
	comprimé de 14 mg/10 mg	02451557		

Bulletin no 956

Le 31 août 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 31 août 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 21 septembre 2017, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 septembre 2017, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 août 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 septembre 2017. Avant le 21 septembre 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 septembre 2017.

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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Amlodipine							
Tab	Orl	5mg	Van-Amlodipine	2426986	VAN	ADEFGVW	0.2014
Co		10mg	Van-Amlodipine	2426994	VAN	ADEFGVW	0.2990
Bosentan							
Tab	Orl	62.5mg	Apo-Bosentan	2399202	APX	(SA)	16.0447
Co.		125mg	Apo-Bosentan	2399210	APX	(SA)	16.0447
Celecoxib							
Célécoxib							
Cap	Orl	100mg	Mar-Celecoxib	2420058	MAR	ADEFGVW	0.1625
Caps		200mg	Mar-Celecoxib	2420066	MAR	ADEFGVW	0.3250
Doxycycline							
Tab	Orl	100mg	Doxycin	860751	RIV	ABDEFGVW	0.5860
Co.							
Doxylamine / Pyridoxine							
SRT	Orl	10mg / 10mg	Diclectin	609129	DUI	DEFG	1.2803
Co.L.L.			pms-Doxylamine-Pyridoxine	2406187	PMS		0.6402
Efavirenz / Emtricitabine / Tenofovir Disoproxil							
Éfavirenz / Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil							
Tab	Orl	600mg / 200mg /300mg	Atripla	2300699	GIL		44.5627
Co.		Mylan-Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate		2461412	MYL	DU	21.8579
		Teva-Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir		2393549	TEV		
Emtricitabine / Tenofovir Disoproxil							
Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil							
Tab	Orl	200mg / 300mg	Truvada	2274906	GIL		29.0797
Co.		Mylan-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil		2443902	MYL	(SA)	7.0582
		Teva-Emtricitabine/Tenofovir		2399059	TEV		
Fluoxetine							
Fluoxétine							
Cap	Orl	10mg	Van-Fluoxetine	2432412	VAN	ADEFGVW	0.4595
Caps		20mg	Van-Fluoxetine	2432420	VAN	ADEFGVW	0.4598
Mycophenolate							
Mycophénolate							
Cap	Orl	250mg	Van-Mycophenolate	2433680	VAN	ADEFGRV	0.5155
Caps							
Tab	Orl	500mg	Van-Mycophenolate	2432625	VAN	ADEFGRV	1.0310
Co.							
Omeprazole							
Oméprazole							
SRT	Orl	20mg	Van-Omeprazole	2432404	VAN	ABDEFGVW	0.4117
Co.L.L.							

**Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques**

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Ondansetron Ondansétron							
Tab	Orl	4mg	Van-Ondansetron	2448440	VAN	W (SA)	3.3495
Co.		8mg	Van-Ondansetron	2448467	VAN	W (SA)	5.1110
Pioglitazone							
Tab	Orl	15mg	Van-Pioglitazone	2434121	VAN	(SA)	0.5809
Co.		30mg	Van-Pioglitazone	2434148	VAN	(SA)	0.8139
		45mg	Van-Pioglitazone	2434156	VAN	(SA)	1.2237
Rizatriptan							
ODT	Orl	10mg	Van-Rizatriptan ODT	2448505	VAN	(SA)	3.7050
Co.D.O.							
Tab	Orl	5mg	Van-Rizatriptan	2428512	VAN	(SA)	3.7050
Co.		10mg	Van-Rizatriptan	2428520	VAN	(SA)	3.7050
Tenofovir Disoproxil Ténofovir Disoproxil							
Tab	Orl	300mg	Viread	2247128	GIL		19.4667
Co.			Apo-Tenofovir	2451980	APX		
			Auro-Tenofovir	2460173	ARO	(SA)	4.8884
			Mylan-Tenofovir Disoproxil	2452634	MYL		
			Teva-Tenofovir	2403889	TEV		
Tenoxicam Ténoxycam							
Tab	Orl	20mg	Tenoxicam	2230661	AAP	ADEFGVW	1.1783
Co.							
Zolmitriptan							
ODT	Orl	2.5mg	Van-Zolmitriptan ODT	2438763	VAN	(SA)	3.4313
Co.D.O.							

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM	
Bosentan Tab Co.	Orl	62.5mg	Mylan-Bosentan	2383497	MYL	(SA)	16.0447	
			pms-Bosentan	2383012	PMS			
			Sandoz Bosentan	2386275	SDZ			
			125mg	Mylan-Bosentan	2383500	MYL	(SA)	16.0447
				pms-Bosentan	2383020	PMS		
				Sandoz Bosentan	2386283	SDZ		
Clonazepam Clonazépam								
Tab Co.	Orl	0.25mg	pms-Clonazepam	2179660	PMS	ADEFGWW	0.0825	
Clozapine Tab Co.								
	Orl	50mg	Gen-Clozapine	2305003	MYL	ADEFGWW	1.3188	
		200mg	Gen-Clozapine	2305011	MYL	ADEFGWW	5.2892	
Diazepam Diazépam								
Liq Liq	Inj	5mg/mL	Diazepam (vial)	399728	SDZ	ADEFGWW	1.6415	
Dihydroergotamine Liq Liq								
	Nas	4mg/mL	Migranal	2228947	STR	ADEFGWW	13.8833	
Ferrous Sulphate Sulfate Ferreux Dps Gttes								
	Orl	75mg/mL	pms-Ferrous Sulphate	2222574	PMS	AEEFGV	0.1432	
		125mg/mL	pms-Ferrous Sulphate	816035	PMS	AEEFGV	0.2966	
Syr Sir.	Orl	150mg/5mL	Fer-In-Sol	17884	MJO	AEEFGV	0.0272	
			Ferodan	758469	ODN			
			pms-Ferrous sulphate	792675	PMS			
Fluconazole Cap Caps								
	Orl	150mg	Apo-Fluconazole	2241895	APX	ADEFGWW	3.6392	
			Mar-Fluconazole-150	2428792	MAR			
			pms-Fluconazole	2282348	PMS			
Ergocalciferol Ergocalciférol Cap Caps								
	Orl	5000IU	Osto-D2	2301911	PAL	AEEFGV	0.1986	
			D-Forte	2237450	EUR			
Fentanyl Pth Pth								
	Trd	37mcg	Sandoz Fentanyl	2327139	SDZ	W	8.5000	

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Fluoxetine Fluoxétine							
Cap	Orl	10mg	Ach-Fluoxetine	2393441	AHI		
Caps			Act Fluoxetine	2242177	ATV		
			Apo-Fluoxetine	2216353	APX		
			Auro-Fluoxetine	2385627	ARO		
			Fluoxetine	2286068	SAS		
			Fluoxetine	2374447	SIV	ADEFGVW	0.4595
			Jamp-Fluoxetine	2401894	JPC		
			Mar-Fluoxetine	2392909	MAR		
			Mint-Fluoxetine	2380560	MNT		
			Mylan-Fluoxetine	2237813	MYL		
			pms-Fluoxetine	2177579	PMS		
			Teva-Fluoxetine	2216582	TEV		
Glycopyrronium							
Liq	Inj	0.2mg/mL	Glycopyrrolate	2039508	SDZ	ADEFVW	3.9750
Liq							
Lithium Citrate							
Liq	Orl	8mmol/5mL	pms-Lithium Citrate	2074834	PMS	ADEFGVW	0.0708
Liq							
Lorazepam							
Liq	Inj	4mg/mL	Lorazepam	2243278	SDZ	ADEFVW	21.2000
Liq							
Metoclopramide							
Métoclopramide							
Liq	Inj	5mg/mL	Metoclopramide	2185431	SDZ	ADEFVW	3.3925
Liq							
Procyclidine							
Elx	Orl	2.5mg/5mL	pdp-Procyclidine	587362	PDP	ADEFGVW	0.2750
Elx.							
Tab	Orl	5mg	pdp-Procyclidine	587354	PDP	ADEFGVW	0.1406
Co.							
Sulfamethoxazole/Trimethoprim							
Sulfaméthoxazole/Triméthoprime							
Sus	Orl	40mg/8mg	Apo-Sulfatrim	445266	APX	ABDEFGVW	0.0911
Susp							
Tar							
Goudrons							
Liq	Top	20%	Odans LCD	358495	ODN	ADEFGV	0.0890
Liq							
Topiramate							
Tab	Orl	50mg	pms-Topiramate	2312085	PMS	ADEFGVW	1.1724
Co.							

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Triamcinolone							
Pst	Den	0.1%	Oracort	1964054	TAR	ADEFGVW	1.4040
Pst							
Triamcinolone/Neomycin/Nystatin/Gramicidin							
Triamcinolone/Néomycine/Nystatine/Gramicidine							
Crm	Top	1mg/2.5mg/1000000IU/0.25mg	Viaderm K-C	717002	TAR	ADEFGVW	0.2571
Cr.							
Ont	Top	1mg/2.5mg/1000000IU/0.25mg	Viaderm K-C	717029	TAR	ADEFGVW	0.6230
Ont							

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Bosentan Tab Co.	Orl	62.5mg	Act-Bosentan Teva-Bosentan	2386194 2398400	ATV TEV	(SA)
		125mg	Act-Bosentan Teva-Bosentan	2386208 2398419	ATV TEV	(SA)
Cloxacillin Cloxacilline Pws Pds.	Inj	500mg	Cloxacillin Sodium	1912429	TEV	ADEFGW
		1g	Cloxacillin Sodium	1975447	TEV	ADEFGW
		2g	Cloxacillin Sodium	1912410	TEV	ADEFGW
Diazepam Diazépam Liq Liq	Inj	5mg/mL	Diazepam (ampoule)	2386143	SDZ	ADEFGW
Fluconazole Cap Caps	Orl	150mg	Jamp-Fluconazole	2432471	JPC	ADEFGW
Fluoxetine Fluoxétine Cap Caps	Orl	10mg	Phl-Fluoxetine	2223481	PHL	ADEFGW
			Ran-Fluoxetine	2405695	RAN	
			Sandoz Fluoxetine	2243486	SDZ	
Gentamicin Gentamicine Crm Cr.	Top	0.1%	ratio-Gentamicin Sulfate	805386	RPH	ADEFGW
		0.2%	ratio-Gentamicin Sulfate	805025	RPH	ADEFGW
Morphine Hydrochloride Morphine (chlorhydrate de) Syr Sir.	Orl	1mg/mL	ratio-Morphine	607762	RPH	ADEFGW
		5mg/mL	ratio-Morphine	607770	RPH	ADEFGW
		10mg/mL	ratio-Morphine	690783	RPH	ADEFGW
		20mg/mL	ratio-Morphine	690791	RPH	ADEFGW

Bulletin n° 957

le 22 septembre 2017

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 22 septembre 2017.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- 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 relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Cobimétinib (Cotellic®)	comprimé de 20 mg	02452340	HLR	(SA)	PCF
	<p>Pour les patients qui présentent un mélanome non résecable ou métastatique BRAF V600-positif, lorsqu'utilisé en traitement de première intention, en association avec vémurafénib.</p> <p><u>Critère de renouvellement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé. <p><u>Notes cliniques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Les patients doivent avoir un bon statut de rendement. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou stables. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent. <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Cobimétinib ne sera pas remboursé pour les patients qui ont fait des progrès durant un traitement visant à inhiber le gène BRAF. Durée de l'approbation initiale : 6 mois. Durée de l'approbation du renouvellement : 6 mois. 				
Nicotine (Nic-Hit)	mini-pastille de 1 mg	80061161	NHI	(SA)	PAM
	mini-pastille de 2 mg	80059877			
	mini-pastille de 3 mg	80060747			
	mini-pastille de 4 mg	80059869			
<p>Pour l'abandon du tabac.</p> <p>Un maximum de 12 semaines de thérapie standard sera remboursé chaque année sans autorisation spéciale pour les thérapies de remplacement de la nicotine (timbres/gomme/pastilles) OU pour les médicaments d'ordonnance d'abandon du tabac, sans nicotine (Champix ou Zyban).</p> <p><u>Note pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Un maximum de 84 timbres et 960 morceaux de gomme ou pastilles à la nicotine sera remboursé par année sans autorisation spéciale. <p>Veuillez consulter la page Web des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick pour obtenir plus de détails sur la couverture des thérapies d'abandon du tabac.</p>					

Sacubitril/valsartan
(Entresto^{MC})

24 mg/26 mg comprimé pelliculé	02446928			
49 mg/51 mg comprimé pelliculé	02446936	NVR	(SA)	PCF
97 mg/103 mg comprimé pelliculé	02446944			

Pour le traitement visant la réduction du risque de décès cardiovasculaire et d'hospitalisation due à l'insuffisance cardiaque chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque de classe II ou III — selon la classification de la New York Heart Association (NYHA) — qui répondent aux critères suivants :

- Fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure à 40 %.
- Symptômes de classe II ou III, selon la NYHA, malgré au moins 4 semaines de traitement avec les médicaments suivants :
 - une dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II); et
 - une dose stable d'un bêtabloquant et d'autres traitements recommandés, y compris un antagoniste de l'aldostérone.
- Taux plasmatique de peptide natriurétique de type B (BNP) \geq 150 pg/ml ou du fragment N terminal du peptide natriurétique de type B (NT-proBNP) \geq 600 pg/ml.

Notes cliniques :

1. Un taux plasmatique de BNP \geq 100 pg/ml ou de NT-proBNP \geq 400 pg/ml sera pris en considération si le patient a été hospitalisé pour une insuffisance cardiaque au cours des 12 derniers mois.
2. Des détails doivent être fournis dans le cas des patients qui n'ont pas suivi un traitement de 4 semaines avec un bêtabloquant ou un antagoniste de l'aldostérone en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
---------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Nouvelle indication

Vémurafénib (Zelboraf[®])

comprimé pelliculé de 240 mg 02380242 HLR (SA) PCF

Pour les patients qui présentent un mélanome non résecable ou métastatique porteur d'une mutation BRAF V600, lorsqu'utilisé :

- en traitement de première intention, seul ou en association avec cobimétinib; ou
- en monothérapie comme traitement de deuxième intention, après un traitement d'immunothérapie ou de chimiothérapie.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être

- asymptomatiques ou stables.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Vémurafénib ne sera pas remboursé pour les patients qui ont fait des progrès durant un traitement visant à inhiber le gène BRAF.
- Durée de l'approbation initiale : 6 mois.
- Durée de l'approbation du renouvellement : 6 mois

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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Vandétanib (Caprelsa®)	comprimé de 100 mg	02378582	SAV	Traitement du cancer médullaire de la thyroïde symptomatique ou évolutif chez les patients ayant une maladie non résécable, localement avancée ou métastatique.
	comprimé de 300 mg	02378590		
Riociguat (Adempas®)	comprimé pelliculé de 0,5 mg	02412764	BAY	Hypertension artérielle pulmonaire (WHO Groupe 1)
	comprimé pelliculé de 1 mg	02412772		
	comprimé pelliculé de 1,5 mg	02412799		
	comprimé pelliculé de 2 mg	02412802		
	comprimé pelliculé de 2,5 mg	02412810		

Bulletin no 958

Le 29 septembre 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 29 septembre 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 20 octobre 2017, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 20 octobre 2017, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 29 septembre 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 octobre 2017. Avant le 20 octobre 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 octobre 2017.

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.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Clonidine Tab Co.	Orl	0.1mg	Mint-Clonidine	2462192	MNT	ADEFGV	0.0927
		0.2mg	Mint-Clonidine	2462206	MNT	ADEFGV	0.1653
Deferasirox Déférasirox Tab Co.	Orl	125mg	Sandoz Deferasirox	2464454	SDZ	(SA)	2.6204
		250mg	Sandoz Deferasirox	2464462	SDZ	(SA)	5.2410
		500mg	Sandoz Deferasirox	2464470	SDZ	(SA)	10.4824
Doxylamine / Pyridoxine SRT Co.L.L.	Orl	10mg / 10mg	Apo-Doxylamine/B6	2413248	APX	DEFG	0.6402
Erlotinib Tab Co	Orl	25mg	Apo-Erlotinib	2461862	APX	(SA)	6.9230
		100mg	Apo-Erlotinib	2461870	APX	(SA)	13.2000
		150mg	Apo-Erlotinib	2461889	APX	(SA)	19.8000
Emtricitabine / Tenofovir Disoproxil Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil Tab Co.	Orl	200mg / 300mg	Apo-Emtricitabine-Tenofovir	2452006	APX	(SA)	7.0582
Gliclazide ERT Co.L.P.	Orl	60mg	Mint-Gliclazide MR	2423294	MNT	ADEFVW	0.0632
			Ran-Gliclazide MR	2439328	RAN		
Hydralazine Tab Co.	Orl	10mg	Jamp-Hydralazine	2457865	JPC	ADEFGV	0.0709
		25mg	Jamp-Hydralazine	2457873	JPC	ADEFGV	0.1218
		50mg	Jamp-Hydralazine	2457881	JPC	ADEFGV	0.1912
Latanoprost Liq Liq	Oph	0.005%	Riva-Latanoprost	2341085	RIV	ADEFGV	3.6320
Levetiracetam Lévétiracétam Tab Co.	Orl	250mg	Sandoz Levetiracetam	2461986	SDZ	ADEFGV	0.4000
		500mg	Sandoz Levetiracetam	2461994	SDZ	ADEFGV	0.4875
		750mg	Sandoz Levetiracetam	2462001	SDZ	ADEFGV	0.6750

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Olopatadine Liq Oph Liq	Jamp-Olopatadine	2458411	JPC	ADEFGV	2.1714
Phenytoin Phénytoïne Cap Orl Caps	Dilantin Apo-Phenytoin Sodium	22780 2460912	PFI APX	ADEFGVW	0.0846 0.0665
Pregabalin Prégabaline Cap Orl Caps	Mylan-Pregabalin	2382210	MYL	W (SA)	0.2058
	Mylan-Pregabalin	2382229	MYL	W (SA)	0.3228
	Mylan-Pregabalin	2382237	MYL	W (SA)	0.4176
	Mylan-Pregabalin	2382245	MYL	W (SA)	0.5757
	Mylan-Pregabalin	2382253	MYL	W (SA)	0.5757

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Acetylsalicylic Acid / Oxycodone Acide Acétylsalicylique / Oxycodone Tab Orl 325mg / 5mg Co.	ratio-Oxycodan	608157	TEV	ADEFGVW	0.3220
Clinidium / Chlordiazepoxide Clinidium / Chlordiazépoixide Cap Orl 5mg / 2.5mg Caps	Librax Chlorax	115630 618454	VLN AAP	ADEFGVW	0.2451
Clonidine Tab Orl 0.1mg Co.	Teva-Clonidine	2046121	TEV	ADEFGVW	0.0927
	Teva-Clonidine	2046148	TEV	ADEFGVW	0.1653
Deferasirox Déférasirox Tab Orl 125mg Co.	Apo-Deferasirox Taro-Deferasirox Teva-Deferasirox	2461544 2463520 2407957	APX TAR TEV	(SA)	2.6204
	Apo-Deferasirox Taro-Deferasirox Teva-Deferasirox	2461552 2463539 2407965	APX TAR TEV	(SA)	5.2410
	Apo-Deferasirox Taro-Deferasirox Teva-Deferasirox	2461560 2463547 2407973	APX TAR TEV	(SA)	10.4824
Dexamethasone Dexaméthasone Tab Orl 2mg Co.	pms-Dexamethasone	2279363	PMS	ADEFGVW	0.4942
Erlotinib Tab Orl 25mg Co.	Teva-Erlotinib	2377691	TEV	(SA)	6.9230
	pms-Erlotinib Teva-Erlotinib	2454386 2377705	PMS TEV	(SA)	13.2000
	pms-Erlotinib Teva-Erlotinib	2454394 2377713	PMS TEV	(SA)	19.8000
Hydralazine Tab Orl 10mg Co.	Hydralazine	441619	AAP	ADEFGVW	0.0709
	Hydralazine	441627	AAP	ADEFGVW	0.1218
	Hydralazine	441635	AAP	ADEFGVW	0.1912

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Hydrocortisone / Zinc Sulfate Hydrocortisone / Zinc (sulfate de) Sup Rt 0.5% / 0.5% Supp.	ratio-Hemcort HC	607797	TEV	ADEFGVW	0.5833
Imipramine Tab Orl 75mg Co.	Imipramine	644579	AAP	ADEFGVW	0.6434
Ketoprofen Kétoprofène ECT Orl 50mg Co.Ent.	Keto-E	790435	AAP	ADEFGVW	0.3440
	Keto-E	842664	AAP	ADEFGVW	0.6959
Latanoprost Liq Oph 0.005% Liq	Act Latanoprost Apo-Latanoprost GD-Latanoprost Latanoprost pms-Latanoprost Sandoz Latanoprost	2254786 2296527 2373041 2375508 2317125 2367335	ATV APX GMD PMS PMS SDZ	ADEFGV	3.6320
Lidocaine Lidocaine Gel Top 2% Gel	Lidodan Jelly	2143879	ODN	AEFGV	0.3625
Nitrofurantoin Nitrofurantoine Tab Orl 50mg Co.	Nitrofurantoin	319511	AAP	ADEFGVW	0.1703
	Nitrofurantoin	312738	AAP	ADEFGVW	0.2272
Nystatin Nystatine Crm Vag 100,000IU Cr.	ratio-Nystatin	2194163	TEV	ADEFGVW	0.2553
Oxycodone Sup Rt 10mg Supp.	Supeudol	392480	SDZ	ADEFGVW	3.6313
Penicillin G Pénicilline G Pws Inj 1,000,000IU Pds.	Penicillin G Sodium	1930672	TEV	ADEFGVW	2.4000
	Penicillin G Sodium	883751	TEV	ADEFGVW	5.1000
	Penicillin G Sodium	1930680	TEV	ADEFGVW	8.9000

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Perphenazine Perphénazine							
Tab	Orl	2mg	Perphenazine	335134	AAP	ADEFGVW	0.0639
Co.		4mg	Perphenazine	335126	AAP	ADEFGVW	0.0773
		8mg	Perphenazine	335118	AAP	ADEFGVW	0.0849
		10mg	Perphenazine	335096	AAP	ADEFGVW	0.1300
Phenytoin Phénytoïne							
Liq	Inj	50mg/mL	Phenytoin Sodium	780626	SDZ	V	6.0785
Liq							
Primidone							
Tab	Orl	125mg	Primidone	399310	AAP	ADEFGVW	0.0564
Co.		250mg	Primidone	396761	AAP	ADEFGVW	0.0887

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Erythromycin Érythromycine						
Tab	Orl	500mg	Erythro-S	688568	AAP	ABDEFGVW
Co.						
Fluoxetine Fluoxétine						
Cap	Orl	10mg	Van-Fluoxetine	2432412	VAN	ADEFGVW
Caps						
		20mg	Van-Fluoxetine	2432420	VAN	ADEFGVW
Morphine						
Liq	Inj	25mg/mL	Morphine HP 25	676411	SDZ	ADEFGVW
Liq						
Testosterone Cypionate Testostérone (cypionate de)						
Liq	Inj	100mg	Sandoz Testosterone	2246063	SDZ	ADEFGVW
Liq						

Bulletin n° 959

le 24 octobre 2017

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 24 octobre 2017.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajout aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie

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@nbdruqs-medicamentsnb.ca. Vous pouvez consulter les mises à jour sur la page Web du PMONB au www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Ajout aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Emtricitabine/Ténofovir disoproxil (Truvada ^{MD}) et marques génériques	comprimés de 200 mg/300 mg	Voir formulaire des Régimes la de médicaments du N.-B. ou liste des PAM pour les produits.		ADEFGUV	PAM

Le 24 octobre 2017, l'insuline glargine (Basaglar^{MC}) sera ajoutée au formulaire à titre de garantie régulière en vertu des régimes A, D, E, F, G et V.

Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale visant la couverture de l'insuline glargine de marque Lantus[®] ne seront pas admissibles. Dans le cas des patients qui ont obtenu un paiement pour une demande de remboursement visant Lantus[®] entre le 1 novembre 2016 et le 31 octobre 2017, Lantus[®] continuera d'être couvert.

Insuline glargine (Basaglar ^{MC})	cartouche de 100 U/mL	02444844	LIL	ADEFGV	PCF
	stylo KwikPen 100 U/mL	02444852			

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

À compter du 24 octobre 2017, étanercept (Brenzys^{MC}) sera ajouté au formulaire pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante et de la polyarthrite rhumatoïde selon les critères d'autorisation spéciale énumérés ci-dessous.

Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale pour l'étanercept visant ces indications seront approuvées uniquement pour la marque d'étanercept Brenzys^{MC}. Les patients dont l'autorisation spéciale a été approuvée pour la marque d'étanercept Enbrel[®] avant le 24 octobre 2017 continueront d'être couverts pour cette marque. Ils seront également admissibles à la couverture de la marque Brenzys^{MC}.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Étanercept (Brenzys ^{MC})	solution injectable en seringues préremplies, 50 mg/mL	02455323	FRS	(SA)	PCF
	solution injectable en auto-injecteurs préremplis, 50 mg/mL	02455331			

Spondylarthrite ankylosante

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score de ≥ 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index-BASDAI]) 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 minimale 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 minimale de trois mois, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.

- 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 [QEEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

- 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.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les nouvelles demandes de couverture pour l'étanercept reçues après le 23 octobre 2017 seront approuvées uniquement pour la marque d'étanercept Brenzys.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par semaine.
- Approbation initiale : 6 mois
- Approbation de renouvellement : 1 an.

Polyarthrite rhumatoïde

- Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :
 - méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de ≥ 20 mg par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
 - méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être envisagé.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture d'une thérapie biologique peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.

- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les nouvelles demandes de couverture pour l'étanercept reçues après le 23 octobre 2017 seront approuvées uniquement pour la marque d'étanercept Brenzys.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par semaine.
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Dapagliflozine/Metformine (XigDuo®)	5 mg/850 mg comprimé pelliculé	02449935	AZE	(SA)	PCF
	5 mg/1000 mg comprimé pelliculé	02449943			

Pour le traitement du diabète de type 2 chez les patients dont l'état est déjà stable grâce à un traitement par la dapagliflozine et la metformine, pour remplacer la dapagliflozine et la metformine prises individuellement.

Rotigotine (Neupro®)	timbre transdermique de 2 mg	02403900	UCB	(SA)	PCF
	timbre transdermique de 4 mg	02403927			
	timbre transdermique de 6 mg	02403935			
	timbre transdermique de 8 mg	02403943			

Pour le traitement d'appoint de la maladie de Parkinson au stade avancé chez les patients qui reçoivent actuellement une association lévodopa-inhibiteur de la décarboxylase.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
---------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Nouvelle indication

Aflibercept (Eylea®)	solution de 40 mg/mL pour injection intravitréenne	02415992	BAY	(SA)	PCF
----------------------	--	----------	-----	------	-----

Occlusion de la veine rétinienne (OVR)

Traitement contre la déficience visuelle causée par un œdème maculaire secondaire à une occlusion de la veine rétinienne centrale (OVR) ou à une occlusion de la veine rétinienne branchiale (OVRB).

Notes cliniques :

1. Le traitement doit être administré une fois par mois jusqu'à l'atteinte de l'acuité visuelle maximale (c'est-à-dire acuité visuelle stable lors de trois évaluations mensuelles consécutives réalisées au cours du traitement). Par la suite, l'acuité visuelle doit être évaluée chaque mois.
2. Il faut recommencer le traitement lorsque le suivi révèle une baisse de l'acuité visuelle due à un œdème maculaire secondaire à une occlusion de la veine rétinienne (OVR) et le

poursuivre jusqu'à l'atteinte d'une acuité visuelle stable pendant trois mois consécutifs.

Notes pour les réclamations :

- Période d'approbation : un an.
- Veuillez consulter [Quantités à indiquer dans les demandes de règlement](#) pour connaître la bonne unité de mesure.

Critère révisé

Insuline glargine (Lantus®)

cartouche de 100 U/mL	02251930			
stylo préremplie SoloSTAR de 100 U/mL	02294338	SAV	(SA)	PCF
fiolle de 100 U/mL	02245689			

Pour le traitement des patients qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1 ou de type 2 et qui doivent prendre de l'insuline à action prolongée.

Note pour les réclamations :

- Les nouvelles demandes de couverture relatives à Lantus ne seront pas admissibles. L'insuline glargine de marque Basaglar est inscrite à titre de garantie régulière.

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant
Retrait de la liste Ergotamine/Phénobarbital/ Belladone (Bellergal® Spacetabs)	0,6 mg/40 mg/0,2 mg comprimé à libération prolongée	00176141	PAL
<p>À compter du 24 octobre 2017, les comprimés d'ergotamine/de phénobarbital/de belladone (Bellergal® Spacetabs) à libération prolongée de 0,6 mg/40 mg/0,2 mg seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.</p> <p>Il n'existe aucune preuve de l'efficacité de Bellergal® Spacetabs pour le traitement des symptômes de la ménopause, et ce médicament a été associé à des réactions indésirables graves, dont des cas d'AVC, de crise cardiaque et de complications fibreuses rares, ainsi qu'à un risque de dépendance.</p>			
Retrait de la liste Chlorhydrate de mépéridine (Demerol®)	comprimés de 50 mg	02138018	SAV
<p>À compter du 24 octobre 2017, les comprimés de mépéridine (Demerol®) à 50 mg seront retirés de la liste des produits assurés en vertu du Programme extra-mural. Demerol® a été retiré de la liste des médicaments admissibles du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en 1994. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles. Le Demerol® est associé à des risques accrus d'effets indésirables, comme la</p>			

neurotoxicité et les effets anticholinergiques, comparativement à d'autres opioïdes.

Retrait de la liste

Chlorhydrate de
pentazocine (Talwin®)

comprimés de 50 mg

02137984

SAV

À compter du 24 octobre 2017, les comprimés de pentazocine (Talwin®) à 50 mg seront retirés de la liste des produits assurés en vertu du Programme extra-mural. Talwin® a été retiré de la liste des médicaments admissibles du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick en 1994. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Le Talwin® est associé à des risques accrus d'effets indésirables, comme la confusion et des hallucinations, comparativement à d'autres opioïdes, et qu'il y a peu de preuves démontrant son efficacité.

Bulletin no 960

Le 31 octobre 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 31 octobre 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 21 novembre 2017, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 novembre 2017, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 octobre 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 novembre 2017. Avant le 21 novembre 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 novembre 2017.

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.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp.

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Capecitabine Capécitabine							
Tab	Orl	150mg	Taro-Capecitabine	2457490	TAR	(SA)	0.4575
Co.		500mg	Taro-Capecitabine	2457504	TAR	(SA)	1.5250
Citalopram							
Tab	Orl	20mg	CCP-Citalopram	2459914	CCM	ADEFGVW	0.2397
Co.		40mg	CCP-Citalopram	2459922	CCM	ADEFGVW	0.2397
Clindamycin Clindamycine							
Cap	Orl	150mg	Auro-Clindamycin	2436906	ARO	ABDEFGVW	0.2217
Caps							
Dorzolamide / Timolol							
Liq	Oph	2% / 0.5%	Riva-Dorzolamide/Timolol	2441659	RIV	ADEFGV	1.9887
Liq							
Itraconazole							
Cap	Orl	100mg	Sporanox	2047454	JAN	(SA)	4.6200
Caps			Mint-Itraconazole	2462559	MNT		3.9270
Latanoprost /Timolol							
Liq	Oph	0.005% / 0.5%	Riva-Latanoprost/Timolol	2459205	RIV	ADEFGV	4.4268
Liq							
Nicotine							
Pth	Trd	7mg	Pharmasave Nicotine Patch	80014321	PSV	(SA)	2.2857
Pth		14mg	Pharmasave Nicotine Patch	80013549	PSV	(SA)	2.2857
		21mg	Pharmasave Nicotine Patch	80014250	PSV	(SA)	2.2857
Olopatadine							
Liq	Oph	0.1%	Apo-Olopatadine	2305054	APX	ADEFGV	2.1714
Liq		0.2%	Apo-Olopatadine	2402823	APX	ADEFGV	4.3428
Ondansetron Ondansétron							
Tab	Orl	4mg	CCP-Ondansetron	2458810	CCM	W (SA)	3.2720
Co.		8mg	CCP-Ondansetron	2458802	CCM	W (SA)	4.9930
Rosiglitazone							
Tab	Orl	2mg	Avandia	2241112	GSK	(SA)	1.3967
Co.			Apo-Rosiglitazone	2403366	APX		1.0316
		4mg	Avandia	2241113	GSK	(SA)	2.1940
			Apo-Rosiglitazone	2403374	APX		1.6188

Generic Drug Product Additions
Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Rosiglitazone Tab Orl Co.	8mg Avandia Apo-Rosiglitazone	2241114 2403382	GSK APX	(SA)	3.1375 2.3150
Solifenacin Solifénacine Tab Orl Co.	5mg Solifenacin Succinate	2448335	MDN	ADEFGV	0.4223
	10mg Solifenacin Succinate	2448343	MDN	ADEFGV	0.4223

Generic Drug Price Changes
Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Ondansetron							
Ondansétron							
Tab	Orl	8mg	Act Ondansetron	2296357	ATV		
Co.			Apo-Ondansetron	2288192	APX		
			Jamp-Ondansetron	2313693	JPC		
			Mar-Ondansetron	2371758	MAR		
			Mint-Ondansetron	2305267	MNT		
			Mylan-Ondansetron	2297876	MYL		
			Nat-Ondansetron	2417847	NAT	W (SA)	4.9930
			Ondansetron	2421410	SAS		
			pms-Ondansetron	2258196	PMS		
			Sandoz Ondansetron	2274329	SDZ		
			Septa-Ondansetron	2376105	SPT		
			Teva-Ondansetron	2264064	TEV		
			Van-Ondansetron	2448467	VAN		

Delisted Generic Drug Products
Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Acetylsalicylic Acid Acide Acétylsalicylique ECT Orl 325mg Co.Ent	Entrophen	10332	PDP	AEFGVW
Ondansetron Ondansétron Tab Orl 4mg Co.	Ondansetron-Odan Phl-Ondansetron Ran-Ondansetron	2306212 2278618 2312247	ODN PHL RAN	W (SA)
	Ondansetron-Odan Phl-Ondansetron Ran-Ondansetron	2306220 2278626 2312255	ODN PHL RAN	W (SA)

Bulletin no 961

Le 30 novembre 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 30 novembre 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 21 décembre 2017, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 décembre 2017, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 30 novembre 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 décembre 2017. Avant le 21 décembre 2017, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 décembre 2017.

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.

Generic Drug Product Additions / Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Ciprofloxacin Ciprofloxacine Tab Orl 750mg Co.	Mint-Ciproflox	2423588	MNT	BW (SA)	1.2780
Flecainide Flécainide Tab Orl 50mg Co.	Auro-Flecainide	2459957	ARO	ADEFGWW	0.2778
	Auro-Flecainide	2459965	ARO	ADEFGWW	0.5558
Pantoprazole Magnesium Pantoprazole magnésien ECT Orl 40mg Co.Ent.	Pantoprazole T	2466147	SAS	ABDEFGWW	0.1875
Potassium Chloride Chlorure de potassium SRC Orl 600mg Caps.L.L.	Micro-K Jamp-Potassium Chloride ER	2042304 80062704	PAL JPC	ADEFGWW	0.0979 0.0822
Sodium Chloride Chlorure de sodium Dps Oph 5% Gttes	Muro 128 Odan-Sodium Chloride	750824 80046737	BSH ODN	AIEFGWW	0.6880 0.5570

Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Acetaminophen / Caffeine / Codeine Acétaminophène / Caféine / Codéine Tab Orl 325mg / 15mg / 15mg Co.	Tylenol No. 2 ratio-Lenoltec #2	2163934 653241	JAN RPH	ADEFGWW	0.0847
	Tylenol No. 3 ratio-Lenoltec #3	2163926 653276	JAN RPH	ADEFGWW	0.0889
Acetaminophen / Codeine Acétaminophène / Codéine Tab Orl 300mg / 30mg Co.	ratio-Emtec-30	608882	RPH	ADEFGWW	0.1300
	Tylenol No. 4 ratio-Lenoltec #4	2163918 621463	JAN RPH	ADEFGWW	0.1605
Chlorpromazine Tab Orl 25mg Co.	Teva-Chlorpromazine	232823	TEV	ADEFGWW	0.2454
	Teva-Chlorpromazine	232807	TEV	ADEFGWW	0.2808
	Teva-Chlorpromazine	232831	TEV	ADEFGWW	0.7475

Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Codeine Codéine							
Tab Co.	Orl	15mg	ratio-Codeine	593435	RPH	ADEFGVW	0.0542
		30mg	ratio-Codeine	593451	RPH	ADEFGVW	0.0966
Dorzolamide Liq Liq							
	Oph	2%	Sandoz Dorzolamide	2316307	SDZ	ADEFGV	2.1081
Digoxin Digoxine							
Liq Liq	Orl	0.05mg/mL	Toloxin	2242320	PDP	ADEFGVW	1.1380
Tab Co.	Orl	0.0625mg	Toloxin	2335700	PDP	ADEFGVW	0.2617
		0.125mg	Toloxin	2335719	PDP	ADEFGVW	0.2617
		0.25mg	Toloxin	2335727	PDP	ADEFGVW	0.2617
Flecainide Flécaïnide							
Tab Co.	Orl	50mg	Flecainide	2275538	AAP	ADEFGVW	0.2778
		100mg	Flecainide	2275546	AAP	ADEFGVW	0.5558
Fluphenazine Fluphénazine							
Tab Co.	Orl	1mg	Fluphenazine	405345	AAP	ADEFGVW	0.1786
		2mg	Fluphenazine	410632	AAP	ADEFGVW	0.2297
		5mg	Fluphenazine	405361	AAP	ADEFGVW	0.3753
Morphine Sulfate Morphine (sulfate de)							
Liq Liq	Inj	10mg/mL	Morphine Sulfate	392588	SDZ	ADEFGVW	2.3860
		15mg/mL	Morphine Sulfate	392561	SDZ	ADEFGVW	2.5280
		50mg/mL	Morphine HP-50	617288	SDZ	ADEFGVW	7.1610
Phenobarbital Phénobarbital							
Tab Co.	Orl	15mg	Phenobarbital	178799	PDP	ADEFGVW	0.1251
		30mg	Phenobarbital	178802	PDP	ADEFGVW	0.1489
		60mg	Phenobarbital	178810	PDP	ADEFGVW	0.2020
		100mg	Phenobarbital	178829	PDP	ADEFGVW	0.2765

Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Polystyrene Sulfonate Polystyrène Sulfonate Sus Orl 250mg/mL Susp	Solystat	769541	PDP	ADEFGWW	0.1595
Prednisone Tab Orl 1mg Co.	Winpred	271373	AAP	ADEFGVW	0.1072
Prochlorperazine Prochlorpérazine Tab Orl 5mg Co.	Prochlorazine	886440	AAP	ADEFGWW	0.1692
	Prochlorazine	886432	AAP	ADEFGWW	0.2066
Sulfasalazine ECT Orl 500mg Co.Ent	Salazopyrin EN pms-Sulfasalazine EC	2064472 598488	PFI PMS	ADEFGWW	0.3641
Tab Orl 500mg Co.	Salazopyrin pms-Sulfasalazine	2064480 598461	PFI PMS	ADEFGWW	0.2392
Theophylline Théophylline SRT Orl 100mg Co.L.L.	Apo-Theo LA	692689	APX	ADEFGWW	0.1300
	Apo-Theo LA	692697	APX	ADEFGWW	0.1350
	Apo-Theo LA	692700	APX	ADEFGWW	0.1817

Delisted Generic Drug Products / Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage	Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Acetylsalicylic Acid / Caffeine / Codeine Acide acétylsalicylique / Caféine / Codéine Tab Orl 375mg / 30mg / 30mg Co.		292 2238645	PDP	ADEFGWW

Horaire des Fêtes 2017

Des représentants des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront présents selon cet horaire pendant la période des Fêtes 2017 :

Date	Heures
Samedi 23 décembre	Fermé
Dimanche 24 décembre	Fermé
Lundi 25 décembre	Fermé
Mardi 26 décembre	Fermé
Mercredi 27 décembre	8 h à 17 h (heures régulières)
Jeudi 28 décembre	8 h à 17 h (heures régulières)
Vendredi 29 décembre	8 h à 17 h (heures régulières)
Samedi 30 décembre	Fermé
Dimanche 31 décembre	Fermé
Lundi 1 ^{er} janvier	Fermé

En raison des congés des Fêtes, le calendrier de paiements pour les fournisseurs participants des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick a été modifié comme suit :

- Le paiement pour les demandes de règlement traitées entre le 12 et le 28 décembre sera déposé le 3 janvier 2018.
- Le paiement pour les demandes de règlement traitées entre le 29 et le 8 janvier sera déposé le 12 janvier 2018.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au **1 800 332-3692**.

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.

Bulletin n° 963

le 15 décembre 2017

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 15 décembre 2017.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie
- 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

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Fluoxétine (marques génériques)	solution orale de 20 mg/5 mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		(SA)	PAM
Pour les patients chez qui les capsules orales ne sont pas une option.					
Lenvatinib (Lenvima ^{MC})	emballage favorisant l'observance, 10 mg/dose	02450321			
	emballage favorisant l'observance, 14 mg/dose	02450313			
	emballage favorisant l'observance, 20 mg/dose	02450305	EIS	(SA)	PCF
	emballage favorisant l'observance, 24 mg/dose	02450291			
<p>Pour le traitement du cancer différencié de la thyroïde, évolutif et localement récidivant ou métastatique, chez les patients qui répondent aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • cancer papillaire ou folliculaire de la thyroïde confirmé sur le plan pathologique, et • maladie réfractaire ou résistante à l'iode radioactif, et • signes radiographiques de progression de la maladie dans les 13 mois précédents, et • pas plus d'un traitement antérieur par un inhibiteur de tyrosine kinase (ITK). <p>Critère de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé. <p><u>Notes cliniques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient doit présenter un bon indice de performance. 2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent. <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation initiale : 1 an • Période d'approbation du renouvellement : 1 an 					

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Axitinib (Inlyta ^{MD})	comprimés de 1 mg comprimés de 5 mg	02389630 02389649	PFI	(SA)	PCF

Pour le traitement de deuxième intention de l'adénocarcinome rénal métastatique après l'échec d'un traitement antérieur par une cytokine ou un inhibiteur de tyrosine kinase.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- L'utilisation séquentielle de l'axitinib et de l'évérolimus ne sera pas remboursée. Une exception pourrait être envisagée en cas d'intolérance ou de contre-indication sans progression de la maladie.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Critère révisé

Ciprofloxacine (Ciloxan^{MD})

onguent ophtalmique de 0,3 % 02200864 NVR (SA) PCF

Ciprofloxacine (Ciloxan^{MD}
et marques génériques)

solution ophtalmique de 0,3 % Voir formulaire des Régimes
de médicaments du N.-B. ou
la liste des PAM pour les
produits (SA) PAM

- Pour le traitement des infections ophtalmiques causées par des bactéries sensibles.
- Pour la prévention des infections ophtalmiques associées à une chirurgie oculaire non urgente.

Notes pour les réclamations :

- Les ordonnances rédigées par des ophtalmologistes et des optométristes prescripteurs du Nouveau-Brunswick ne nécessitent pas d'autorisation spéciale.

Critère révisé

Entécavir (Baraclude^{MC}
et marques génériques)

comprimés à 0,5 mg Voir formulaire des Régimes
de médicaments du N.-B. ou
la liste des PAM pour les
produits (SA) PAM

Pour le traitement de l'hépatite B.

Notes pour les réclamations :

- Le médicament doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue, un infectiologue ou un autre médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'hépatite B.

Critère révisé et Nouvelle indication

Imatinib (Gleevec^{MD} et marques génériques)

comprimés de 100 mg
comprimés de 400 mg

Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits

(SA)

PAM

Leucémie lymphoblastique aiguë à chromosome Philadelphie positif (LLA Ph+)

Pour le traitement de la LLA Ph+.

Leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie positif (LMC Ph+)

Pour le traitement de la LMC Ph+ en phase chronique, en crise blastique ou en phase d'accélération.

Tumeur stromale gastro-intestinale (TSGI)

1. Pour le traitement adjuvant des patients qui présentent un risque élevé de récurrence à la suite d'une résection complète de TSGI exprimant c-Kit, pendant une période maximale de trois ans.
2. Pour le traitement des TSGI exprimant c-Kit, non résécables et/ou métastatiques.

Critère révisé

Ofloxacin (Ocuflor^{MD} et marques génériques)

solution ophtalmique à 0,3 %

Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits

(SA)

PAM

- Pour le traitement des infections ophtalmiques causées par des bactéries sensibles.
- Pour la prévention des infections ophtalmiques associées à une chirurgie oculaire non urgente.

Notes pour les réclamations :

- Les ordonnances rédigées par des ophtalmologistes et des optométristes prescripteurs du Nouveau-Brunswick ne nécessitent pas d'autorisation spéciale.

Nouvelle puissance

Somatropine (Omnitrope^{MD})

cartouche de 15 mg/1,5 mL

02459647

SDZ

(SA)

PCF

Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par ou avec consultation d'un endocrinologue
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

Critère révisé

Ténofovir disoproxil
(Viread^{MD} et marques
génériques)

comprimés de 300 mg

Voir formulaire des Régimes
de médicaments du N.-B. ou
la liste des PAM pour les
produits

(SA)

PAM

Pour le traitement de l'hépatite B.

Notes pour les réclamations :

- Le médicament doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue, un infectiologue ou un autre médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'hépatite B.

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant
---------	--------	-----	-----------

Retrait de la liste

Oxtriphylline
(Choledyl Élixir^{MD})

solution orale de 100 mg/ 5 mL

00476366

ERF

À compter du 15 décembre 2017, l'élixir d'oxtriphylline (Choledyl Elixir^{MC}) solution orale de 100 mg/5 ml sera retiré du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Il n'y a aucune preuve de l'efficacité du Choledyl Elixir[®] et d'autres agents pour le traitement de l'asthme ou de la maladie pulmonaire obstructive chronique sont plus sécuritaires et efficaces.

Retrait de la liste

Vancomycine (Vancocin^{MD})

capsule de 250 mg

00788716

MRS

Jamp-Vancomycin

capsule de 250 mg

02407752

JPC

Vancomycin Hydrochloride

capsule de 250 mg

02377489

FKB

À compter du 15 décembre 2017, la vancomycine en capsules de 250 mg sera retirée du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Aucune donnée probante n'indique que la vancomycine à 250 mg prise quatre fois par jour est plus efficace que la dose de 125 mg prise quatre fois par jour dans le traitement des infections symptomatiques à Clostridium difficile.

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 comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Apremilast (Otezla ^{MD})	comprimés de 10 mg comprimés de 30 mg	02434318 02434334	CEL	Psoriasis en plaques modéré à grave
Apremilast (Otezla ^{MD})	comprimés de 10 mg comprimés de 30 mg	02434318 02434334	CEL	Arthrite psoriasique
Dénosumab (Xgeva ^{MD})	Fiole à usage unique de 120 mg/1,7 mL	02368153	AGA	Prévention des complications squelettiques chez les patients atteints de métastases osseuses découlant du cancer du sein
Dénosumab (Xgeva ^{MD})	Fiole à usage unique de 120 mg/1,7 mL	02368153	AGA	Prévention des complications squelettiques chez les patients atteints de métastases osseuses découlant de tumeurs solides
Oxtriphylline et de guaifénésine (Choledyl Élixir Expectorant ^{MD})	solution orale de 100 mg/50 mg/5 mL	00476374	ERF	Soulagement des symptômes de la bronchoconstriction réversible et fluidification des mucosités

Bulletin no 964

Le 21 décembre 2017

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Vous trouverez ci-joint une liste des **mises à jour apportées aux médicaments génériques** du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Ajouts de médicaments génériques

- À compter du 21 décembre 2017, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- À compter du 11 janvier 2018, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 11 janvier 2018, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Changements de prix des médicaments génériques

- Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 21 décembre 2017 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 11 janvier 2018. Avant le 11 janvier 2018, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

Produits génériques retirés du formulaire

- Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 11 janvier 2018.

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.

Generic Drug Product Additions / Ajouts de médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Anastrozole Tab Orl Co.			CCP-Anastrozole	2458799	CCM	ADEFVW	1.2729
Atenolol Aténolol Tab Orl Co.			Atenolol	2466465	SAS	ADEFGVW	0.1437
			Atenolol	2466473	SAS	ADEFGVW	0.2362
Escitalopram Tab Orl Co.			ACH-Escitalopram	2434652	AHI	ADEFGVW	0.4318
			ACH-Escitalopram	2434660	AHI	ADEFGVW	0.4597
Moxifloxacin Moxifloxacin Tab Orl Co.			Sandoz Moxifloxacin	2383381	SDZ	VW (SA)	1.5230
Propafenone Propafénone Tab Orl Co.			Mylan-Propafenone	2457172	MYL	ADEFGVW	0.2965
			Mylan-Propafenone	2457164	MYL	ADEFGVW	0.5227
Testosterone Testostérone Gel Top Gel			AndroGel Packets	2245345	BGP	(SA)	0.8920
			Taro-Testosterone Gel	2463792	TAR	(SA)	0.6690
			AndroGel Packets	2245346	BGP	(SA)	0.7887
			Taro-Testosterone Gel	2463806	TAR	(SA)	0.5915

Generic Drug Price Changes / Changements de prix des médicaments génériques

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes	MAP PAM
Phenobarbital Phénobarbital Elx Orl Elx			Phenobarbital	645575	PDP	ADEFGVW	0.1275

Delisted Generic Drug Products / Produits génériques retirés du formulaire

Drug/Form/Route/Strength Médicament/Forme/Voie/Dosage			Tradename Marque de commerce	DIN NIP	MFR FAB	Plans Régimes
Codeine Codéine Syr Sir	Orl	5mg/mL	ratio-Codeine	779474	TEV	ADEFGVW