

Bulletin n° 1070

Le 20 janvier 2022

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 20 janvier 2022.

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.

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|---|---|---|-----------|---------|--------------|
| Fénofibrate EZ (Lipidil EZ et marques génériques) | comprimé pelliculé de 48 mg comprimé pelliculé de 145 mg | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ADEFGV | PAM |

L'autorisation spéciale n'est plus requise

| | | | | | |
|--|-------------------------|---|--|--------|-----|
| Acide zolédronique (Aclasta et marques génériques) | flacon de 5 mg / 100 mL | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ADEFGV | PAM |
|--|-------------------------|---|--|--------|-----|

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|---|--|----------|-----------|---------|--------------|
| Mométasone / Glycopyrronium / Indacatérol (Enerzair Breezhaler) | poudre sèche pour inhalation de 160 mcg / 50 mcg / 150 mcg | 02501244 | NVR | (SA) | PCF |

Pour le traitement de l'asthme chez les patients dont l'état n'est pas bien maîtrisé par un corticostéroïde pour inhalation pris en dose intermédiaire ou élevée et un bêta2-agoniste à longue durée d'action et qui ont présenté une ou plusieurs exacerbations de l'asthme au cours des 12 derniers mois.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|--|-------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| Nouvelle indication Apalutamide (Erleada) | comprimé de 60 mg | 02478374 | JAN | (SA) | PCF |

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm) qui n'ont jamais eu de TAA ou qui sont dans les 6 mois du début d'un TAA, pour un cancer métastatique.

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 indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'apalutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'enzalutamide.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Nouvelle indication

Enzalutamide
(Xtandi)

capsule de 40 mg 02407329 ASL (SA) PCF

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm) qui n'ont jamais eu de TAA ou qui sont dans les 6 mois du début d'un TAA, pour un cancer métastatique.

Critères 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 indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'enzalutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'apalutamide.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Indication |
|----------------------------------|-------------------------------|----------|-----------|--|
| Liraglutide (Saxenda) | stylo prérempli de 6 mg/mL | 02437899 | NNO | Pour la gestion du poids à long terme chez les adultes. |

Bulletin n° 1071

Le 31 janvier 2022

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

Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 31 janvier 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 février 2022. Avant le 21 février 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 janvier 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 février 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|--------------------|-----------------------|----------|---------|---------------------|
| Alendronate | | | | | | |
| Co. | Orl | 70 mg | Riva-Alendronate | 02270889 | RIV | ADEFGV 2.1014 |
| Anastrozole | | | | | | |
| Co. | Orl | 1 mg | Riva-Anastrozole | 02392259 | RIV | ADEFV 0.9522 |
| Atorvastatine | | | | | | |
| Co. | Orl | 10 mg | Atorvastatin | 02475022 | RIV | ADEFGV 0.1743 |
| | | | Atorvastatin | 02348705 | SAS | |
| | | 20 mg | Atorvastatin | 02475030 | RIV | ADEFGV 0.2179 |
| | | | Atorvastatin | 02348713 | SAS | |
| | | 40 mg | Atorvastatin | 02475049 | RIV | ADEFGV 0.2342 |
| | | | Atorvastatin | 02348721 | SAS | |
| | | 80 mg | Atorvastatin | 02475057 | RIV | ADEFGV 0.2342 |
| | | | Atorvastatin | 02348748 | SAS | |
| Azithromycine | | | | | | |
| Co. | Orl | 250 mg | Riva-Azithromycin | 02275309 | RIV | ABDEFGVW 0.9410 |
| Brimonidine | | | | | | |
| Liq | Oph | 0,2% | Med-Brimonidine | 02507811 | GMP | ADEFGV 1.1550 |
| Bromazépam | | | | | | |
| Co. | Orl | 3 mg | Apo-Bromazepam | 02177161 | APX | ADEFGV 0.0897 |
| | | 6 mg | Apo-Bromazepam | 02177188 | APX | ADEFGV 0.1310 |
| Clindamycine | | | | | | |
| Caps | Orl | 150 mg | Riva-Clindamycin | 02468476 | RIV | ADEFGVW 0.2217 |
| | | 300 mg | Riva-Clindamycin | 02468484 | RIV | ADEFGVW 0.4434 |
| Desmopressine | | | | | | |
| Co. | Orl | 0,2 mg | pms-Desmopressin | 02304376 | PMS | DEF-18G (SA) 1.3216 |
| Donépézil | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Donepezil | 02475278 | RIV | (SA) 0.4586 |
| | | 10 mg | Donepezil | 02475286 | RIV | (SA) 0.4586 |
| Finastéride | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Riva-Finasteride | 02455013 | RIV | ADEFGV 0.4138 |
| Fumarate de Diméthyle | | | | | | |
| Caps.L.R. | Orl | 120 mg | GLN-Dimethyl Fumarate | 02494809 | GLM | (SA) 4.4266 |
| | | 240 mg | GLN-Dimethyl Fumarate | 02494817 | GLM | (SA) 8.6888 |

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|--------------|-----------------------------|----------|-----|----------|---------|
| Létrozole | | | | | | | |
| Co. | Orl | 2,5 mg | Riva-Letrozole | 02398656 | RIV | ADEFV | 1.3780 |
| Méropénem | | | | | | | |
| Pds. | Inj | 1 g | Meropenem for Injection | 02378795 | SDZ | ADEFGVW | 18.4450 |
| Pantoprazole Sodique | | | | | | | |
| Co.Ent | Orl | 20 mg | Jamp Pantoprazole Sodium | 02392615 | JPC | ADEFGV | 0.1803 |
| Pipéracilline / Tazobactam | | | | | | | |
| Pds. | Inj | 12 g / 1,5 g | Piperacillin and Tazobactam | 02330547 | SDZ | ABDEFGVW | 67.5000 |
| Telmisartan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 40 mg | NRA-Telmisartan | 02503794 | NRA | ADEFGV | 0.2161 |
| | | 80 mg | NRA-Telmisartan | 02503808 | NRA | ADEFGV | 0.2161 |
| Ursodiol | | | | | | | |
| Co. | Orl | 250 mg | Ursodiol C | 02515520 | SAS | ADEFGV | 0.3818 |
| | | 500 mg | Ursodiol C | 02515539 | SAS | ADEFGV | 0.7242 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|--------|--------------------------|----------|-----|---------|--------|
| Bromazépam | | | | | | | |
| Co. | Orl | 3 mg | Teva-Bromazepam | 02230584 | TEV | ADEFGV | 0.0897 |
| | | 6 mg | Teva-Bromazepam | 02230585 | TEV | ADEFGV | 0.1310 |
| Exemestane | | | | | | | |
| Co. | Orl | 25 mg | Act Exemestane | 02390183 | TEV | | |
| | | | Med-Exemestane | 02407841 | GMP | ADEFV | 1.2947 |
| | | | Teva-Exemestane | 02408473 | TEV | | |
| Médroxyprogestérone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 2,5 mg | Apo-Medroxy | 02244726 | APX | | |
| | | | Teva-Medroxyprogesterone | 02221284 | TEV | ADEFGV | 0.1183 |
| Morphine | | | | | | | |
| Co.L.L. | Orl | 15 mg | Sandoz Morphine SR | 02244790 | SDZ | | |
| | | | Teva-Morphine SR | 02302764 | TEV | ADEFGVW | 0.4145 |
| Pindolol | | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Apo-Pindol | 00755877 | APX | | |
| | | | Teva-Pindolol | 00869007 | TEV | ADEFGV | 0.3699 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|-------|--|----------------------|------------|---------|--------|
| Pindolol | | | | | | | |
| Co. | Orl | 10 mg | Apo-Pindol Teva-Pindolol | 00755885 00869015 | APX TEV | ADEFGV | 0.6315 |
| Rizatriptan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Apo-Rizatriptan Jamp-Rizatriptan IR | 02393468 02429233 | APX JPC | ADEFGV | 7.4100 |
| Timolol | | | | | | | |
| Gttes | Oph | 0,25% | Sandoz Timolol Maleate | 02166712 | SDZ | ADEFGV | 2.3503 |

Produits retirés du formulaire

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes |
|---------------------------------|-----|-------|--------------------|----------|-----|---------|
| Produit retiré du marché | | | | | | |
| Rizatriptan | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Jamp-Rizatriptan | 02380455 | JPC | ADEFGV |
| Timolol | | | | | | |
| Gttes | Oph | 0,25% | pms-Timolol | 02083353 | PMS | ADEFGV |

Bulletin n° 1072

Le 17 février 2022

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 17 février 2022.

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.

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|---|---|----------|-----------|---------|--------------|
| Halobétasol Propionate/ Tazarotène (Duobrii) | lotion à 0,01 % / 0,045 % | 02499967 | BSL | ADEFGV | PCF |
| L'autorisation spéciale n'est plus requise | | | | | |
| Buprénorphine (Sublocade) | seringue préremplie de 100 mg / 0,5 mL | 02483084 | IUK | ADEFGV | PCF |
| | seringue préremplie de 300 mg / 1,5 mL | 02483092 | | | |
| Buprénorphine (Sublocade étiqueté aux États-Unis) | seringue préremplie de 100 mg / 0,5 mL | 09858127 | | | |
| | seringue préremplie de 300 mg / 1,5 mL | 09858128 | | | |

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|-----------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| Glucagon (Baqsimi) | poudre nasale de 3 mg | 02492415 | LIL | (SA) | PCF |

Pour les patients sous insuline qui présentent un risque élevé d'hypoglycémie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 2 doses sera remboursé annuellement sans autorisation spéciale pour les personnes qui ont eu une demande de règlement pour de l'insuline dans les 12 mois précédents.
- Les demandes d'autorisation spéciale pour des doses supplémentaires seront acceptées pour un maximum d'une dose par mois.

1. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif nouvellement diagnostiqué, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Présenter une réponse radiographique complète ou partielle après au moins 4 cycles d'une chimiothérapie de première intention à base de sels de platine;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes;
 - Présenter des tumeurs de haut grade séreuses ou endométrioïdes de stade III ou IV selon les critères de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.
- Les demandes pour un traitement se poursuivant au-delà de 3 ans ne seront pas admissibles.

Notes cliniques :

1. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, la progression de la maladie ou l'achèvement de 3 ans de traitement, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le niraparib en association avec le bévacizumab ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

2. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, récidivant et sensible aux sels de platine de type histologique séreux ou endométrioïde de haut grade, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Avoir reçu au moins 2 traitements antérieurs de chimiothérapie à base de sels de platine;
 - Avoir reçu au moins 4 cycles de la chimiothérapie à base de sels de platine la plus récente et présenter une réponse radiographique complète ou partielle;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. La sensibilité aux sels de platine est définie comme une progression de la maladie survenant au moins six mois après la fin d'une chimiothérapie à base de sels de platine.
2. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.

3. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable ou la progression de la maladie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le niraparib ne seront pas admissibles pour les patientes dont la maladie a progressé alors qu'elles recevaient un inhibiteur de la PARP ou qui ont reçu un traitement complet par un inhibiteur de la PARP au cours d'un traitement antérieur.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|--|--------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| Critère révisé - Anticoagulants oraux directs | | | | | |
| Apixaban (Eliquis) | comprimé de 2,5 mg | 02377233 | BRI | (SA) | PCF |
| | comprimé de 5 mg | 02397714 | | | |
| Edoxaban (Lixiana) | comprimé de 15 mg | 02458640 | SEV | (SA) | PCF |
| | comprimé de 30 mg | 02458659 | | | |
| | comprimé de 60 mg | 02458667 | | | |
| Rivaroxaban (Xarelto) | comprimé de 15 mg | 02378604 | BAY | (SA) | PCF |
| | comprimé de 20 mg | 02378612 | | | |

Fibrillation auriculaire

Indiqué pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients ou patientes présentant une fibrillation auriculaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

Traitement de l'accident thromboembolique veineux

Pour le traitement de thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois.

| | | | | |
|--------------------------|-------------------|---|------|-----|
| Dabigatrane (Pradaxa) | capsule de 110 mg | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | (SA) | PAM |
| | capsule de 150 mg | | | |

Indiqué pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients ou patientes présentant une fibrillation auriculaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

Critère réviséOlaparib
(Lynparza)comprimé de 100 mg
comprimé de 150 mg

02475200

02475219

AZE

(SA)

PCF

1. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes qui ont reçu un diagnostic récent de cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou de carcinome péritonéal primitif avec mutation (germinale ou somatique) d'un gène BRCA, et qui répondent à tous les critères suivants :
 - Présenter une réponse radiographique complète ou partielle après au moins 4 cycles d'une chimiothérapie de première intention à base de sels de platine;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes;
 - Présenter des tumeurs de haut grade séreuses ou endométrioïdes de stade III ou IV selon les critères de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.
- Les demandes pour un traitement se poursuivant au-delà de 2 ans ne seront pas admissibles .

Notes cliniques :

1. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, la progression de la maladie ou l'achèvement de 2 ans de traitement, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour l'olaparib en association avec le bévacicumab ne seront pas admissibles.
 - Période d'approbation initiale : 1 an.
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
2. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, récidivant et sensible aux sels de platine de type histologique séreux ou endométrioïde de haut grade avec mutation (germinale ou somatique) d'un gène BRCA, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Avoir reçu au moins 2 traitements antérieurs de chimiothérapie à base de sels de platine;
 - Avoir reçu au moins 4 cycles de la chimiothérapie à base de sels de platine la plus récente et présenter une réponse radiographique complète ou partielle;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. La sensibilité aux sels de platine est définie comme une progression de la maladie

- survenant au moins 6 mois après la fin d'une chimiothérapie à base de sels de platine.
2. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
 3. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour l'olaparib ne seront pas admissibles pour les patientes dont la maladie a progressé alors qu'elles recevaient un inhibiteur de la PARP ou qui ont reçu un traitement complet
- par un inhibiteur de la PARP au cours d'un traitement antérieur.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Nouvelle indication

Dapagliflozin
(Forxiga)

| | | | | | |
|-------------------|----------|-----|------|--|-----|
| comprimé de 5 mg | 02435462 | | | | |
| comprimé de 10 mg | 02435470 | AZE | (SA) | | PCF |

Pour le traitement de l'insuffisance cardiaque de classe II ou III selon la New York Heart Association (NYHA) accompagnée d'une fraction d'éjection réduite (inférieure ou égale à 40 %), comme traitement d'appoint au traitement de référence.

Note clinique :

- Par traitement de référence, on entend un bêtabloquant, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) combiné à un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes.

Bulletin n° 1073

Le 28 février 2022

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 28 février 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 mars 2022, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 mars 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 mars 2022. Avant le 21 mars 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 28 février 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit ou qui n'ont pas confirmé les prix auprès de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à compter du 31 mars 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|-----------------------------------|-----|------------------|----------------------------------|----------|-----|----------|----------|
| Amoxicilline / Acide Clavulanique | | | | | | | |
| Co. | Orl | 250 mg / 125 mg | Jamp Amoxi Clav | 02508249 | JPC | ABDEFGVW | 0.4934 |
| | | 500 mg / 125 mg | Jamp Amoxi Clav | 02508257 | JPC | ABDEFGVW | 0.3778 |
| | | 875 mg / 125 mg | Jamp Amoxi Clav | 02508265 | JPC | ABDEFGVW | 0.5551 |
| Céfazoline | | | | | | | |
| Pds. | Inj | 10 g | Cefazolin for Injection | 02437120 | STR | ADEFGVW | 30.1539 |
| Ceftazidime | | | | | | | |
| Pds. | Inj | 6 g | Ceftazidime for Injection | 02437864 | STR | ABDEFGVW | 111.2900 |
| Ceftriaxone | | | | | | | |
| Pds. | Inj | 10 g | Ceftriaxone Sodium for Injection | 02325632 | STR | ADEFGVW | 107.1000 |
| Clindamycine | | | | | | | |
| Caps | Orl | 150 mg | Med-Clindamycin | 02462656 | GMP | ADEFGVW | 0.2217 |
| | | 300 mg | Med-Clindamycin | 02462664 | GMP | ADEFGVW | 0.4434 |
| Darifénacine | | | | | | | |
| Co.L.P. | Orl | 7,5 mg | Jamp Darifenacin | 02491869 | JPC | (SA) | 0.8058 |
| | | 15 mg | Jamp Darifenacin | 02491877 | JPC | (SA) | 0.8058 |
| Éthinylestradiol / Étonogestrel | | | | | | | |
| Ins | Vag | 2,6 mg / 11,4 mg | NuvaRing | 02253186 | ORG | DEFG | 16.7125 |
| | | | Haloette | 02520028 | SLP | | 12.5400 |
| Olopatadine | | | | | | | |
| Liq | Oph | 0,2% | Mint-Olopatadine | 02508605 | MNT | ADEFGV | 4.3428 |
| Pantoprazole Magnésien | | | | | | | |
| Co.Ent. | Orl | 40 mg | Pantoprazole T | 02519534 | SIV | ADEFGV | 0.1875 |
| Paroxétine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 10 mg | Jamp Paroxetine Tablets | 02507773 | JPC | ADEFGV | 0.3046 |
| | | 20 mg | Jamp Paroxetine Tablets | 02507781 | JPC | ADEFGV | 0.3250 |
| | | 30 mg | Jamp Paroxetine Tablets | 02507803 | JPC | ADEFGV | 0.3453 |
| Perindopril / Indapamide | | | | | | | |
| Co. | Orl | 4 mg / 1,25 mg | Perindopril/Indapamide | 02519720 | SAS | ADEFGV | 0.2556 |
| | | | Perindopril Erbumine/Indapamide | 02479834 | SIV | | |
| | | 8 mg / 2,5 mg | Perindopril/Indapamide | 02519739 | SAS | ADEFGV | 0.2859 |
| | | | Perindopril Erbumine/Indapamide | 02479842 | SIV | | |

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|---------|--------------------|----------|-----|---------|--------|
| Progestérone | | | | | | | |
| Caps | Orl | 100 mg | pms-Progesterone | 02476576 | PMS | (SA) | 0.3762 |
| Rizatriptan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 10 mg | Rizatriptan | 02516756 | SAS | ADEFGV | 3.7050 |
| Trazodone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 50 mg | Jamp Trazodone | 02442809 | JPC | ADEFGV | 0.0554 |
| | | 100 mg | Jamp Trazodone | 02442817 | JPC | ADEFGV | 0.0989 |
| | | 150 mg | Jamp Trazodone | 02442825 | JPC | ADEFGV | 0.1453 |
| Venlafaxine | | | | | | | |
| Caps.L.L. | Orl | 37,5 mg | Venlafaxine XR | 02516535 | JPC | ADEFGV | 0.0913 |
| | | 75 mg | Venlafaxine XR | 02516543 | JPC | ADEFGV | 0.1825 |
| | | 150 mg | Venlafaxine XR | 02516551 | JPC | ADEFGV | 0.1927 |
| Zolmitriptan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 2,5 mg | Zolmitriptan | 02442655 | SAS | ADEFGV | 3.4292 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|-----------------------------------|-----|-----------------|---------------------------------------|----------------------|------------|----------|--------|
| Amoxicilline / Acide Clavulanique | | | | | | | |
| Co. | Orl | 250 mg / 125 mg | Apo-Amoxi Clav | 02243350 | APX | ABDEFGVW | 0.4934 |
| | | 500 mg / 125 mg | Apo-Amoxi Clav Sandoz Amoxi-Clav | 02243351 02482576 | APX SDZ | ABDEFGVW | 0.3778 |
| | | 875 mg / 125 mg | Apo-Amoxi Clav Sandoz Amoxi-Clav | 02245623 02482584 | APX SDZ | ABDEFGVW | 0.5551 |
| Darifénacine | | | | | | | |
| Co.L.P. | Orl | 7,5 mg | Apo-Darifenacin | 02452510 | APX | (SA) | 0.8058 |
| | | 15 mg | Apo-Darifenacin | 02452529 | APX | (SA) | 0.8058 |
| Olopatadine | | | | | | | |
| Liq | Oph | 0,2% | Apo-Olopatadine Sandoz Olopatadine | 02402823 02420171 | APX SDZ | ADEFGV | 4.3428 |

Produits retirés du formulaire

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes |
|---|-----|--------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|
| Prix non confirmé par le fabricant auprès de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) | | | | | |
| Célécoxib | | | | | |
| Caps | Orl | 100 mg | Taro-Celecoxib | 02412373 | SUN ADEFGV |
| | | 200 mg | Taro-Celecoxib | 02412381 | SUN ADEFGV |
| Citalopram | | | | | |
| Co. | Orl | 20 mg | Sandoz Citalopram | 02248170 | SDZ ADEFGV |
| | | 40 mg | Sandoz Citalopram | 02248171 | SDZ ADEFGV |
| Olanzapine | | | | | |
| Co.D.O. | Orl | 5 mg | Ran-Olanzapine ODT | 02414090 | RAN ADEFGVW |
| | | 10 mg | Ran-Olanzapine ODT | 02414104 | RAN ADEFGVW |
| Ranitidine | | | | | |
| Co. | Orl | 150 mg | Ran-Ranitidine | 02336480 | RAN ADEFGVW |
| | | 300 mg | Ran-Ranitidine Ranitidine | 02336502 02353024 | RAN SAS ADEFGVW |
| Zopiclone | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Taro-Zopiclone | 02267918 | SUN ADEFGV |
| | | 7,5 mg | Taro-Zopiclone | 02267926 | SUN ADEFGV |

Bulletin n° 1074

Le 24 mars 2022

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 mars 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Mise à jour sur les quantités à indiquer dans les demandes de règlement

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

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|---|------------------------------|---|-----------|---------|--------------|
| Triamcinolone (Nasacort AQ et marque générique) | vaporisateur nasal de 55 mcg | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ADEFGV | PAM |

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|---|----------------------------------|-----------|---------|--------------|
| Burosumab (Crysvita) | fiole unidose de 10 mg/mL fiole unidose de 20 mg/mL fiole unidose de 30 mg/mL | 02483629 02483637 02483645 | UGX | (SA) | PCF |

Pour le traitement de l'hypophosphatémie liée au chromosome X qui répond aux critères suivants :

- Initié chez l'enfant d'au moins un an pour qui la fermeture épiphysaire ne s'est pas encore produite
- Hypophosphatémie de jeûne
- Fonction rénale normale (définie par une créatininémie sous la limite supérieure de la normale selon l'âge)
- Preuve radiographique de rachitisme avec un score de gravité du rachitisme (RSS) de 2 ou plus
- Présence confirmée d'un variant du gène PHEX (*phosphate-regulating endopeptidase homolog, X-linked*) chez le patient ou un membre de la famille immédiate dont l'hérédité est associée au chromosome X

Critères d'arrêt du traitement :

Chez les enfants de moins de 18 ans dont la fermeture épiphysaire ne s'est pas encore produite et qui répondent aux critères ci-dessus, le traitement devrait être arrêté dans les cas suivants :

- il n'y a aucune amélioration vérifiable du score RSS total après 12 mois de traitement par rapport au score RSS total initial; ou
- le score RSS total obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite.

Chez les adolescents de 13 à 17 ans chez qui la fermeture épiphysaire s'est produite, qui répondent aux critères ci-dessus et qui ont commencé le traitement alors qu'ils étaient enfants, le traitement devrait être arrêté si l'une des situations suivantes se présente :

- hyperparathyroïdie; ou
- néphrocalcinose; ou
- preuve d'une fracture ou d'une pseudo-fracture à la suite d'un examen par radiographie.

Chez les adultes qui répondent aux critères ci-dessus et qui ont commencé le traitement alors qu'ils étaient enfants, le traitement devrait être arrêté si l'une des situations suivantes se produit :

- hyperparathyroïdie; ou
- néphrocalcinose; ou

- preuve d'une fracture ou d'une pseudo-fracture à la suite d'un examen par radiographie.

Note clinique :

- Une évaluation initiale et annuelle du score RSS doit être fournie pour les enfants chez qui la fermeture épiphysaire ne s'est pas encore produite.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des adultes n'ayant jamais été traités ne sont pas admissibles.
- Doit être prescrit par un médecin qui travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé qui ont de l'expérience avec le diagnostic et la prise en charge de l'hypophosphatémie liée au chromosome X.
- Les approbations pour les enfants (1 à 17 ans) seront pour une quantité maximale de 90 mg toutes les deux semaines.
- Les approbations pour les adultes (18 ans et plus) seront pour une quantité maximale de 90 mg toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation : 1 an.

Frémanezumab
(Ajovy)

seringue préremplie de
225 mg / 1,5 mL
autoinjecteur de 225 mg /
1,5 mL

02497859

02509474

TEV

(SA)

PCF

Pour la prévention de la migraine chez les patients ayant reçu un diagnostic confirmé de migraines épisodiques ou chroniques et qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à au moins deux catégories de médicaments prophylactiques oraux contre la migraine, ou qui ont une contre-indication à ces médicaments.

Critères de renouvellement :

- Une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois au moment du premier renouvellement par rapport à la situation initiale.
- Lors des renouvellements suivants, le patient maintient une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois.

Notes cliniques :

1. Le nombre moyen de jours de céphalée et de migraine par mois doit être précisé au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.
2. Selon les critères de la International Headache Society, les migraines épisodiques et chroniques se définissent ainsi :
 - Migraines épisodiques : céphalée migraineuse au moins 4 jours par mois et moins de 15 jours de céphalée par mois pendant plus de 3 mois.
 - Migraines chroniques : céphalée au moins 15 jours par mois pendant plus de 3 mois, dont au moins 8 jours par mois avec migraine.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

| | | | | | |
|------------------------|---|----------------------|-----|------|-----|
| Siponimod (Mayzent) | comprimé de 0,25 mg comprimé de 2 mg | 02496429 02496437 | NVR | (SA) | PCF |
|------------------------|---|----------------------|-----|------|-----|

Pour le traitement des patients atteints de sclérose en plaques progressive secondaire (SPPS) active qui répondent à tous les critères suivants :

- Antécédents de sclérose en plaques récurrente-rémittente et SPPS actuellement active.
- Score récent entre 3 et 6,5 sur l'échelle étendue d'incapacité (EDSS).

Notes cliniques :

1. On parle de SPPS active lorsque la personne a souffert de rechutes au cours des deux dernières années et/ou a présenté au moins une lésion T1 rehaussée par le gadolinium avant le début du traitement avec siponimod.
2. Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 2 mg par jour.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans A, D, E, F, G et V seront examinées.
- La période d'approbation est de deux ans.

| | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|----------|-----|------|-----|
| Tildrakizumab (Ilumya) | seringue préremplie de 100 mg/mL | 02516098 | SUN | (SA) | PCF |
|---------------------------|-------------------------------------|----------|-----|------|-----|

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- Présenter un score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et un score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou une atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Être réfractaire ou avoir une intolérance à la photothérapie, ou être incapable d'y avoir accès;
- Être réfractaire ou avoir une intolérance ou des contre-indications au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) 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. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée de traitement indiquée ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement indiquée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Quantité maximale approuvée de 100 mg aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse est requise.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Indication |
|----------------------------------|---|----------------------|-----------|--|
| Érénumab (Aimovig) | autoinjecteur de 70 mg/mL autoinjecteur de 140 mg/mL | 02479613 02487306 | NVR | Pour la prévention de la migraine chez les adultes. |

Mise à jour sur les quantités à indiquer dans les demandes de règlement

À compter du 24 mars 2022, les demandes de règlement pour le tocilizumab (Actemra) doivent être soumises au moyen du nombre de seringues, autoinjecteurs, ou fioles dans le champ de la quantité. Ce changement s'appliquera à toutes les demandes de règlement visant des ordonnance exécutées le 24 mars 2022 ou après cette date. Toutes les demandes de règlement visant des médicaments sur ordonnance achetés avant cette date doivent utiliser le format précédent de quantité pour la soumission des demandes (p. ex. mL).

Pour connaître la quantité à indiquer dans les demandes de règlement d'un produit en particulier, veuillez vous reporter à la liste des prix admissibles maximums (PAM) et la liste des prix catalogues du fabricant (PCF) en cliquant sur le lien suivant : [Les listes de prix des médicaments et les politiques de prix.](#)

Bulletin n° 1075

Le 31 mars 2022

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 31 mars 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 avril 2022, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 avril 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 avril 2022. Avant le 21 avril 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 mars 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|-----------------|---------------------------|----------|-----|---------|--------|
| Abacavir / Lamivudine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 600 mg / 300 mg | Jamp Abacavir/Lamivudine | 02497654 | JPC | DU | 5.9875 |
| Acide Tranexamique | | | | | | | |
| Co. | Orl | 500 mg | Tranexamic Acid | 02519194 | JPC | ADEFGV | 0.2967 |
| Atorvastatine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 10 mg | Jamp Atorvastatin Calcium | 02504197 | JPC | ADEFGV | 0.1743 |
| | | 20 mg | Jamp Atorvastatin Calcium | 02504200 | JPC | ADEFGV | 0.2179 |
| | | 40 mg | Jamp Atorvastatin Calcium | 02504219 | JPC | ADEFGV | 0.2342 |
| | | 80 mg | Jamp Atorvastatin Calcium | 02504235 | JPC | ADEFGV | 0.2342 |
| Buspirone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 10 mg | Mint-Buspirone | 02519054 | MNT | ADEFGV | 0.2659 |
| Clonidine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 0,025 mg | Sandoz Clonidine | 02516217 | SDZ | ADEFGV | 0.1360 |
| | | 0,1 mg | Sandoz Clonidine | 02515784 | SDZ | ADEFGV | 0.0679 |
| | | 0,2 mg | Sandoz Clonidine | 02515792 | SDZ | ADEFGV | 0.1212 |
| Colésévélam | | | | | | | |
| Co. | Orl | 625 mg | Lodalis | 02373955 | VLN | ADEFGV | 1.1629 |
| | | | Apo-Colesevelam | 02494051 | APX | | 0.8896 |
| Élétriptan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 20 mg | Jamp Eletriptan | 02493683 | JPC | ADEFGV | 2.6172 |
| | | 40 mg | Jamp Eletriptan | 02493691 | JPC | ADEFGV | 2.6172 |
| Fénofibrate | | | | | | | |
| Co. | Orl | 145 mg | Taro-Fenofibrate E | 02454696 | SUN | ADEFGV | 0.5489 |
| Fluconazole | | | | | | | |
| Co. | Orl | 50 mg | Fluconazole | 02517396 | SAS | ADEFGVW | 1.2904 |
| | | 100 mg | Fluconazole | 02517418 | SAS | ADEFGVW | 2.2891 |
| Latanoprost | | | | | | | |
| Liq | Oph | 0,005% | M-Latanoprost | 02513285 | MRA | ADEFGV | 3.6320 |
| Latanoprost / Timolol | | | | | | | |
| Liq | Oph | 0,005% / 0,5% | M-Latanoprost-Timolol | 02514516 | MRA | ADEFGV | 4.4268 |
| Midodrine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 2,5 mg | Jamp Midodrine | 02517701 | JPC | ADEFGV | 0.1153 |

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|-----------|---------------------------|----------|-----|---------|--------|
| Midodrine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Jamp Midodrine | 02517728 | JPC | ADEFGV | 0.1921 |
| Mycophénolate | | | | | | | |
| Pds. | Orl | 200 mg/mL | Cellcept | 02242145 | HLR | ADEFGRV | 2.9661 |
| | | | Mar-Mycophenolate Mofetil | 02522233 | MAR | | 2.2246 |
| Ondansétron | | | | | | | |
| Co.D.O. | Orl | 4 mg | Auro-Ondansetron ODT | 02511282 | ARO | (SA) | 3.2720 |
| | | 8 mg | Auro-Ondansetron ODT | 02511290 | ARO | (SA) | 4.9930 |
| Progestérone | | | | | | | |
| Caps | Orl | 100 mg | Reddy-Progesterone | 02463113 | RCH | (SA) | 0.3762 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|----------|--------------------|----------|-----|---------|--------|
| Clonidine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 0,025 mg | Teva-Clonidine | 02304163 | TEV | ADEFGV | 0.1360 |
| | | 0,1 mg | Mint-Clonidine | 02462192 | MNT | ADEFGV | 0.0679 |
| | | | Teva-Clonidine | 02046121 | TEV | | |
| | | 0,2 mg | Mint-Clonidine | 02462206 | MNT | ADEFGV | 0.1212 |
| | | | Teva-Clonidine | 02046148 | TEV | | |
| Diazépam | | | | | | | |
| Co. | Orl | 10 mg | Diazepam | 00405337 | AAP | ADEFGV | 0.1204 |
| Midodrine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 2,5 mg | Apo-Midodrine | 02278677 | APX | ADEFGV | 0.1153 |
| | | | Mar-Midodrine | 02473984 | MAR | | |
| | | 5 mg | Apo-Midodrine | 02278685 | APX | ADEFGV | 0.1921 |
| | | | Mar-Midodrine | 02473992 | MAR | | |

Bulletin n° 1076

Le 28 avril 2022

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 28 avril 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 mai 2022. Avant le 19 mai 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 28 avril 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 19 mai 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|-----------------|----------------------------|----------|-----|----------|----------|
| Abiratérone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 500 mg | Sandoz Abiraterone | 02521644 | SDZ | (SA) | 15.3125 |
| Alfuzosine | | | | | | | |
| Co.L.P. | Orl | 10 mg | Alfuzosin | 02519844 | SAS | ADEFGV | 0.2601 |
| Atorvastatine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 10 mg | pmsc-Atorvastatin | 02507234 | PMS | ADEFGV | 0.1743 |
| | | 20 mg | pmsc-Atorvastatin | 02507242 | PMS | ADEFGV | 0.2179 |
| | | 40 mg | pmsc-Atorvastatin | 02507250 | PMS | ADEFGV | 0.2342 |
| Bisoprolol | | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Jamp Bisoprolol | 02518805 | JPC | ADEFGV | 0.0606 |
| | | 10 mg | Jamp Bisoprolol | 02518791 | JPC | ADEFGV | 0.0885 |
| Clindamycine | | | | | | | |
| Caps | Orl | 150 mg | Clindamycin | 02400529 | SAS | ADEFGVW | 0.2217 |
| | | 300 mg | Clindamycin | 02400537 | SAS | ADEFGVW | 0.4434 |
| Cloxacilline | | | | | | | |
| Caps | Orl | 250 mg | Jamp Cloxacillin | 02510731 | JPC | ABDEFGVW | 0.2141 |
| | | 500 mg | Jamp Cloxacillin | 02510758 | JPC | ABDEFGVW | 0.4045 |
| Lamivudine / Zidovudine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 150 mg / 300 mg | Jamp Lamivudine/Zidovudine | 02502801 | JPC | DU | 2.6103 |
| Lénalidomide | | | | | | | |
| Caps | Orl | 2,5 mg | Jamp Lenalidomide | 02506130 | JPC | (SA) | 82.3750 |
| | | 5 mg | Jamp Lenalidomide | 02506149 | JPC | (SA) | 85.0000 |
| | | 10 mg | Jamp Lenalidomide | 02506157 | JPC | (SA) | 90.2500 |
| | | 15 mg | Jamp Lenalidomide | 02506165 | JPC | (SA) | 95.5000 |
| | | 20 mg | Jamp Lenalidomide | 02506173 | JPC | (SA) | 100.7500 |
| | | 25 mg | Jamp Lenalidomide | 02506181 | JPC | (SA) | 106.0000 |
| Metformine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 500 mg | pmsc-Metformin | 02520303 | PMS | ADEFGV | 0.0247 |
| | | 850 mg | pmsc-Metformin | 02520311 | PMS | ADEFGV | 0.0339 |

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|---|-----------------------------|----------|-----|----------|----------|
| Pipéracilline / Tazobactam Pds. Inj 12 g / 1,5 g | Piperacillin and Tazobactam | 02377748 | STR | ABDEFGVW | 67.5000 |
| Vancomycine Pds. Inj 5 g | Vancomycin Hydrochloride | 02405822 | STR | ABDEFGVW | 294.9500 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM | |
|--|--------------------|---------------|----------|----------|--------|--------|
| Alendronate Co. Orl 70 mg | Alendronate | 02352966 | SAS | | | |
| | Alendronate | 02299712 | SIV | | | |
| | Alendronate Sodium | 02381494 | AHI | | | |
| | Alendronate-70 | 02303078 | PDL | | | |
| | Apo-Alendronate | 02248730 | APX | | | |
| | Auro-Alendronate | 02388553 | ARO | | | |
| | Jamp-Alendronate | 02385031 | JPC | ADEFGV | 1.7804 | |
| | Mint-Alendronate | 02394871 | MNT | | | |
| | pms-Alendronate FC | 02284006 | PMS | | | |
| | Riva-Alendronate | 02270889 | RIV | | | |
| | Sandoz Alendronate | 02288109 | SDZ | | | |
| Teva-Alendronate | 02261715 | TEV | | | | |
| Amcinonide Cr. Top 0,1% | Taro-Amcinonide | 02246714 | TAR | ADEFGV | 0.4522 | |
| Amoxicilline / Acide Clavulanique Co. Orl 250 mg / 125 mg | Apo-Amoxi Clav | 02243350 | APX | ABDEFGVW | 0.2467 | |
| | Jamp Amoxi Clav | 02508249 | JPC | | | |
| Aténolol Co. Orl 25 mg | Jamp-Atenolol | 02367556 | JPC | | | |
| | Mar-Atenolol | 02371979 | MAR | | | |
| | Mint-Atenolol | 02368013 | MNT | | | |
| | pms-Atenolol | 02246581 | PMS | ADEFGV | 0.0441 | |
| | Taro-Atenolol | 02373963 | SUN | | | |
| | Teva-Atenolol | 02266660 | TEV | | | |
| | 50 mg | Apo-Atenol | 00773689 | APX | | |
| | | Atenolol | 02466465 | SAS | | |
| | | Atenolol | 02238316 | SIV | | |
| | | Jamp-Atenolol | 02367564 | JPC | | |
| | | Mar-Atenolol | 02371987 | MAR | ADEFGV | 0.0938 |
| | | Mint-Atenolol | 02368021 | MNT | | |
| | | pms-Atenolol | 02237600 | PMS | | |
| | | Taro-Atenolol | 02267985 | SUN | | |
| Teva-Atenolol | 02171791 | TEV | | | | |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|----------|--------------------|----------|-----|---------|--------|
| Aténolol Co. | Orl | 100 mg | Apo-Atenol | 00773697 | APX | ADEFVG | 0.1543 |
| | | | Atenolol | 02466473 | SAS | | |
| | | | Atenolol | 02238318 | SIV | | |
| | | | Jamp-Atenolol | 02367572 | JPC | | |
| | | | Mar-Atenolol | 02371995 | MAR | | |
| | | | Mint-Atenolol | 02368048 | MNT | | |
| | | | pms-Atenolol | 02237601 | PMS | | |
| | | | Taro-Atenolol | 02267993 | SUN | | |
| | | | Teva-Atenolol | 02171805 | TEV | | |
| Bisoprolol Co. | Orl | 5 mg | Apo-Bisoprolol | 02256134 | APX | ADEFVG | 0.0606 |
| | | | Bisoprolol | 02391589 | SAS | | |
| | | | Bisoprolol | 02383055 | SIV | | |
| | | | Bisoprolol | 02495562 | SIV | | |
| | | | Mint-Bisoprolol | 02465612 | MNT | | |
| | | | Sandoz Bisoprolol | 02494035 | SDZ | | |
| | | | Teva-Bisoprolol | 02267470 | TEV | | |
| | Orl | 10 mg | Apo-Bisoprolol | 02256177 | APX | ADEFVG | 0.0885 |
| | | | Bisoprolol | 02391597 | SAS | | |
| | | | Bisoprolol | 02495570 | SIV | | |
| | | | Bisoprolol | 02383063 | SIV | | |
| | | | Mint-Bisoprolol | 02465620 | MNT | | |
| | | | Sandoz Bisoprolol | 02494043 | SDZ | | |
| | | | Teva-Bisoprolol | 02267489 | TEV | | |
| Carvédilol Co. | Orl | 3,125 mg | Apo-Carvedilol | 02247933 | APX | ADEFVG | 0.2060 |
| | | | Auro-Carvedilol | 02418495 | ARO | | |
| | | | Carvedilol | 02364913 | SAS | | |
| | | | Carvedilol | 02248752 | SIV | | |
| | | | Jamp-Carvedilol | 02368897 | JPC | | |
| | | | pms-Carvedilol | 02245914 | PMS | | |
| | | | ratio-Carvedilol | 02252309 | TEV | | |
| | Orl | 6,25 mg | Apo-Carvedilol | 02247934 | APX | ADEFVG | 0.2060 |
| | | | Auro-Carvedilol | 02418509 | ARO | | |
| | | | Carvedilol | 02364921 | SAS | | |
| | | | Carvedilol | 02248753 | SIV | | |
| | | | Jamp-Carvedilol | 02368900 | JPC | | |
| | | | pms-Carvedilol | 02245915 | PMS | | |
| | | | ratio-Carvedilol | 02252317 | TEV | | |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|--------------------|--------------------|----------|---------|----------|
| Carvédilol | | | | | | |
| Co. | Orl | 12,5 mg | Apo-Carvedilol | 02247935 | APX | |
| | | | Auro-Carvedilol | 02418517 | ARO | |
| | | | Carvedilol | 02364948 | SAS | |
| | | | Carvedilol | 02248754 | SIV | ADEFGV |
| | | | Jamp-Carvedilol | 02368919 | JPC | 0.2060 |
| | | | pms-Carvedilol | 02245916 | PMS | |
| | | | ratio-Carvedilol | 02252325 | TEV | |
| | | 25 mg | Apo-Carvedilol | 02247936 | APX | |
| | | | Auro-Carvedilol | 02418525 | ARO | |
| | | | Carvedilol | 02364956 | SAS | |
| | | | Carvedilol | 02248755 | SIV | ADEFGV |
| | | | Jamp-Carvedilol | 02368927 | JPC | 0.2060 |
| | | | pms-Carvedilol | 02245917 | PMS | |
| | | | ratio-Carvedilol | 02252333 | TEV | |
| Chlorure de Potassium | | | | | | |
| Co.L.L. | Orl | 1500 mg | Odan K-20 | 80004415 | ODN | |
| | | | Sandoz K 20 | 02242261 | SDZ | ADEFGV |
| | | | | | | 0.1161 |
| Cloxacilline | | | | | | |
| Caps | Orl | 250 mg | Teva-Cloxacillin | 00337765 | TEV | ABDEFGVW |
| | | 500 mg | Teva-Cloxacillin | 00337773 | TEV | ABDEFGVW |
| | | | | | | 0.2141 |
| | | | | | | 0.4045 |
| Dutastéride | | | | | | |
| Caps | Orl | 0,5 mg | Apo-Dutasteride | 02404206 | APX | |
| | | | Auro-Dutasteride | 02469308 | ARO | |
| | | | Dutasteride | 02443058 | SAS | |
| | | | Dutasteride | 02429012 | SIV | |
| | | | Jamp-Dutasteride | 02484870 | JPC | |
| | | | Med-Dutasteride | 02416298 | GMP | ADEFGV |
| | | | Mint-Dutasteride | 02428873 | MNT | 0.2565 |
| | | | pms-Dutasteride | 02393220 | PMS | |
| | | | Priva-Dutasteride | 02490587 | PHP | |
| | | | Sandoz Dutasteride | 02424444 | SDZ | |
| | | | Teva-Dutasteride | 02408287 | TEV | |
| Finastéride | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Apo-Finasteride | 02365383 | APX | |
| | | | Auro-Finasteride | 02405814 | ARO | |
| | | | Finasteride | 02355043 | AHI | |
| | | | Finasteride | 02445077 | SAS | |
| | | | Finasteride | 02447541 | SIV | |
| | | | Jamp-Finasteride | 02357224 | JPC | ADEFGV |
| | | | Mint-Finasteride | 02389878 | MNT | 0.3506 |
| | | | pms-Finasteride | 02310112 | PMS | |
| | | | Riva-Finasteride | 02455013 | RIV | |
| | | | Sandoz Finasteride | 02322579 | SDZ | |
| | | | Teva-Finasteride | 02348500 | TEV | |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|---------|--------------------------|----------|-----|---------|--------|
| Médoroxyprogesterone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Apo-Medroxy | 02244727 | APX | ADEFGV | 0.2365 |
| | | | Teva-Medroxyprogesterone | 02221292 | TEV | | |
| Mirtazapine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 45 mg | Apo-Mirtazapine | 02286637 | APX | ADEFGV | 0.2925 |
| | | | Mirtazapine | 02496682 | SIV | | |
| Mexiletine | | | | | | | |
| Caps | Orl | 100 mg | Teva-Mexiletine | 02230359 | TEV | ADEFGV | 0.8162 |
| | | 200 mg | Teva-Mexiletine | 2230360 | TEV | ADEFGV | 1.0930 |
| Mometasone | | | | | | | |
| Ont | Top | 0,1% | Teva-Mometasone | 02248130 | TEV | ADEFGV | 0.2252 |
| Risedronate | | | | | | | |
| Co. | Orl | 35 mg | Apo-Risedronate | 02353687 | APX | ADEFGV | 1.6764 |
| | | | Auro-Risedronate | 02406306 | ARO | | |
| | | | Jamp-Risedronate | 02368552 | JPC | | |
| | | | pms-Risedronate | 02302209 | PMS | | |
| | | | Risedronate | 02347474 | PDL | | |
| | | | Risedronate | 02370255 | SAS | | |
| | | | Risedronate | 02411407 | SIV | | |
| | | | Sandoz Risedronate | 02327295 | SDZ | | |
| | | | Teva-Risedronate | 02298392 | TEV | | |
| Risperidone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 0,25 mg | Apo-Risperidone | 02282119 | APX | ADEFGV | 0.0878 |
| | | | Jamp-Risperidone | 02359529 | JPC | | |
| | | | Mar-Risperidone | 02371766 | MAR | | |
| | | | Mint-Risperidone | 02359790 | MNT | | |
| | | | pms-Risperidone | 02252007 | PMS | | |
| | | | Ran-Risperidone | 02328305 | SUN | | |
| | | | Risperidone | 02356880 | SAS | | |
| | | | Sandoz Risperidone | 02303655 | SDZ | | |
| | | | Teva-Risperidone | 02282690 | TEV | | |
| | | 0,5 mg | Apo-Risperidone | 02282127 | APX | ADEFGV | 0.1470 |
| | | | Jamp-Risperidone | 02359537 | JPC | | |
| | | | Mar-Risperidone | 02371774 | MAR | | |
| | | | Mint-Risperidone | 02359804 | MNT | | |
| | | | pms-Risperidone | 02252015 | PMS | | |
| | | | Ran-Risperidone | 02328313 | SUN | | |
| | | | Risperidone | 02356899 | SAS | | |
| | | | Sandoz Risperidone | 02303663 | SDZ | | |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|------|--------------------|----------|-----|---------|--------|
| Risperidone | | | | | | |
| Co. | Orl | | | | | |
| | 1 mg | Apo-Risperidone | 02282135 | APX | | |
| | | Jamp-Risperidone | 02359545 | JPC | | |
| | | Mar-Risperidone | 02371782 | MAR | | |
| | | Mint-Risperidone | 02359812 | MNT | | |
| | | pms-Risperidone | 02252023 | PMS | ADEFGV | 0.2031 |
| | | Ran-Risperidone | 02328321 | SUN | | |
| | | Risperidone | 02356902 | SAS | | |
| | | Sandoz Risperidone | 02279800 | SDZ | | |
| | | Teva-Risperidone | 02264196 | TEV | | |
| | 2 mg | Apo-Risperidone | 02282143 | APX | | |
| | | Jamp-Risperidone | 02359553 | JPC | | |
| | | Mar-Risperidone | 02371790 | MAR | | |
| | | Mint-Risperidone | 02359820 | MNT | | |
| | | pms-Risperidone | 02252031 | PMS | ADEFGV | 0.4062 |
| | | Ran-Risperidone | 02328348 | SUN | | |
| | | Risperidone | 02356910 | SAS | | |
| | | Sandoz Risperidone | 02279819 | SDZ | | |
| | | Teva-Risperidone | 02264218 | TEV | | |
| | 3 mg | Apo-Risperidone | 02282151 | APX | | |
| | | Jamp-Risperidone | 02359561 | JPC | | |
| | | Mar-Risperidone | 02371804 | MAR | | |
| | | Mint-Risperidone | 02359839 | MNT | | |
| | | pms-Risperidone | 02252058 | PMS | ADEFGV | 0.6083 |
| | | Ran-Risperidone | 02328364 | SUN | | |
| | | Risperidone | 02356929 | SAS | | |
| | | Sandoz Risperidone | 02279827 | SDZ | | |
| | | Teva-Risperidone | 02264226 | TEV | | |
| | 4 mg | Apo-Risperidone | 02282178 | APX | | |
| | | Jamp-Risperidone | 02359588 | JPC | | |
| | | Mar-Risperidone | 02371812 | MAR | | |
| | | Mint-Risperidone | 02359847 | MNT | | |
| | | pms-Risperidone | 02252066 | PMS | ADEFGV | 0.8111 |
| | | Risperidone | 02356937 | SAS | | |
| | | Sandoz Risperidone | 02279835 | SDZ | | |
| | | Taro-Risperidone | 02328372 | SUN | | |
| | | Teva-Risperidone | 02264234 | TEV | | |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|---|---------|--------------------|----------|-----|---------|-----|
| Prix non confirmé par le fabricant | | | | | | |
| Chlorure de Potassium | | | | | | |
| Co.L.L. | Orl | | | | | |
| | 1500 mg | Jamp-K20 | 80013007 | JPC | ADEFGV | |

Bulletin n° 1077

Le 29 avril 2022

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 avril 2022.

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.

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| Insuline (Entuzity KwikPen) | stylo prérempli de 500 unité/mL | 02466864 | LIL | ADEFGV | PCF |

Ajouté à la liste des autres régimes

| | | | | | |
|------------------------------|-----------------|----------|-----|--------|-----|
| Flunarizine (Flunarizine) | capsule de 5 mg | 02246082 | AAP | ADEFGV | PAM |
|------------------------------|-----------------|----------|-----|--------|-----|

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|-------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| Acalabrutinib (Calquence) | capsule de 100 mg | 02491788 | AZE | (SA) | PCF |

1. En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)/du lymphome à petits lymphocytes (LPL) chez les patients adultes n'ayant jamais été traités auparavant et pour qui le traitement à base de fludarabine est considéré comme inapproprié en raison des risques élevés d'anomalies cytogénétiques (c.-à-d., une délétion 17p, une mutation TP53 ou un IGHV non muté).
2. En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) récidivante/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) récidivant ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. La patiente doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK) ou Idélalisib.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Adalimumab
(Abrilada)

auto-injecteur de 40 mg / 0,8 mL
seringue préremplie de 40 mg /
0,8 mL

02511045

02511053

PFI

(SA)

PCF

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Colite ulcéreuse

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament 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.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Hidradénite suppurée

Pour le traitement de l'hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite psoriasique

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

Pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Uvéite

Pour le traitement de l'uvéite non infectieuse chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------|-----|------|-----|
| Brigatinib (Alunbrig) | comprimé de 30 mg | 02479206 | | | |
| | comprimé de 90 mg | 02479214 | | | |
| | comprimé de 180 mg | 02479222 | | | |
| | | | TAK | (SA) | PCF |
| Brigatinib (Alunbrig) trousse de départ | comprimés de 90 mg, 180 mg | 02479230 | | | |

Pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules ALK (anaplastic lymphoma kinase)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique, chez les patients qui n'ont jamais été traités par un inhibiteur de l'ALK.

Critère de renouvellement

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Aucun autre traitement par un inhibiteur de l'ALK ne sera remboursé à la suite d'une progression de la maladie avec le brigatinib.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'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, tel qu'il est indiqué [ici](#).

| | | | | |
|---|-----------------------------|---|------|-----|
| Cétirizine (Reactine et marques génériques) | comprimé pelliculé de 20 mg | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | (SA) | PAM |
|---|-----------------------------|---|------|-----|

Indiqué pour le soulagement de l'urticaire chronique modéré à sévère chez les patients qui présentent de l'urticaire, un œdème de Quincke ou les deux depuis au moins six semaines.

Note sur la demande de règlement :

- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|---|---|---|-----------|---------|--------------|
| Critère révisé Budésonide (Pulmicort Nebuamp et marques génériques) | suspension pour inhalation de 0,125 mg/mL suspension pour inhalation de 0,25 mg/mL suspension pour inhalation de 0,5 mg/mL | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | (SA) | PAM |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pour le traitement des patients qui ont essayé le budésonide par inhalateur et : <ul style="list-style-type: none"> • qui sont incapables de suivre les directives d'utilisation ou ne peuvent tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou • Qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique | | | | |
| | <p><u>Notes pour les demandes de règlement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation : long terme | | | | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 2. Pour le traitement des patients chez qui le budésonide est utilisé pour l'irrigation naso-sinusale, lorsque prescrit par un spécialiste ou en consultation avec un spécialiste (p. ex., ORL, allergologue, immunologiste). | | | | |
| | <p><u>Notes pour les demandes de règlement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation initiale : 1 an • Période d'approbation du renouvellement : long terme | | | | |

Critère révisé

Ibrutinib
(Imbruvica)

capsule de 140 mg

02434407

JAN

(SA)

PCF

1. En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)/du lymphome à petits lymphocytes (LPL) chez les patients adultes n'ayant jamais été traités auparavant et pour qui le traitement à base de fludarabine est considéré comme inapproprié en raison des risques élevés d'anomalies cytogénétiques (c.-à-d., une délétion 17p, une mutation TP53 ou un IGHV non muté).
2. En monothérapie pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC) ou d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) ayant reçu au moins un traitement antérieur.
3. En monothérapie pour le traitement des patients atteints du lymphome à cellules du manteau en rechute ou réfractaire.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. La patiente doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK) ou Idélalisib.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Nouvelle indication

Nintedanib
(Ofev)

capsule de 100 mg

02443066

BOE

(SA)

PCF

capsule de 150 mg

02443074

Maladies pulmonaires interstitielles fibrosantes chroniques

Pour le traitement des maladies pulmonaires interstitielles (MPI) fibrosantes chroniques à phénotype progressif chez les patients adultes présentant une capacité vitale forcée (CVF) supérieure ou égale à 45 % de la valeur prédite.

Critère de renouvellement :

- Le patient ne doit pas présenter de progression de la maladie, définie par un déclin absolu de la CVF supérieur ou égal à 10 % de la valeur prédite au cours des 12 mois précédant le traitement par le nintedanib.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant l'expérience du traitement des MPI.
- Le traitement d'association par la pirféridone et le nintedanib n'est pas remboursé.
- Période d'approbation : 1 an.

Nouvelles indications et critère révisé

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|-----|------|-----|
| Vénétoclax (Venclexta) | comprimé pelliculé de 10 mg comprimé pelliculé de 50 mg comprimé pelliculé de 100 mg | 02458039 02458047 02458055 | | | |
| Vénétoclax (Venclexta) trousse de départ | comprimés pelliculé de 10 mg, 50 mg, 100 mg | 02458063 | ABV | (SA) | PCF |

Leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes

1. En association avec l'obinutuzumab pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC)/lymphome à petits lymphocytes (LPL) n'ayant jamais été traités et pour qui le traitement à base de fludarabine ne convient pas.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être poursuivi pendant un total de 12 mois (six cycles de 28 jours en association avec l'obinutuzumab, suivis de six mois de monothérapie) ou jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes de reprise du traitement par le vénétoclax en association avec l'obinutuzumab ne sont pas admissibles.
 - Période d'approbation : 1 an.
2. En association avec le rituximab pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes ayant reçu au moins un traitement antérieur

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 poursuivi jusqu'à ce qu'il y ait une progression de la maladie ou une toxicité inacceptable, pendant un maximum de 2 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients ayant déjà reçu un traitement anti-CD20 ne sont pas admissibles si une rechute survient moins de 6 mois après la fin du traitement. Cependant, pour les patients ayant déjà été traités par vénétoclax, l'intervalle sans rechute doit être de 12 mois ou plus.
 - Période d'approbation initiale : 1 an
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an
3. En monothérapie pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes qui ont déjà reçu au moins un traitement antérieur et qui ont présenté une progression de la maladie ou une intolérance pendant un traitement par un inhibiteur du récepteur des lymphocytes B.

Critère 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 demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients ayant déjà reçu un traitement à base de vénétoclax ne sont pas admissibles si une rechute survient moins de 12 mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

Leucémie myéloïde aiguë

En association avec l'azacitidine pour le traitement des adultes atteints de leucémie myéloïde aiguë nouvellement diagnostiquée qui sont âgés de 75 ans ou plus ou qui présentent des comorbidités qui excluent le recours à une chimiothérapie d'induction intensive.

Critère de renouvellement :

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

Note clinique :

- Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients ayant déjà été traités par un agent hypométhylant ou une chimiothérapie pour le syndrome myélodysplasique ne sont pas admissibles.
 - Les demandes visant des patients atteints d'un syndrome myélodysplasique de risque élevé ne sont pas admissibles.
 - Période d'approbation initiale : 1 an.
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
-

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Indication |
|---|---|----------|-----------|--|
| Acalabrutinib (Calquence) | capsule de 100 mg | 02491788 | AZE | En association avec l'obinutuzumab pour le traitement des patients dont la leucémie lymphoïde chronique n'a jamais été traitée. |
| Infliximab (Remsima SC) | seringue préremplie de 120 mg/mL | 02511576 | CLT | Pour le traitement de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave. |
| | stylo prérempli de 120 mg/mL | 02511584 | | |
| Vénétoclax (Venclexta) | comprimé pelliculé de 10 mg | 02458039 | ABV | En association avec la cytarabine à faible dose est indiqué pour le traitement des adultes atteints de leucémie myéloïde aiguë nouvellement diagnostiquée qui sont âgés de 75 ans ou plus ou qui présentent des comorbidités qui excluent le recours à une chimiothérapie d'induction intensive. |
| | comprimé pelliculé de 50 mg | 02458047 | | |
| | comprimé pelliculé de 100 mg | 02458055 | | |
| Vénétoclax (Venclexta) trousse de départ | comprimés pelliculé de 10 mg, 50 mg, 100 mg | 02458063 | | |

Bulletin n° 1078

Le 24 mai 2022

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 mai 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Rappel sur l'initiative des biosimilaires – Insuline asparte

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

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|--|---|---|-----------|---------|--------------|
| Lidocaïne (Lidodan Visqueuse 2 %) | solution topique orale à 2 % | 01968823 | ODN | ADEFGV | PAM |
| Sulfates de triméthoprime/ Polymyxine B (Polytrim et marque générique) | solution ophtalmique de 0,1 % / 10 000 unités/mL | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ADEFGV | PAM |
| Ajouté à la liste des autres régimes | | | | | |
| Diménhydrinate (Gravol IM) | injection de 50 mg/mL | 00013579 | CHU | ADEFGWW | MLP |

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|--|----------|-----------|---------|--------------|
| Adalimumab (Simlanti) | auto-injecteur de 40 mg / 0,4 mL | 02523957 | | | |
| | seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL | 02523949 | JPC | (SA) | PCF |
| | seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL | 02523965 | | | |

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Colite ulcéreuse

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament 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.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Hidradénite suppurée

Pour le traitement de l'hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite psoriasique

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.

- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

Pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Uvéite

Pour le traitement de l'uvéite non infectieuse chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.

- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Risdiplam
(Evrysdi)

poudre pour solution
buvable de 60 mg

02514931

HLR

(SA)

PCF

Pour le traitement de l'amyotrophie spinale 5q si les critères suivants sont respectés :

- Dépistage génétique d'une délétion homozygote ou d'une mutation hétérozygote composite au chromosome 5q; et
- La ventilation permanente par un moyen effractif n'est pas encore nécessaire; et
- Patient symptomatique qui présente deux ou trois copies du gène SMN2 et qui :
 - est âgé de 2 à 7 mois, ou
 - est âgé de 8 mois à 25 ans et est non ambulatoire.

Critères d'arrêt du traitement :

- Il n'y a pas de maintien de la fonction motrice depuis le début du traitement selon une évaluation effectuée au moyen d'une échelle adaptée à l'âge; ou
- La ventilation permanente par un moyen effractif est nécessaire.

Notes cliniques :

1. Une échelle adaptée à l'âge correspond à la partie 2 de la méthode d'évaluation Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE), à l'échelle de mesure de la fonction motrice CHOP INTEND (Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders) ou à l'échelle HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale-Expanded).
2. Une évaluation initiale doit être effectuée avec une échelle adaptée à l'âge avant le début du traitement.
3. Une évaluation annuelle doit être effectuée avec une échelle adaptée à l'âge au maximum 12 semaines avant la date de renouvellement.
4. La ventilation permanente par un moyen effractif est définie par la mise en place d'une trachéostomie et l'utilisation d'un ventilateur en raison de la progression de l'amyotrophie spinale qui n'est pas attribuable à une cause identifiable et réversible.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un spécialiste ayant l'expérience du traitement de l'amyotrophie spinale.
- Le traitement d'association par le nusinersen ne sera pas remboursé.
- Les demandes visant le risdiplam ne seront pas admissibles dans le cas des patients qui ont reçu une thérapie génique à base de vecteurs viraux AAV (*adeno-associated virus*).
- Les patients qui reçoivent actuellement un médicament contre l'amyotrophie spinale pourraient être admissibles à faire la transition vers un autre médicament contre l'amyotrophie spinale; toutefois, les patients ne seront pas autorisés à revenir à un médicament contre l'amyotrophie spinale qu'ils ont déjà essayé.
- Quantité maximale approuvée : 0,2 mg/kg/jour pour les patients âgés de 2 mois à moins de 2 ans, 0,25 mg/kg/jour pour les patients âgés de 2 ans ou plus et pesant moins de 20 kg, ou 5 mg/jour pour les patients âgés de 2 ans ou plus et pesant 20 kg ou plus.
- Période d'approbation : 1 an.

- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Indication |
|----------------------------------|---|----------------------------------|-----------|--|
| Patiromer (Veltassa) | sachet de 8,4 g sachet de 16,8 g sachet de 25,2 g | 02481359 02481367 02481375 | VFM | Pour le traitement de l'hyperkaliémie chez les adultes atteints de néphropathie chronique. |

Rappel – Initiative sur les biosimilaires

L'initiative sur les biosimilaires prévoit de faire passer les patients qui utilisent certains médicaments biologiques d'origine à une version biosimilaire s'ils veulent conserver leur couverture des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Nous vous rappelons que la **couverture des stylos préremplis et des cartouches NovoRapid prendra fin le 31 mai 2022**. Les patients doivent passer à la version biosimilaire de l'insuline aspartate s'ils veulent conserver leur couverture des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Consultez la [Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick – Bulletin n° 1065](#) pour en savoir plus.

Vous trouverez d'autres renseignements et ressources au sujet de l'Initiative sur les biosimilaires à l'adresse : www.gnb.ca/biosimilaires.

Bulletin n° 1079

Le 31 mai 2022

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 31 mai 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 juin 2022, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 juin 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 juin 2022. Avant le 21 juin 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 mai 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|-----------------------------------|-----|-----------------|--------------------|----------|-----|----------|--------|
| Amoxicilline / Acide Clavulanique | | | | | | | |
| Co. | Orl | 250 mg / 125 mg | Auro-Amoxi Clav | 02471671 | ARO | ABDEFGVW | 0.2467 |
| | | 500 mg / 125 mg | Auro-Amoxi Clav | 02471698 | ARO | ABDEFGVW | 0.3778 |
| | | 875 mg / 125 mg | Auro-Amoxi Clav | 02471701 | ARO | ABDEFGVW | 0.5551 |
| Célécoxib | | | | | | | |
| Caps | Orl | 200 mg | pmsc-Celecoxib | 02517124 | PMS | ADEFGV | 0.2558 |
| Clonidine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 0,025 mg | Mar-Clonidine | 02524198 | MAR | ADEFGV | 0.0680 |
| Darunavir | | | | | | | |
| Co. | Orl | 600 mg | Darunavir | 02521342 | JPC | DU | 4.2970 |
| | | 800 mg | Darunavir | 02521350 | JPC | DU | 5.8295 |
| Lisinopril | | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Lisinopril | 02525186 | SAS | ADEFGV | 0.1347 |
| | | 10 mg | Lisinopril | 02525194 | SAS | ADEFGV | 0.1619 |
| | | 20 mg | Lisinopril | 02525208 | SAS | ADEFGV | 0.1945 |
| Lurasidone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 20 mg | Latuda | 02422050 | SNV | | 4.2500 |
| | | | pms-Lurasidone | 02505878 | PMS | (SA) | |
| | | | Sandoz Lurasidone | 02521075 | SDZ | | 1.2250 |
| | | | Taro-Lurasidone | 02504499 | TAR | | |
| | | 40 mg | Latuda | 02387751 | SNV | | 4.2500 |
| | | | pms-Lurasidone | 02505886 | PMS | (SA) | |
| | | | Sandoz Lurasidone | 02521091 | SDZ | | 1.2250 |
| | | | Taro-Lurasidone | 02504502 | TAR | | |
| | | 60 mg | Latuda | 02413361 | SNV | | 4.2500 |
| | | | pms-Lurasidone | 02505894 | PMS | (SA) | |
| | | | Sandoz Lurasidone | 02521105 | SDZ | | 1.2250 |
| | | | Taro-Lurasidone | 02504510 | TAR | | |
| | | 80 mg | Latuda | 02387778 | SNV | | 4.2500 |
| | | | pms-Lurasidone | 02505908 | PMS | (SA) | |
| | | | Sandoz Lurasidone | 02521113 | SDZ | | 1.2250 |
| | | | Taro-Lurasidone | 02504529 | TAR | | |
| | | 120mg | Latuda | 02387786 | SNV | | 4.2500 |
| | | | pms-Lurasidone | 02505916 | PMS | (SA) | |
| | | | Taro-Lurasidone | 02504537 | TAR | | 2.4500 |

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|---------|-----------------------|----------|-----|---------|--------|
| Moxifloxacin | | | | | | |
| Co. | Orl | | | | | |
| | 400 mg | Moxifloxacin | 02520710 | SAS | VW (SA) | 1.5230 |
| Ondansétron | | | | | | |
| Co.D.O. | Orl | | | | | |
| | 4 mg | Mar-Ondansetron ODT | 02514966 | MAR | (SA) | 3.2720 |
| | | Ondansetron ODT | 02519232 | JPC | | |
| | | pms-Ondansetron ODT | 02519445 | PMS | | |
| | 8 mg | Mar-Ondansetron ODT | 02514974 | MAR | (SA) | 4.9930 |
| | | Ondansetron ODT | 02519240 | JPC | | |
| | | pms-Ondansetron ODT | 02519453 | PMS | | |
| Pramipexole | | | | | | |
| Co. | Orl | | | | | |
| | 0,25 mg | Pramipexole | 02367602 | SAS | ADEFV | 0.1950 |
| | 0,5 mg | Pramipexole | 02367610 | SAS | ADEFV | 0.4018 |
| | 1 mg | Pramipexole | 02367629 | SAS | ADEFV | 0.3901 |
| | 1,5 mg | Pramipexole | 02367645 | SAS | ADEFV | 0.3901 |
| Quétiapine | | | | | | |
| Co.L.P. | Orl | | | | | |
| | 50 mg | Quetiapine FumarateXR | 02516616 | SAS | ADEFVW | 0.2501 |
| | | Quetiapine XR | 02519607 | JPC | | |
| | 150mg | Quetiapine FumarateXR | 02516624 | SAS | ADEFVW | 0.4926 |
| | | Quetiapine XR | 02519615 | JPC | | |
| | 200mg | Quetiapine FumarateXR | 02516632 | SAS | ADEFVW | 0.6661 |
| | | Quetiapine XR | 02519623 | JPC | | |
| | 300mg | Quetiapine FumarateXR | 02516640 | SAS | ADEFVW | 0.9776 |
| | | Quetiapine XR | 02519747 | JPC | | |
| | 400mg | Quetiapine FumarateXR | 02516659 | SAS | ADEFVW | 1.3270 |
| | | Quetiapine XR | 02519763 | JPC | | |
| Ticagrélor | | | | | | |
| Co. | Orl | | | | | |
| | 90 mg | Brilinta | 02368544 | AZE | (SA) | 1.5157 |
| | | Taro-Ticagrelor | 02492598 | TAR | | |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----------|-------------------------|----------|-----|---------|--------|
| Chlorure de Potassium | | | | | | |
| Liq | Orl | | | | | |
| | 100 mg/mL | Jamp-Potassium Chloride | 80024835 | JPC | ADEFGV | 0.0360 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|----------|--------------------|----------|-----|---------|--------|
| Clonidine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 0,025 mg | Sandoz Clonidine | 02516217 | SDZ | ADEFGV | 0.0680 |
| | | | Teva-Clonidine | 02304163 | TEV | | |
| Darunavir | | | | | | | |
| Co. | Orl | 600 mg | Apo-Darunavir | 02487241 | APX | DU | 4.2970 |
| | | | Auro-Darunavir | 02486121 | ARO | | |
| | | 800 mg | Apo-Darunavir | 02487268 | APX | DU | 5.8295 |
| | | | Auro-Darunavir | 02486148 | ARO | | |

Bulletin n° 1080

Le 20 juin 2022

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 20 juin 2022.

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.

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|--|---------------------------------------|---|-----------|---------|--------------|
| Calcium polystyrène sulfonate (Resonium calcium et marque générique) | poudre pour suspension de 999 mg/g | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ADEFGV | PAM |

Ajouté à la liste des autres régimes

| | | | | | |
|---|-----------------------|---|--|---------|-----|
| Diphénhydramine (Diphenist et marque générique) | injection de 50 mg/mL | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ADEFGVW | PAM |
|---|-----------------------|---|--|---------|-----|

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|---|----------|-----------|---------|--------------|
| Apomorphine (Kynmobi) | film à désintégration orale de 10 mg | 02500264 | | | |
| | film à désintégration orale de 15 mg | 02500272 | | | |
| | film à désintégration orale de 20 mg | 02500280 | SNV | (SA) | PCF |
| | film à désintégration orale de 25 mg | 02500299 | | | |
| | film à désintégration orale de 30 mg | 02500302 | | | |

Pour le traitement aigu et intermittent des épisodes « off » chez les patients atteints de la maladie de Parkinson qui reçoivent un traitement optimisé contre la maladie (c.-à-d. lévodopa et ses dérivés et agonistes dopaminergiques ou inhibiteurs de la MAO-B ou dérivés de l'amantadine).

Note clinique :

- Le traitement par Kynmobi doit être interrompu à moins qu'une amélioration d'au moins 3,25 points soit observée dans le score à l'échelle MDS-UPDRS III (Movement Disorders Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale Part III), mesuré de 30 à 60 minutes après l'administration d'une dose ajustée de Kynmobi. Cette évaluation doit être réalisée au plus tard un an après que la posologie de Kynmobi ait été ajustée pour obtenir une dose stable et tolérable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de la maladie de Parkinson.
- Les approbations seront pour un maximum de 90 mg par jour, sans dépasser cinq films par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

Icosapent éthyl
(Vascepa)

capsule de 1 g

02495244

HLS

(SA)

PCF

Pour réduire le risque d'événements cardiovasculaires (décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non fatal, accident vasculaire cérébral non fatal, revascularisation coronaire ou hospitalisation pour angine de poitrine instable) chez les patients traités par des statines présentant un taux de triglycérides élevé et qui respectent tous les critères suivants :

- Ils sont âgés d'au moins 45 ans
- Ils présentent une maladie cardiovasculaire établie
- Au départ, ils présentent un taux de triglycérides à jeun situé entre 1,7 mmol/L et 5,6 mmol/L, mesuré dans les trois mois précédant le début du traitement par Vascepa
- Ils présentent un taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL) situé entre 1,0 mmol/L et 2,6 mmol/L
- Ils ont reçu une dose maximale tolérée de statines pendant au moins 4 semaines dans l'objectif d'atteindre un C-LDL de moins de 2,0 mmol/L

Note clinique :

- Les taux de C-LDL et de triglycéride doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une dose maximale de 4 g par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

Lanthane
(Fosrenol)

comprimé à croquer de
250 mg

02287145

comprimé à croquer de
500 mg

02287153

comprimé à croquer de
750 mg

02287161

TAK

(SA)

PCF

comprimé à croquer de
1000 mg

02287188

Pour le traitement de l'hyperphosphatémie (taux sérique de phosphate supérieur à 1,8 mmol/L) chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale qui ont une intolérance à un autre chélateur de phosphate ou qui n'ont pas obtenu de maîtrise adéquate de leur taux de phosphate avec un autre chélateur de phosphate.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de l'amélioration du taux de phosphate est requise (les résultats du laboratoire doivent être fournis).

Ofatumumab
(Kesimpta)

auto-injecteur de 20 mg /
0,4 mL

02511355

NVR

(SA)

PCF

Pour le traitement de la sclérose en plaques récurrente-rémittente (SPRR) chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
- Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours des deux dernières années;

- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score sur l'échelle étendue du statut d'invalidité est égal ou supérieur à 7.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans A, D, E, F, G et V seront examinées.
- La période d'approbation est de deux ans.

Tafamidis
(Vyndamax)

capsule de 61 mg

02517841

PFI

(SA)

PCF

Pour le traitement de la cardiomyopathie chez les patients adultes présentant une amyloïdose à transthyrétine (ATTR) héréditaire ou de type sauvage documentée, qui répondent à tous les critères suivants :

- insuffisance cardiaque de classe I à III selon la classification de la New York Heart Association (NYHA)
- au moins une hospitalisation antérieure pour cause d'insuffisance cardiaque ou signes cliniques d'insuffisance cardiaque ayant justifié un traitement par un diurétique
- pas de transplantation cardiaque ou hépatique
- pas de dispositif d'assistance cardiaque mécanique implanté.

Critères d'arrêt du traitement :

Le patient a :

- une insuffisance cardiaque de classe IV selon la classification de la NYHA; ou
- reçu un dispositif d'assistance cardiaque mécanique implanté; ou
- subi une transplantation cardiaque ou hépatique.

Notes cliniques :

1. La cardiomyopathie causée par une ATTR de type sauvage est caractérisée par tous les éléments suivants :
 - absence d'un génotype variant de la transthyrétine (TTR);
 - présence de la protéine précurseur de la TTR décelée par analyse immunohistochimique, scintigraphie ou spectrométrie de masse;
 - signe d'atteinte cardiaque visible à l'échocardiographie avec épaisseur septale interventriculaire en fin de diastole de plus de 12 mm;
 - présence de dépôts amyloïdes dans les tissus prélevés à la biopsie (tissu adipeux, glande salivaire, gaine de tissus conjonctif du nerf médian ou tissu cardiaque).
2. La cardiomyopathie causée par une ATTR héréditaire est caractérisée par tous les éléments suivants :
 - présence d'un génotype variant de TTR associé à la cardiomyopathie et présence d'un phénotype de cardiomyopathie;
 - signe d'atteinte cardiaque visible à l'échocardiographie avec épaisseur septale interventriculaire en fin de diastole de plus de 12 mm;

- présence de dépôts amyloïdes dans les tissus prélevés à la biopsie (tissu adipeux, glande salivaire, gaine de tissus conjonctif du nerf médian ou tissu cardiaque).

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement de la cardiomyopathie causée par une ATTR.
- Le traitement d'association avec d'autres ARN interférents ou des stabilisateurs de la transthyrétine utilisés pour traiter la cardiomyopathie causée par une ATTR n'est pas remboursé.
- Période d'approbation initiale : 9 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|--------|-----|-----------|---------|--------------|
|----------------------------------|--------|-----|-----------|---------|--------------|

**Nouvelle forme
pharmaceutique**

Omalizumab
(Xolair)

seringue préremplie de
150 mg/mL

02459795

NVR

(SA)

PCF

Pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus souffrants 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 sur une période de 7 jours (UAS7) doit figurer sur la demande soumise.

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement seront prises en considération pour les patients qui ont :
 - 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. La forme modérée à grave de l'urticaire chronique idiopathique (UCI) est définie par un score UAS7 d'au moins 16.
2. 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.
3. 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 demandes de règlement :

- Une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale: 24 semaines.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Indication |
|----------------------------------|--|----------|-----------|---|
| Colchicine (Myinfla) | comprimé à libération prolongée de 0,5 mg | 02519380 | PDP | Pour la réduction des événements athérotrombotiques chez les patients adultes qui ont une maladie coronarienne préexistante. |
| Tralokinumab (Adtralza) | seringue préremplie de 150 mg/ml | 02521288 | LEO | Pour le traitement de dermatite atopique modérée à sévère chez les patients adultes. |

Bulletin n° 1081

Le 30 juin 2022

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 30 juin 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 juillet 2022, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 juillet 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 juillet 2022. Avant le 21 juillet 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 juin 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|--------------------|--|----------------------|------------|--------------------------|
| Apixaban | | | | | | |
| Co. | Orl | 2,5 mg | Eliquis Apo-Apixaban | 02377233 02487381 | BRI APX | SA 1.6336 1.2252 |
| | | 5 mg | Eliquis Apo-Apixaban | 02397714 02487403 | BRI APX | SA 1.6336 1.2252 |
| Bicalutamide | | | | | | |
| Co. | Orl | 50 mg | Bicalutamide | 02519178 | SAS | ADEFV 1.2690 |
| Cétirizine | | | | | | |
| Co. | Orl | 10 mg | Cetirizine Extra Strength | 02517566 | JPC | G 0.2223 |
| | | 20 mg | Jamp Cetirizine Tablets | 02517353 | JPC | (SA) 0.2223 |
| Cyclosporine | | | | | | |
| Caps | Orl | 25 mg | Cyclosporine Capsules | 02495805 | STD | ADEFGRV 0.7870 |
| | | 50 mg | Cyclosporine Capsules | 02495821 | STD | ADEFGRV 1.5350 |
| | | 100 mg | Cyclosporine Capsules | 02495813 | STD | ADEFGRV 3.0720 |
| Darunavir | | | | | | |
| Co. | Orl | 600 mg | M-Darunavir | 02522284 | MRA | DU 4.2970 |
| | | 800 mg | M-Darunavir | 02522292 | MRA | DU 5.8295 |
| Fésotérodine | | | | | | |
| Co.L.P. | Orl | 4 mg | Toviaz Sandoz Fesoterodine Fumarate | 02380021 02521768 | PFI SDZ | (SA) 1.5000 1.1250 |
| | | 8 mg | Toviaz Sandoz Fesoterodine Fumarate | 02380048 02521776 | PFI SDZ | (SA) 1.5000 1.1250 |
| Fluconazole | | | | | | |
| Caps | Orl | 150 mg | Fluconazole-150 | 02521229 | SAS | ADEFGVW 3.6392 |
| Hydroxychloroquine | | | | | | |
| Co. | Orl | 200 mg | Hydroxychloroquine | 02519348 | SAS | ADEFGV 0.1576 |
| Lurasidone | | | | | | |
| Co. | Orl | 20 mg | Jamp Lurasidone | 02516438 | JPC | (SA) 1.2250 |
| | | 40 mg | Jamp Lurasidone | 02516446 | JPC | (SA) 1.2250 |
| | | 60 mg | Jamp Lurasidone | 02516454 | JPC | (SA) 1.2250 |
| | | 80 mg | Jamp Lurasidone | 02516462 | JPC | (SA) 1.2250 |

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|-------------------------------|-----|-----------|-----------------------------------|----------|-----|---------|---------|
| Quétiapine | | | | | | | |
| Co.L.P. | Orl | 50 mg | Mint-Quetiapine XR | 02522187 | MNT | ADEFGVW | 0.2501 |
| | | 150 mg | Mint-Quetiapine XR | 02522195 | MNT | ADEFGVW | 0.4926 |
| | | 200 mg | Mint-Quetiapine XR | 02522209 | MNT | ADEFGVW | 0.6661 |
| | | 300 mg | Mint-Quetiapine XR | 02522217 | MNT | ADEFGVW | 0.9776 |
| Sodique Polystyrène Sulfonate | | | | | | | |
| Susp | Orl | 250 mg/mL | Odan-Sodium Polystyrene Sulfonate | 02473968 | ODN | ADEFGV | 0.1409 |
| Ténofovir | | | | | | | |
| Co. | Orl | 300 mg | Tenofovir | 02523922 | SIV | ADEFGUV | 4.8884 |
| Tériflunomide | | | | | | | |
| Co. | Orl | 14 mg | Aubagio | 02416328 | GZM | | 59.7200 |
| | | | ACH-Teriflunomide | 02502933 | AHI | | |
| | | | Apo-Teriflunomide | 02500639 | APX | | |
| | | | Jamp Teriflunomide | 02504170 | JPC | | |
| | | | M-Teriflunomide | 02523833 | MRA | (SA) | |
| | | | Mar-Teriflunomide | 02500469 | MAR | | 14.9300 |
| | | | Nat-Teriflunomide | 02500310 | NAT | | |
| | | | pms-Teriflunomide | 02500434 | PMS | | |
| | | | Sandoz Teriflunomide | 02505843 | SDZ | | |
| | | | Teva-Teriflunomide | 02501090 | TEV | | |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|---------------|----------------------|----------|-----|---------|--------|
| Acide Zolédronique | | | | | | | |
| Liq | IV | 5 mg / 100 mL | Taro-Zoledronic Acid | 02415100 | TAR | | |
| | | | Zoledronic Acid | 02422433 | RCH | ADEFGV | 3.5601 |
| Cyclosporine | | | | | | | |
| Caps | Orl | 25 mg | Neoral | 02150689 | NVR | | |
| | | | Sandoz Cyclosporine | 02247073 | SDZ | ADEFGRV | 0.7870 |
| | | 50 mg | Neoral | 02150662 | NVR | | |
| | | | Sandoz Cyclosporine | 02247074 | SDZ | ADEFGRV | 1.5350 |
| | | 100 mg | Neoral | 02150670 | NVR | | |
| | | | Sandoz Cyclosporine | 02242821 | SDZ | ADEFGRV | 3.0720 |
| Fénofibrate | | | | | | | |
| Co. | Orl | 100 mg | AA-Feno-Super | 02246859 | AAP | ADEFGV | 0.9883 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|-------------------------------|-----|----------------|---------------------------|----------|-----|---------|--------|
| Lévodopa / Carbidopa | | | | | | | |
| Co.L.L. | Orl | 100 mg / 25 mg | AA-Levocarb CR | 02272873 | AAP | ADEFGV | 0.7974 |
| | | 200 mg / 50 mg | AA-Levocarb CR | 02245211 | AAP | ADEFGV | 1.4282 |
| Methotrexate | | | | | | | |
| Liq | Inj | 25 mg/mL | Methotrexate Inj USP | 02182777 | PFI | ADEFGV | 4.4600 |
| | | | Methotrexate Injection BP | 02464365 | AHI | | |
| Risédronate | | | | | | | |
| Co. | Orl | 30 mg | Teva-Risedronate | 02298384 | TEV | (SA) | 8.8500 |
| Sodique Polystyrène Sulfonate | | | | | | | |
| Susp | Orl | 250 mg/mL | Solystat | 00769541 | PDP | ADEFGV | 0.1409 |

Bulletin n° 1082

Le 7 juillet 2022

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

Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement

La politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick encadre les critères et les exigences relatives au paiement des frais d'exécution d'ordonnance des médicaments pris de façon régulière. La politique a été mise à jour afin de préciser les critères et les exigences en matière de soumission et de justification des demandes de règlement. Les formulaires de justification ont aussi été mis à jour.

À compter du 1^{er} août 2022, les nouveaux formulaires devront être utilisés. Après cette date, les anciennes versions des formulaires ne seront plus acceptées aux fins de vérification.

La politique et les formulaires de justification sont disponibles [en ligne](#).

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

Bulletin n° 1083

Le 25 juillet 2022

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 25 juillet 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts 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
- Mise à jour pour les soumissions de demande de remboursement de plus de 9 999,99 \$

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

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|--|----------|-----------|---------|--------------|
| Terbinafine (Lamisil) | solution topique à 1% en vaporisateur | 02238703 | NVR | ADEFGV | PCF |

L'autorisation spéciale n'est plus requise

| | | | | | |
|---|--|---|--|--------|-----|
| Lurasidone (Latuda et marques génériques) | comprimé pelliculé de 20 mg comprimé pelliculé de 40 mg comprimé pelliculé de 60 mg comprimé pelliculé de 80 mg comprimé pelliculé de 120 mg | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ADEFGV | PAM |
|---|--|---|--|--------|-----|

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| Adalimumab (Yuflyma) | stylo préremplie de 40 mg / 0,4 mL | 02523779 | CTL | (SA) | PCF |

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Colite ulcéreuse

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament 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.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines

- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Hidradénite suppurée

Pour le traitement de l'hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite psoriasique

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

Pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Uvéite

Pour le traitement de l'uvéite non infectieuse chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Onasemnogène abéparvovec
(Zolgensma)

solution pour perfusion
intraveineuse de 2×10^{13}
génomés de vecteur/mL

02509695

NVR

(SA)

PCF

Pour le traitement de l'amyotrophie spinale (AS) chez les personnes qui répondent aux critères suivants :

- Dépistage génétique d'une AS 5q avec mutations bialléliques du gène de survie du motoneurone 1 (SMN1, de l'anglais *Survival Motor Neuron 1*); et
- Patient âgé de 180 jours ou moins au moment où l'onasemnogène abéparvovec est administré; et
- Patient présymptomatique ou symptomatique et porteur de 1 à 3 copies du gène de survie du motoneurone 2 (SMN2); et
- Patient qui ne nécessite pas de ventilation permanente (effractive ou non effractive) ni de sonde d'alimentation permanente.

Note clinique :

- La ventilation permanente est définie comme la nécessité d'une trachéotomie ou le besoin d'une assistance respiratoire de 16 heures ou plus par jour (au moyen d'une ventilation non effractive) pendant 14 jours consécutifs ou plus en l'absence d'une maladie aiguë réversible, à l'exclusion de la ventilation périopératoire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un spécialiste ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de la AS.
- Aucun traitement par le nusinersen, le risdiplam ou d'autres médicaments indiqués pour le traitement de la AS ne sera envisagé après que le patient ait reçu une dose d'onasemnogène abéparvovec.
- Les autorisations seront limitées à une administration à vie de $1,1 \times 10^{14}$ génomes de vecteur/kg.
- Les patients qui ont reçu une dose antérieure d'onasemnogène abéparvovec obtenu par n'importe quel mécanisme (p. ex. régime d'assurance privé, essai clinique, accès compassionnel) ne seront pas remboursés.
- Les patients qui ont 4 copies ou plus du gène SMN2 ne seront pas remboursés.

Trientine
(MAR-Trientine)

capsule de 250 mg

02504855

MAR

(SA)

PCF

Indiqué pour le traitement des patients atteints de la maladie de Wilson qui sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à la D-pénicillamine.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement. Des documents justificatifs doivent être fournis.

Note clinique :

- Les détails des intolérances et/ou des contre-indications à la D-pénicillamine doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Chez les patients adultes, la Trientine ne doit être prescrite que par des médecins expérimentés dans la gestion de la maladie de Wilson.

- Chez les patients pédiatriques, la Trientine ne doit être prescrite et renouvelée que par des médecins expérimentés dans la gestion de la maladie de Wilson.
- Les autorisations seront pour une dose maximale de 2 000 mg par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

Vitamines B et C
(Replavite)

comprimé 80007498 WNP (SA) PCF

Pour remplacer les vitamines hydrosolubles chez les patients atteints d'une maladie rénale en phase terminale qui sont sous dialyse.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|--------|-----|-----------|---------|--------------|
|----------------------------------|--------|-----|-----------|---------|--------------|

Nouvelle forme pharmaceutique et dosage

| | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|----------|-----|------|-----|
| Risankizumab (Skyrizi) | seringue préremplie de 150 mg/mL | 02519283 | ABV | (SA) | PCF |
| | auto-injecteur de 150 mg/mL | 02519291 | | | |

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- Score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Réfractaire ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Réfractaire, intolérance ou contre-indications à méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) 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. 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 aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.

- Les approbations seront pour une dose maximale de 150 mg aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Période initiale d'approbation : 16 semaines
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue est requise.

Nouvelle indication

Lenalidomide
(Revlimid et marques
génériques)

capsule de 2,5 mg
capsule de 5 mg
capsule de 10 mg
capsule de 15 mg
capsule de 20 mg
capsule de 25 mg

Voir formulaire des Régimes de
médicaments du N.-B. ou la liste
des PAM pour les produits (SA) PAM

Myélome multiple

1. Pour le traitement de première intention du myélome multiple nouvellement diagnostiqué chez les patients qui ne sont pas admissibles à la greffe de cellules souches, lorsque le médicament est utilisé :
 - en association avec la dexaméthasone, avec ou sans bortézomib; ou
 - en association avec le daratumumab et la dexaméthasone.
2. Pour le traitement des patients atteints de myélome multiple lorsqu'il est utilisé en association avec le bortézomib et la dexaméthasone comme traitement d'induction avant une greffe de cellules souches autologues.
3. Pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire, lorsque le médicament est utilisé :
 - en association avec la dexaméthasone chez les patients dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement par le lénalidomide; ou
 - en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone chez les patients dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement par le bortézomib ou le lénalidomide; ou
 - en association avec le daratumumab et la dexaméthasone chez les patients dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement par le lénalidomide.
4. Pour le traitement d'entretien du myélome multiple nouvellement diagnostiqué, chez les patients dont la maladie s'est stabilisée ou atténuée à la suite d'une greffe de cellules souches et qui ne présentent pas de signe de progression de la maladie.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.
2. Le patient doit présenter un bon indice de performance.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Nouvelle indication

| | | | | | |
|------------------------|--------------------|----------|-----|------|-----|
| Olaparib (Lynparza) | comprimé de 100 mg | 02475200 | | | |
| | comprimé de 150 mg | 02475219 | AZE | (SA) | PCF |

Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration

Pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration (CPRCm) qui respecte les critères suivants :

- porteurs d'une mutation germinale et/ou somatique délétère ou présumée délétère dans les gènes de réparation par recombinaison homologue (RRH) BRCA1, BRCA2 ou ATM; et
- dont la maladie a progressé au cours d'un traitement antérieur par une thérapie ciblant les récepteurs des androgènes (ARAT).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente 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 interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Nouveau dosage et critère révisé

| | | | | | |
|--|--|----------|-----|------|-----|
| Élécacaftor / Tézacaftor / Ivacaftor et Ivacaftor (Trikafta) | comprimé de 50 mg / 25 mg / 37.5 mg et comprimé de 75 mg | 02526670 | VTX | (SA) | PCF |
|--|--|----------|-----|------|-----|

Pour le traitement des patients de 6 ans et plus qui présentent au moins une mutation F508del du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR).

Critères de renouvellement initial :

Le patient doit répondre à l'un des critères suivants :

- Augmentation d'au moins 5 % du pourcentage de la valeur prédite du VEMS par rapport à la valeur initiale.
- Diminution du nombre total de jours de traitement par des antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse pour des exacerbations pulmonaires par rapport à la période de six mois précédant le début du traitement.
- Diminution du nombre total d'exacerbations pulmonaires nécessitant l'administration d'antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse par rapport à la période de six mois précédant le début du traitement.
- Diminution du nombre d'hospitalisations liées à la fibrose kystique par rapport à la période de six mois précédant le début du traitement.

- Aucune diminution de l'indice de masse corporelle (IMC) après six mois de traitement par rapport à la valeur initiale.
- Augmentation de 4 points ou plus du score respiratoire au questionnaire modifié sur la fibrose kystique (CFQ-R) par rapport à la valeur initiale.

Critères de renouvellement subséquent :

- Une preuve que le patient continue de tirer des bienfaits du traitement doit être fournie (p. ex. : VEMS en pourcentage de la valeur prédite, score CFQ-R, exacerbations pulmonaires).

Notes cliniques :

1. Les valeurs initiales suivantes doivent être fournies avant le début du traitement :
 - VEMS et VEMS en pourcentage de la valeur prédite mesurés par spirométrie dans la période de trois mois précédant le début du traitement
 - Nombre total de jours de traitement par des antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse pour des exacerbations pulmonaires dans la période de six mois précédant le début du traitement
 - Nombre total d'exacerbations pulmonaires ayant nécessité l'administration d'antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse dans la période de six mois précédant le début du traitement
 - Nombre d'hospitalisations liées à la fibrose kystique dans la période de six mois précédant le début du traitement
 - IMC
 - Score respiratoire au CFQ-R
2. Les demandes ne seront pas admissibles dans le cas des patients qui ont subi une transplantation pulmonaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes des personnes inscrites aux régimes A, D, E, F, G et V seront examinées.
- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et de la prise en charge de la fibrose kystique.
- L'utilisation combinée de plus d'un modulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 7 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Changements au statut de la garantie

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|--------|-----|-----------|---------|--------------|
|----------------------------------|--------|-----|-----------|---------|--------------|

Retraite de la liste

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| Déférasirox (Exjade et marques génériques) | comprimés de 125 mg comprimés de 250 mg comprimés de 500 mg | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | | |
|--|---|---|--|--|--|

Dès le 25 juillet 2022, les comprimés de déférasirox (Exjade et marques génériques) seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre de médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront plus admissibles.

Il existe des chélateurs du fer aussi efficaces et moins coûteux qui sont actuellement couverts à titre de médicament requérant une autorisation spéciale.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Indication |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------|-----------|---|
| Insuline asparte (Kirsty) | stylo prérempli de 100 unités/mL | 02520974 | BGP | Pour le traitement des patients atteints du diabète sucré. |
| | flacon multidose de 100 unités/mL | 02520982 | | |
| Risperidone (Perseris) | seringue préremplie de 90 mg | 02507838 | HLS | Pour le traitement de la schizophrénie chez les patients adultes. |
| | seringue préremplie de 120 mg | 02507846 | | |

Mise à jour pour les soumissions de demande de remboursement de plus de 9 999,99 \$

Des changements ont été apportés pour améliorer l'efficacité du processus de soumission des demandes de remboursement de plus de 9 999,99 \$. Les médicaments, ainsi que les DIN (numéro d'identification du médicament) et NIP (numéro d'identification du produit) concernés, sont énumérés [ici](#).

À partir du 31 août 2022, les pharmacies devront utiliser le DIN, un NIP (chaque demande de remboursement suivante devra être soumise avec le même NIP) et le code d'intervention et d'exception « MG » pour soumettre les demandes de remboursement de plus de 9 999,99 \$. Le nouveau processus simplifiera la soumission de ce type de demandes de remboursement.

D'ici cette date, les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ peuvent être soumises soit au moyen du DIN, d'un NIP (chaque demande de remboursement suivante devra être soumise avec le même NIP) et du code d'intervention et d'exception « MG », soit au moyen du DIN et de plusieurs NIP.

Vous trouverez davantage de renseignements [en ligne](#) sur les soumissions des demandes de remboursement aux Régimes de médicaments du N.-B.

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

Bulletin n° 1084

Le 28 juillet 2022

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 28 juillet 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 18 août 2022, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 18 août 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 18 août 2022. Avant le 18 août 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 28 juillet 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 18 août 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|-----------------|-------------------------------------|----------|-----|----------|----------|
| Calcipotriol / Bétaméthasone | | | | | | | |
| Gel | Top | 50 mcg / 0,5 mg | Dovobet | 02319012 | LEO | | 1.5377 |
| | | | Taro-Calcipotriol/Betamethasone Gel | 02525178 | TAR | ADEFGV | 1.3142 |
| Capécitabine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 150 mg | Capecitabine | 02519879 | JPC | ADEFGV | 0.4575 |
| | | 500 mg | Capecitabine | 02519887 | JPC | ADEFGV | 1.5250 |
| Céphalexine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 250 mg | Cephalexin | 02521253 | SAS | ABDEFGVW | 0.0866 |
| | | 500 mg | Cephalexin | 02521261 | SAS | ABDEFGVW | 0.1731 |
| Élériptan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 20 mg | Apo-Eleriptan Tablets | 02518015 | APX | ADEFGV | 2.6172 |
| | | 40 mg | Apo-Eleriptan Tablets | 02518023 | APX | ADEFGV | 2.6172 |
| Furosémide | | | | | | | |
| Liq | Inj | 10 mg/mL | Furosemide Injection USP | 02461404 | STR | VW | 0.6055 |
| Glycopyrrolate | | | | | | | |
| Liq | Inj | 0,2 mg/mL | Glycopyrrolate Injection USP | 02473879 | STR | ADEFGVW | 2.7825 |
| | | 0,4 mg / 2 mL | Glycopyrrolate Injection USP | 02473895 | STR | ADEFGVW | 2.7825 |
| | | 4 mg / 20 mL | Glycopyrrolate Injection USP | 02473887 | STR | ADEFGVW | 2.7825 |
| Lénalidomide | | | | | | | |
| Caps | Orl | 2,5 mg | Taro-Lenalidomide | 02507862 | TAR | (SA) | 82.3750 |
| | | 5 mg | Taro-Lenalidomide | 02507870 | TAR | (SA) | 85.0000 |
| | | 10 mg | Taro-Lenalidomide | 02507889 | TAR | (SA) | 90.2500 |
| | | 15 mg | Taro-Lenalidomide | 02507897 | TAR | (SA) | 95.5000 |
| | | 20 mg | Taro-Lenalidomide | 02507900 | TAR | (SA) | 100.7500 |
| | | 25 mg | Taro-Lenalidomide | 02507919 | TAR | (SA) | 106.0000 |
| Lévétiracétam | | | | | | | |
| Co. | Orl | 250 mg | Jamp Levetiracetam Tablets | 02504553 | JPC | ADEFGV | 0.3210 |
| | | 500 mg | Jamp Levetiracetam Tablets | 02504561 | JPC | ADEFGV | 0.3911 |
| | | 750 mg | Jamp Levetiracetam Tablets | 02504588 | JPC | ADEFGV | 0.5416 |

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|---------------------------------|--------------------|----------|-----|---------|--------|
| Mométasone Asp Nas 0,1% | Mometasone | 02519127 | SAS | ADEFGV | 0.0742 |
| Valacyclovir Co. Orl 1000 mg | Valacyclovir | 02519585 | SAS | ADEFGV | 1.7218 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|-------------------------------------|--|----------------------|------------|---------|--------|
| Fénofibrate Co. Orl 160 mg | AA-Feno-Super | 02246860 | AAP | ADEFGV | 1.0022 |
| Furosémide Liq Inj 10 mg/mL | Furosemide Furosemide | 00527033 02382539 | SDZ SDZ | VW | 0.6055 |
| Glycopyrrolate Liq Inj 0,2 mg/mL | Glycopyrrolate | 02039508 | SDZ | ADEFGVW | 2.7825 |
| Lovastatine Co. Orl 20 mg | Act Lovastatin Lovastatin | 02248572 02220172 | TEV AAP | ADEFGV | 1.0846 |
| | Act Lovastatin Lovastatin | 02248573 02220180 | TEV AAP | ADEFGV | 1.9812 |
| Toltérodine Caps.L.P. Orl 2 mg | Sandoz Tolterodine LA Teva-Tolterodine LA | 02413140 02412195 | SDZ TEV | ADEFGV | 0.9822 |
| | Sandoz Tolterodine LA Teva-Tolterodine LA | 02413159 02412209 | SDZ TEV | ADEFGV | 0.9822 |
| Travoprost Liq Oph 0,004% | Apo-Travoprost Z Sandoz Travoprost | 02415739 02413167 | APX SDZ | ADEFGV | 8.6280 |

Produits retirés du formulaire

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | Marque de commerce | NIP | FAB | Régimes |
|-----------------------------------|----------------------|----------|-----|---------|
| Produit retiré du marché | | | | |
| Toltérodine Caps.L.P. Orl 2 mg | Mylan-Tolterodine ER | 02404184 | MYL | ADEFGV |
| | Mylan-Tolterodine ER | 02404192 | MYL | ADEFGV |

Bulletin n° 1085

Le 22 août 2022

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 août 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Rappel : Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement

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

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|--------------------------------------|------------------------|----------------------|-----------|---------|--------------|
| Estrone (Estragyn) | crème vaginale à 0,1 % | 00727369 | SLP | ADEFGV | PCF |
| Lidocaine (Xylocaine en gelée 2%) | gel topique à 2 % | 00001694 00385484 | APN | ADEFGV | PAM |

L'autorisation spéciale n'est plus requise

| | | | | | |
|---|---|---|-----|--------|-----|
| Apixaban (Eliquis et marque générique) | comprimé de 2,5 mg comprimé de 5 mg | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ADEFGV | PAM |
| Édoxaban (Lixiana) | comprimé de 15 mg comprimé de 30 mg comprimé de 60 mg | 02458640 02458659 02458667 | SEV | ADEFGV | PCF |
| Rivaroxaban (Xarelto) | comprimé de 15 mg comprimé de 20 mg | 02378604 02378612 | BAY | ADEFGV | PCF |

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|--|--|---|-----------|---------|--------------|
| Critère révisé Ciprofloxacine (Cipro et marques génériques) | comprimé de 250 mg comprimé de 500 mg comprimé de 750 mg | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | BW(SA) | PAM |

- Pour le traitement de ce qui suit :
 - Exacerbations aiguës d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, en présence d'un risque d'infection à *Pseudomonas*
 - Prostatite bactérienne
 - Infections pulmonaires liées à la fibrose kystique
 - Neutropénie fébrile
 - Infections par un microorganisme à Gram négatif (p. ex., ostéomyélite, infections articulaires) qui résistent aux autres antibactériens oraux
 - Infections causées par les bactéries *Pseudomonas aeruginosa* (chez les souches vulnérables)
 - Gastroentérite bactérienne grave lorsque les autres antibactériens (p. ex., macrolides, sulfaméthoxazole/triméthoprime) sont inefficaces, non tolérés ou contre-indiqués
 - Otite externe grave (maligne)
 - Infections des voies urinaires ou pyélonéphrite aiguë non compliquées lorsque des

- bactéries résistantes sont en cause ou lorsque les autres antibactériens sont inefficaces, non tolérés ou contre-indiqués
2. Pour la chimioprophylaxie après un contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque.
 3. Pour la prévention de l'endophtalmie chez les patients ayant subi une chirurgie de la cataracte avec vitrectomie non planifiée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, les pneumologues ou les urologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Les comprimés de ciprofloxacine de 250 mg, 500 mg et 750 mg sont des services assurés habituels pour le régime B.

Critère révisé

Ciprofloxacine
(Cipro suspension orale)

suspension orale de 500 mg / 5 mL 02237514 BAY W (SA) PCF

Pour le traitement des patients chez qui les comprimés oraux ne sont pas une option et qui répondent autrement aux critères d'autorisation spéciale pour les comprimés de ciprofloxacine.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, les pneumologues ou les urologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Indication |
|----------------------------------|--|----------------------|-----------|---|
| Budésonide (Jorveza) | comprimé de 0,5 mg comprimé de 1 mg | 02513854 02493675 | AVI | Pour le traitement chez les adultes atteints d'œsophagite à éosinophiles. |

Rappel : Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement

La politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick encadre les critères et les exigences relatives au paiement des frais d'exécution d'ordonnance des médicaments pris de façon régulière.

À titre de rappel, la politique a été mise à jour afin de préciser les critères et les exigences en matière de soumission et de justification des demandes de règlement. Les nouveaux formulaires de justification doivent être utilisés depuis le 1^{er} août 2022. Les anciennes versions des formulaires ne sont plus acceptées aux fins de vérification.

À la suite de la publication de la nouvelle Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, les médicaments destinés au traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes qui sont assujettis à des exigences de distribution énoncées dans cette directive sont exclus de la politique (p. ex., buprénorphine/naloxone, morphine orale à libération lente).

La politique et les formulaires de justification sont disponibles [en ligne](#).

Bulletin n° 1086

Le 31 août 2022

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 31 août 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 septembre 2022, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 septembre 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 septembre 2022. Avant le 21 septembre 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 août 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 septembre 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|---------------------------------|-----|--------------------|---|----------|---------|--------------------------|
| Abiratéron | | | | | | |
| Co. | Orl | 500 mg | Abiraterone | 02525380 | JPC | (SA) 15.3125 |
| Cinacalcet | | | | | | |
| Co. | Orl | 30 mg | Cinacalcet | 02524880 | SAS | ADEFGV 2.7418 |
| Desmopressine | | | | | | |
| Liq | Inj | 4 mcg/mL | DDAVP | 00873993 | FEI | ADEFGV 11.7667 9.3314 |
| | | | Bipazen | 02513579 | KVR | |
| Drospirénone / Éthinylestradiol | | | | | | |
| Co. | Orl | 3 mg / 0,02 mg | Drospirenone and Ethinyl Estradiol | 02462060 | GLM | DEFGV 0.2950 |
| | | 3 mg / 0,03 mg | Drospirenone and Ethinyl Estradiol - 21 | 02421437 | GLM | DEFGV 0.2962 0.2221 |
| | | | Drospirenone and Ethinyl Estradiol - 28 | 02421445 | | |
| Gliclazide | | | | | | |
| Co.L.P. | Orl | 30 mg | Gliclazide MR | 02524856 | SAS | ADEFGV 0.0931 |
| | | 60 mg | Gliclazide MR | 02524864 | SAS | ADEFGV 0.0632 |
| Létrozole | | | | | | |
| Co. | Orl | 2,5 mg | Letrozole | 02524244 | SIV | ADEFV 1.3780 |
| Spironolactone | | | | | | |
| Co. | Orl | 25 mg | Jamp Spironolactone | 02518821 | JPC | ADEFGV 0.0405 |
| | | 100 mg | Jamp Spironolactone | 02518848 | JPC | ADEFGV 0.0955 |
| Toltérodine | | | | | | |
| Co. | Orl | 1 mg | Jamp Tolterodine | 02496836 | JPC | ADEFGV 0.2455 |
| | | 2 mg | Jamp Tolterodine | 02496844 | JPC | ADEFGV 0.2455 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|--------------------|-------------------|----------|------------|----------------|
| Bupropion | | | | | | |
| Co.L.L. | Orl | 100 mg | Odan Bupropion SR | 02275074 | ODN | ADEFGV 0.3094 |
| | | 150 mg | Odan Bupropion SR | 02275082 | ODN | ADEFGV 0.5394 |
| Cefprozil | | | | | | |
| Co. | Orl | 500 mg | Auro-Cefprozil | 02347253 | ARO SUN | ADEFGVW 2.0038 |
| | | | Taro-Cefprozil | 02293536 | | |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|---|-----|---------------------------------------|--|----------------------|------------|----------|------------------|
| Dexaméthasone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 4 mg | Apo-Dexamethasone pms-Dexamethasone | 02250055 01964070 | APX PMS | ADEFGVW | 0.6112 |
| Drosprénone / Éthinylestradiol | | | | | | | |
| Co. | Orl | 3 mg / 0,02 mg | Mya | 02415380 | APX | DEFGV | 0.2950 |
| | | 3 mg / 0,03 mg | Zamine (21) Zamine (28) | 02410788 02410796 | APX | DEFGV | 0.2962 0.2221 |
| Flurbiprofène | | | | | | | |
| Co. | Orl | 100 mg | Flurbiprofen | 01912038 | AAP | ADEFGV | 0.5930 |
| Spironolactone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 25 mg | Mint-Spironolactone Teva-Spironolactone | 02488140 00613215 | MNT TEV | ADEFGV | 0.0405 |
| | | 100 mg | Mint-Spironolactone Teva-Spironolactone | 02488159 00613223 | MNT TEV | ADEFGV | 0.0955 |
| Tobramycine | | | | | | | |
| Liq | Inj | 40 mg/mL | Tobramycine | 02241210 | SDZ | ABDEFGVW | 1.2050 |
| Triamcinolone / Néomycine / Nystatine / Gramicidine | | | | | | | |
| Cr. | Top | mg / 2,5 mg / 100 000 IU / 0,25 mg | Viaderm K-C | 00717002 | TAR | ADEFGV | 0.2359 |

Produits retirés du formulaire

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | NIP | FAB | Régimes |
|---------------------------------|-----|--------|--------------------|----------|-----|---------|
| Produit retiré du marché | | | | | | |
| Bupropion | | | | | | |
| Co.L.L. | Orl | 100 mg | Bupropion SR | 02391562 | SAS | ADEFGV |
| | | 150 mg | Bupropion SR | 02391570 | SAS | ADEFGV |

Bulletin n° 1087

Le 26 septembre 2022

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 26 septembre 2022.

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.

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|---|---------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| L'autorisation spéciale n'est plus requise | | | | | |
| Brexpiprazole (Rexulti) | comprimé de 0,25 mg | 02461749 | | | |
| | comprimé de 0,5 mg | 02461757 | | | |
| | comprimé de 1 mg | 02461765 | OTS | ACDEFGV | PCF |
| | comprimé de 2 mg | 02461773 | | | |
| | comprimé de 3 mg | 02461781 | | | |
| | comprimé de 4 mg | 02461803 | | | |

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|-------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| Fédératinib (Inrebic) | capsule de 100 mg | 02502445 | CEL | (SA) | PCF |

Pour le traitement de la splénomégalie ou des symptômes qui s'y rattachent chez les patients adultes :

- atteints de myélofibrose primitive à risque intermédiaire 2 ou élevé, de myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou de myélofibrose consécutive à une thrombocythémie essentielle;
- qui présentent une contre-indication ou une intolérance au ruxolitinib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation que le patient a répondu au traitement, comme en témoigne la réduction de la taille de la rate ou l'amélioration des symptômes.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu chez les patients qui présentent une augmentation progressive de la taille de la rate, un retour des symptômes constitutionnels ou l'apparition d'effets indésirables graves.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé à la suite d'un traitement avec ruxolitinib.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|--------|-----|-----------|---------|--------------|
|----------------------------------|--------|-----|-----------|---------|--------------|

Critère révisé

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|----------|-----|------|-----|
| Denosumab (Prolia) | seringues préremplies de 60 mg/mL | 02343541 | AGA | (SA) | PCF |
|-----------------------|--------------------------------------|----------|-----|------|-----|

Pour le traitement de l'ostéoporose chez les patients qui présentent :

- un risque élevé de fractures;
- une contre-indication, une intolérance gastro-intestinale grave ou un cas réfractaire aux bisphosphonates.

Notes cliniques :

1. Réfractaire se définit par une fracture de fragilisation ou une preuve de diminution de la densité minérale osseuse en dessous du niveau observé avant le traitement, malgré l'observance pendant un an d'un autre traitement offert contre l'ostéoporose.
2. Risque élevé de fractures :
 - risque modéré de fractures sur 10 ans (10 % à 20 %) selon l'outil conçu par l'Association canadienne des radiologistes et Ostéoporose Canada (CAROC) ou l'outil d'évaluation du risque de fracture de l'Organisation mondiale de la Santé (FRAX), avec antécédents de fracture de fragilisation, ou
 - risque élevé de fractures sur 10 ans (≥ 20 %) selon l'outil CAROC ou l'outil FRAX.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

Critère révisé

| | | | | | |
|-------------------------|-------------------|----------|-----|------|-----|
| Ruxolitinib (Jakavi) | comprimé de 5 mg | 02388006 | NVR | (SA) | PCF |
| | comprimé de 10 mg | 02434814 | | | |
| | comprimé de 15 mg | 02388014 | | | |
| | comprimé de 20 mg | 02388022 | | | |

Myélofibrose

Pour le traitement de la splénomégalie et/ou des symptômes qui y sont associés chez les patients adultes atteints de myélofibrose primitive, de myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou de myélofibrose consécutive à une thrombocythémie essentielle qui répondent à tous les critères suivants :

- Maladie à risque intermédiaire ou élevé, ou maladie à faible risque avec splénomégalie symptomatique, selon les critères DIPSS Plus
- Patient non traité auparavant ou réfractaire à un autre traitement

Critères de renouvellement :

- Confirmation que le patient a répondu au traitement, comme en témoigne la réduction de la taille de la rate ou l'amélioration des symptômes.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un indice de performance de l'ECOG de 3 ou moins.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé alors qu'ils suivaient un traitement avec fédératinib.
- Période d'approbation : 6 mois.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Indication |
|-------------------------------------|--|----------|-----------|--|
| Macitentan / tadalafil (Opsynvi) | comprimés pelliculés de 10 mg / 40 mg | 02521083 | JAN | Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire. |

Bulletin n° 1088

Le 29 septembre 2022

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

Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 29 septembre 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 octobre 2022. Avant le 20 octobre 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 29 septembre 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 octobre 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|-----------|-------------------------|----------|-----|----------|---------|
| Acyclovir | | | | | | | |
| Co. | Orl | 200 mg | Mint-Acyclovir | 02524708 | MNT | ACDEFGV | 0.3511 |
| | | 400 mg | Mint-Acyclovir | 02524716 | MNT | ACDEFGV | 0.8890 |
| | | 800 mg | Mint-Acyclovir | 02524724 | MNT | ACDEFGV | 1.2673 |
| Alendronate | | | | | | | |
| Co. | Orl | 70 mg | Jamp Alendronate Sodium | 02500175 | JPC | ACDEFGV | 1.7804 |
| Bétahistine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 8 mg | M-Betahistine | 02519682 | MRA | (SA) | 0.0637 |
| | | 16 mg | M-Betahistine | 02519690 | MRA | ACDEFGV | 0.1106 |
| | | 24 mg | M-Betahistine | 02519704 | MRA | ACDEFGV | 0.1659 |
| Chlorure de potassium | | | | | | | |
| Liq | Orl | 100 mg/mL | Odan Potassium Chloride | 80046782 | ODN | ACDEFGV | 0.0324 |
| Digoxine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 0,0625 mg | Jamp Digoxin | 02498502 | JPC | ACDEFGV | 0.1850 |
| | | 0,125 mg | Jamp Digoxin | 02498510 | JPC | ACDEFGV | 0.1751 |
| Irbesartan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 75 mg | M-Irbesartan | 02524813 | MRA | ACDEFGV | 0.2281 |
| | | 150 mg | M-Irbesartan | 02524821 | MRA | ACDEFGV | 0.2281 |
| | | 300 mg | M-Irbesartan | 02524848 | MRA | ACDEFGV | 0.2281 |
| Prégabaline | | | | | | | |
| Caps | Orl | 225 mg | Apo-Pregabalin | 02394286 | APX | ACDEFGVW | 0.5757 |
| Témozolomide | | | | | | | |
| Caps | Orl | 5 mg | Jamp Temozolomide | 02516799 | JPC | ACDEFGV | 1.9500 |
| | | 20 mg | Jamp Temozolomide | 02516802 | JPC | ACDEFGV | 7.8000 |
| | | 100 mg | Jamp Temozolomide | 02516810 | JPC | ACDEFGV | 39.0015 |
| | | 140 mg | Jamp Temozolomide | 02516829 | JPC | ACDEFGV | 54.6025 |
| | | 250 mg | Jamp Temozolomide | 02516845 | JPC | ACDEFGV | 97.5010 |
| Valsartan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 40 mg | M-Valsartan | 02524511 | MRA | ACDEFGV | 0.2211 |
| | | 80 mg | M-Valsartan | 02524538 | MRA | ACDEFGV | 0.2159 |

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|--------|--------------------|----------|-----|---------|--------|
| Valsartan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 160 mg | M-Valsartan | 02524546 | MRA | ACDEFGV | 0.2159 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|-----------|-------------------------|----------|-----|---------|---------|
| Acyclovir | | | | | | | |
| Co. | Orl | 200 mg | Apo-Acyclovir | 02207621 | APX | | |
| | | | Mylan-Acyclovir | 02242784 | MYL | ACDEFGV | 0.3511 |
| | | | Teva-Acyclovir | 02285959 | TEV | | |
| | | 400 mg | Apo-Acyclovir | 02207648 | APX | | |
| | | | Mylan-Acyclovir | 02242463 | MYL | ACDEFGV | 0.8890 |
| | | | Teva-Acyclovir | 02285967 | TEV | | |
| Bétahistine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 8 mg | Auro-Betahistine | 02449145 | ARO | (SA) | 0.0637 |
| | | | Teva-Betahistine | 02280183 | TEV | | |
| Chlorure de potassium | | | | | | | |
| Liq | Orl | 100 mg/mL | Jamp-Potassium Chloride | 80024835 | JPC | ACDEFGV | 0.0324 |
| Digoxine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 0,0625 mg | Toloxin | 02335700 | PDP | ACDEFGV | 0.1850 |
| | | 0,125 mg | Toloxin | 02335719 | PDP | ACDEFGV | 0.1751 |
| Témozolomide | | | | | | | |
| Caps | Orl | 5 mg | Taro-Témozolomide | 02443473 | TAR | | |
| | | | Teva-Témozolomide | 02441160 | TEV | ACDEFGV | 1.9500 |
| | | 20 mg | Taro-Témozolomide | 02443481 | TAR | | |
| | | | Teva-Témozolomide | 02395274 | TEV | ACDEFGV | 7.8000 |
| | | 100 mg | Taro-Témozolomide | 02443511 | TAR | | |
| | | | Teva-Témozolomide | 02395282 | TEV | ACDEFGV | 39.0015 |
| | | 140 mg | Taro-Témozolomide | 02443538 | TAR | | |
| | | | Teva-Témozolomide | 02395290 | TEV | ACDEFGV | 54.6025 |
| | | 250 mg | Taro-Témozolomide | 02443554 | TAR | | |
| | | | Teva-Témozolomide | 02395312 | TEV | ACDEFGV | 97.5010 |
| Ropinirole | | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Ran-Ropinirole | 02314088 | RAN | | |
| | | | Teva-Ropinirole | 02316870 | TEV | ACDEFV | 1.7450 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------|------------|---------|--------|
| Risperidone Liq Orl 1 mg/mL | Jamp-Risperidone pms-Risperidone | 02454319 02279266 | JPC PMS | ACDEFGV | 0.7080 |

Produits retirés du formulaire

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | Marque de commerce | NIP | FAB | Régimes |
|------------------------------|--------------------|-----|-----|---------|
|------------------------------|--------------------|-----|-----|---------|

Produit retiré du marché

| | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------|-----|--------|
| Ropinirole Co. Orl 5 mg | Jamp-Ropinirole | 02352362 | JPC | ACDEFV |
|----------------------------|-----------------|----------|-----|--------|

Régime médicaments du Nouveau-Brunswick

Modifications de la prime et de la quote-part

Les montants de la prime et de la quote-part maximale du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick seront modifiés le 1^{er} novembre 2022. Le nombre de niveaux de primes (échelles de revenus) et de quotes-parts maximales passera de 6 à 21. Vous trouverez de plus amples renseignements en ligne au www.gnb.ca/regimemedicaments.

En vigueur le 1^{er} novembre 2022

| Revenu annuel brut | | Primes | | Quotes-parts |
|--------------------------|--|-------------------------------|------------------------------|---|
| Individuel | Individuel avec enfant / Couple avec ou sans enfant | Prime mensuelle par adulte | Prime annuelle par adulte | Quote-part de 30 % – Montant maximal par ordonnance |
| 17 144 \$ ou moins | 34 290 \$ ou moins | 5,50 \$ | 66 \$ | 4 \$ |
| De 17 145 \$ à 18 071 \$ | De 34 291 \$ à 35 856 \$ | 11,08 \$ | 133 \$ | 5,35 \$ |
| De 18 072 \$ à 18 943 \$ | De 35 857 \$ à 37 331 \$ | 22,17 \$ | 266 \$ | 6,70 \$ |
| De 18 944 \$ à 19 869 \$ | De 37 332 \$ à 38 898 \$ | 33,25 \$ | 399 \$ | 8,25 \$ |
| De 19 870 \$ à 20 796 \$ | De 38 899 \$ à 40 465 \$ | 44,33 \$ | 532 \$ | 11 \$ |
| De 20 797 \$ à 21 722 \$ | De 40 466 \$ à 42 032 \$ | 55,42 \$ | 665 \$ | 12,40 \$ |
| De 21 723 \$ à 22 594 \$ | De 42 033 \$ à 43 506 \$ | 66,50 \$ | 798 \$ | 13,75 \$ |
| De 22 595 \$ à 23 521 \$ | De 43 507 \$ à 45 073 \$ | 77,58 \$ | 931 \$ | 15,15 \$ |
| De 23 522 \$ à 24 447 \$ | De 45 074 \$ à 46 640 \$ | 88,67 \$ | 1 064 \$ | 16,50 \$ |
| De 24 448 \$ à 25 374 \$ | De 46 641 \$ à 48 207 \$ | 99,75 \$ | 1 197 \$ | 17,90 \$ |
| De 25 375 \$ à 26 246 \$ | De 48 208 \$ à 49 682 \$ | 110,83 \$ | 1 330 \$ | 19,25 \$ |
| De 26 247 \$ à 27 172 \$ | De 49 683 \$ à 51 249 \$ | 121,92 \$ | 1 463 \$ | 20,65 \$ |
| De 27 173 \$ à 28 099 \$ | De 51 250 \$ à 52 816 \$ | 133 \$ | 1 596 \$ | 22 \$ |
| De 28 100 \$ à 29 025 \$ | De 52 817 \$ à 54 382 \$ | 144,08 \$ | 1 729 \$ | 23,40 \$ |
| De 29 026 \$ à 38 201 \$ | De 54 383 \$ à 69 064 \$ | 155,17 \$ | 1 862 \$ | 24,75 \$ |
| De 38 202 \$ à 47 377 \$ | De 69 065 \$ à 83 745 \$ | 166,25 \$ | 1 995 \$ | 26,15 \$ |
| De 47 378 \$ à 56 553 \$ | De 83 746 \$ à 98 426 \$ | 177,33 \$ | 2 128 \$ | 27,55 \$ |
| De 56 554 \$ à 65 729 \$ | De 98 427 \$ à 113 108 \$ | 188,42 \$ | 2 261 \$ | 28,90 \$ |
| De 65 730 \$ à 74 904 \$ | De 113 109 \$ à 127 789 \$ | 199,50 \$ | 2 394 \$ | 30,30 \$ |
| De 74 905 \$ à 84 080 \$ | De 127 790 \$ à 142 470 \$ | 210,58 \$ | 2 527 \$ | 31,65 \$ |
| Plus de 84 080 \$ | Plus de 142 470 \$ | 221,67 \$ | 2 660 \$ | 33,05 \$ |

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le Service de renseignements au 1 855 540-7325 (du lundi au vendredi de 8 h à 17 h).

Bulletin n° 1090

Le 24 octobre 2022

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 2022.

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.

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|---|--|--|-----------|---------|--------------|
| Acétate de cyprotérone et d'éthinylestradiol (Diane-35 et marques génériques) | comprimé de 2 mg / 0,035 mg | Voir formulaire des médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | CDEFGV | PAM |
| L'autorisation spéciale n'est plus requise | | | | | |
| Acamprosate (Campral) | comprimé à libération retardée de 333 mg | 02293269 | MYL | ACDEFGV | PAM |
| Naltrexone (Revia et marques génériques) | comprimé de 50 mg | Voir formulaire des médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ACDEFGV | PAM |

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|--|----------------------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| Lévétiracétam (pdp-levetiracetam) | solution orale de 100 mg/mL | 02490447 | PDP | (SA) | PCF |
| <p>Pour les patients dont les médicaments doivent être administrés au moyen d'une sonde d'alimentation ou les patients pédiatriques lorsque les comprimés oraux ne sont pas une option.</p> <p><u>Note pour les demandes de règlement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation : 1 an. | | | | | |
| Satralizumab (Enspryng) | seringue préremplie de 120 mg/mL | 02499681 | HLR | (SA) | PCF |
| <p>Pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO) chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sont séropositifs pour des anticorps anti-aquaporine 4; • ont un indice de 6,5 points ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité (EDSS); • ont subi au moins une rechute au cours des 12 derniers mois; • ont subi une rechute malgré l'essai adéquat du rituximab ou ont une intolérance au rituximab. <p>Critère de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les demandes de renouvellement seront admissibles pour les patients qui maintiennent un indice de moins de 8 points sur l'EDSS. | | | | | |

Note clinique :

- Le traitement par le satralizumab ne doit pas être entrepris pendant une rechute du TSNMO.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue possédant de l'expérience dans le traitement du TSNMO.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 120 mg sera approuvée pour les semaines 0, 2 et 4, puis de 120 mg toutes les quatre semaines par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|--|--|----------|-----------|---------|--------------|
| Nouveau dosage Adalimumab (Hulio) | seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL | 02502380 | BGP | (SA) | PCF |

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Colite ulcéreuse

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament 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.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Hidradénite suppurée

Pour le traitement de l'hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite psoriasique

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

Pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Uvéite

Pour le traitement de l'uvéite non infectieuse chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
 - L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
 - L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
 - Période d'approbation initiale : 6 mois.
 - Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
-

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Indication |
|----------------------------------|---------------------|----------|-----------|---|
| Pemigatinib (Pemazyre) | comprimé de 4,5 mg | 02519933 | INC | Pour le traitement des patients adultes atteints d'un cholangiocarcinome localement avancé ou métastatique non résécable traité antérieurement et présentant une fusion ou un autre réarrangement du récepteur du facteur de croissance des fibroblastes 2 (FGFR2). |
| | comprimé de 9 mg | 02519941 | | |
| | comprimé de 13,5 mg | 02519968 | | |
| Zanubrutinib (Brukinsa) | capsule de 80 mg | 02512963 | BGN | Pour le traitement des adultes atteints de lymphome à cellules du manteau (LCM) ayant reçu au moins un traitement antérieur. |

Bulletin n° 1091

Le 31 octobre 2022

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 31 octobre 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 novembre 2022, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 novembre 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 novembre 2022. Avant le 21 novembre 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 octobre 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|-----------------|------------------------------|----------|-----|----------|---------|
| Apixaban | | | | | | | |
| Co. | Orl | 2,5 mg | ACH-Apixaban | 02487713 | AHI | | |
| | | | Jamp Apixaban | 02528924 | JPC | | |
| | | | M-Apixaban | 02529009 | MRA | | |
| | | | Mar-Apixaban | 02492369 | MAR | ACDEFGV | 0.4084 |
| | | | Nat-Apixaban | 02492814 | NAT | | |
| | | | Sandoz Apixaban | 02489228 | SDZ | | |
| | | | Taro-Apixaban | 02510464 | TAR | | |
| | | 5 mg | ACH-Apixaban | 02487721 | AHI | | |
| | | | Jamp Apixaban | 02528932 | JPC | | |
| | | | M-Apixaban | 02529017 | MRA | | |
| | | | Mar-Apixaban | 02492377 | MAR | ACDEFGV | 0.4084 |
| | | | Nat-Apixaban | 02492822 | NAT | | |
| | | | Sandoz Apixaban | 02489236 | SDZ | | |
| | | | Taro-Apixaban | 02510472 | TAR | | |
| Atovaquone | | | | | | | |
| Susp | Orl | 750 mg / 5 mL | Mepron | 02217422 | GSK | | 3.1713 |
| | | | GLN-Atovaquone | 02528495 | GLM | ACDEFGV | 2.3785 |
| Chlorure de Potassium | | | | | | | |
| Liq | Orl | 100 mg/mL | pms-Potassium Chloride | 02238604 | PMS | ACDEFGV | 0.0227 |
| Déferasirox | | | | | | | |
| Co. | Orl | 90 mg | pms-Deferasirox (Type J) | 02528290 | PMS | (SA) | 2.6303 |
| | | 180 mg | pms-Deferasirox (Type J) | 02528304 | PMS | (SA) | 5.2610 |
| | | 360 mg | pms-Deferasirox (Type J) | 02528312 | PMS | (SA) | 10.5228 |
| Emtricitabine/Ténofovir | | | | | | | |
| Co. | Orl | 200 mg / 300 mg | Mint-Emtricitabine/Tenofovir | 02521547 | MNT | ACDEFGUV | 7.0582 |
| Lévétiracétam | | | | | | | |
| Co. | Orl | 250 mg | M-Levetiracetam | 02524562 | MRA | ACDEFGV | 0.3210 |
| | | 500 mg | M-Levetiracetam | 02524570 | MRA | ACDEFGV | 0.3911 |
| | | 750 mg | M-Levetiracetam | 02524589 | MRA | ACDEFGV | 0.5416 |
| Lurasidone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 120 mg | Jamp Lurasidone | 02516470 | JPC | ACDEFGV | 1.2250 |
| Montélukast | | | | | | | |
| Co.C. | | 4 mg | Jamp Montelukast Chewable | 02514877 | JPC | ACDEFGV | 0.2758 |
| | | 5 mg | Jamp Montelukast Chewable | 02514885 | JPC | ACDEFGV | 0.3082 |

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|---------|---------------------|----------|-----|---------|----------|
| Pazopanib | | | | | | | |
| Co. | Orl | 200 mg | Votrient | 02352303 | NVR | (SA) | 36.4300 |
| | | | pms-Pazopanib | 02525666 | PMS | | 27.3225 |
| Progestérone | | | | | | | |
| Caps | Orl | 100 mg | Progesterone | 02516187 | SAS | (SA) | 0.3762 |
| Sunitinib | | | | | | | |
| Caps | Orl | 25 mg | Sutent | 02280809 | PFI | (SA) | 130.2470 |
| | | | Taro-Sunitinib | 02524066 | TAR | | 97.6853 |
| | | 50 mg | Sutent | 02280817 | PFI | (SA) | 260.4950 |
| | | | Taro-Sunitinib | 02524082 | TAR | | 195.3713 |
| Topiramate | | | | | | | |
| Co. | Orl | 25 mg | GLN-Topiramate | 02287765 | GLM | ACDEFGV | 0.2433 |
| | | 100 mg | GLN-Topiramate | 02287773 | GLM | ACDEFGV | 0.4583 |
| | | 200 mg | GLN-Topiramate | 02287781 | GLM | ACDEFGV | 0.6748 |
| Trétinoïne | | | | | | | |
| Caps | Orl | 10 mg | Vesanoid | 02145839 | XPI | ACDEFGV | 16.3863 |
| | | | Jamp Tretinoin | 02520036 | JPC | | 13.9284 |
| Trientine | | | | | | | |
| Caps | Orl | 250 mg | Mar-Trientine | 02504855 | MAR | (SA) | 20.0000 |
| | | | Waymade-Trientine | 02515067 | WMD | | |
| Venlafaxine | | | | | | | |
| Caps.L.L. | Orl | 37,5 mg | pmsc-Venlafaxine XR | 02521466 | PMS | ACDEFGV | 0.0913 |
| | | 75 mg | pmsc-Venlafaxine XR | 02521482 | PMS | ACDEFGV | 0.1825 |
| | | 150 mg | pmsc-Venlafaxine XR | 02521474 | PMS | ACDEFGV | 0.1927 |
| Voriconazole | | | | | | | |
| Co. | Orl | 50 mg | Jamp Voriconazole | 02525771 | JPC | (SA) | 3.3909 |
| | | 200 mg | Jamp Voriconazole | 02525798 | JPC | (SA) | 13.2403 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|--------|--------------------|----------|-----|---------|--------|
| Apixaban | | | | | | | |
| Co. | Orl | 2,5 mg | Apo-Apixaban | 02487381 | APX | ACDEFGV | 0.4084 |
| | | 5 mg | Apo-Apixaban | 02487403 | APX | ACDEFGV | 0.4084 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|-----------|-------------------------|----------|-----|---------|---------|
| Chlorure de Potassium | | | | | | | |
| Liq | Orl | 100 mg/mL | Jamp-Potassium Chloride | 80024835 | JPC | ACDEFGV | 0.0227 |
| | | | Odan Potassium Chloride | 80046782 | ODN | | |
| Colesevelam | | | | | | | |
| Co. | Orl | 625 mg | Apo-Colesevelam | 02494051 | APX | ACDEFGV | 0.5931 |
| Lurasidone | | | | | | | |
| Co. | Orl | 120 mg | pms-Lurasidone | 02505916 | PMS | ACDEFGV | 1.2250 |
| | | | Taro-Lurasidone | 02504537 | TAR | | |
| Voriconazole | | | | | | | |
| Co. | Orl | 50 mg | Sandoz Voriconazole | 02399245 | SDZ | (SA) | 3.3909 |
| | | | Teva-Voriconazole | 02396866 | TEV | | |
| | | 200 mg | Sandoz Voriconazole | 02399253 | SDZ | (SA) | 13.2403 |
| | | | Teva-Voriconazole | 02396874 | TEV | | |

Bulletin n° 1092

Le 21 novembre 2022

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 21 novembre 2022.

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
- Mise à jour de la politique relative au remplacement des médicaments

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

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|---|-------------------------------------|---|-----------|---------|--------------|
| Glucoheptonate de magnésium (Rougier magnésium et marques génériques) | solution de 100 mg/mL | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ACDEFGV | PAM |
| Médoroxprogesterone (Depo-Provera) | seringue préremplie de 150 mg/mL | 02523493 | PFI | CDEFGV | PCF |

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|---|--------------------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| Binimétinib (Mektovi) | comprimé pelliculé de 15 mg | 02513080 | PFI | (SA) | PCF |
| <p>Pour le traitement des patients présentant un mélanome localement avancé, non résecable ou métastatique, porteur de la mutation BRAF V600, lorsqu'il est utilisé en association avec l'encorafénib.</p> <p>Critère de renouvellement :</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"> Le patient doit présenter un bon indice de performance. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou stables. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent. <p><u>Notes pour les demandes de règlement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le binimétinib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF. Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement. Période d'approbation initiale : 6 mois. | | | | | |
| Décitabine / Cédazuridine (Inqovi) | comprimé de 35 mg / 100 mg | 02501600 | TAI | (SA) | PCF |

Pour le traitement des patients adultes atteints d'un syndrome myélodysplasique (SMD), antérieurement traité ou non, qui répondent à tous les critères suivants :

- Novo et secondaire, incluant tous les sous-types hématologiques selon la classification franco-américano-britannique (anémie réfractaire, anémie réfractaire avec sidéroblastes en couronne, anémie réfractaire avec excès de blastes et leucémie myélomonocytaire chronique [LMMC])
- Groupes de risque intermédiaire-1, intermédiaire-2 et élevé définis par l'indice pronostique international (IPSS : International Prognostic Scoring System)
- Le patient n'a pas présenté une progression de la maladie pendant un traitement par un agent hypométhylant

Critère 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 interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Note sur la demande de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Encorafénib
(Braftovi)

capsule de 75 mg

02513099

PFI

(SA)

PCF

Cancer colorectal métastatique

En association avec panitumumab pour le traitement des patients souffrant d'un cancer colorectal métastatique qui répondent aux critères suivants :

- Porteur d'une mutation BRAF V600E
- Progression de la maladie après au moins un autre traitement pour le cancer métastatique
- Aucun traitement antérieur par un inhibiteur de l'EGFR

Critère 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 demandes de règlement :

- L'encorafénib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

Mélanome métastatique

Pour le traitement des patients atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique porteur de la mutation BRAF V600 lorsqu'il est utilisé en association avec le binimétinib.

Critère 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. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou stables.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'encorafénib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

Upadacitinib
(Rinvoq)

comprimé à libération
prolongée de 15 mg

02495155

ABV

(SA)

PCF

Arthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé 65 ans ou plus) pendant au moins 8 semaines; et
 - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

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. 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 aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 15 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive, en monothérapie ou en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en association avec d'autres ARMM, à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé 65 ans ou plus) 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 par ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie par ARMM, celle-ci doit être décrite et une bithérapie par 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. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 15 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse au traitement est requise.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|--------|-----|-----------|---------|--------------|
|----------------------------------|--------|-----|-----------|---------|--------------|

Critère révisé

Lévofoxacine
(marques génériques)

comprimé de 250 mg

comprimé de 500 mg

Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits

BVW (SA)

PAM

1. Pour compléter le traitement amorcé en milieu hospitalier chez les patients atteints d'une pneumonie nosocomiale, d'une pneumonie extrahospitalière (PEH) ou d'une exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
2. Pour le traitement de l'exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC) compliquée chez les patients qui :

- ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (doxycycline, bêtalactamine, triméthoprim-sulfaméthoxazole ou macrolide), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
3. Pour le traitement de la PEH chez les patients ayant une confirmation par radiographie de la pneumonie qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (macrolide, doxycycline, bêtalactamine), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
 4. Pour le traitement des infections pulmonaires chez les patients atteints de fibrose kystique.
 5. Pour le traitement de la pneumonie grave chez les patients des foyers de soins infirmiers.
 6. Pour le traitement des patients souffrant d'ostéomyélite ou d'infections articulaires compliquées.
 7. Pour le traitement des patients souffrant d'une pyélonéphrite.

Notes cliniques :

1. Si le patient a été traité avec un antibiotique au cours des 3 derniers mois, optez pour un antibiotique d'une autre classe.
2. L'EAMPOC compliquée désigne les patients atteints de MOPC (VEMS/CVF supérieur à 0,7) présentant une purulence accrue des expectorations et une augmentation de la dyspnée ou du volume des expectorations, et l'un des éléments suivants :
 - VEMS1 inférieur à 50 % de la valeur prédite
 - Au moins 4 exacerbations par année
 - Cardiopathie ischémique
 - Administration d'oxygène à domicile
 - Utilisation chronique de stéroïdes oraux

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, ou les pneumologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Lévofoxacine est un service assuré habituel pour les régimes BV.

Tuberculose

Pour le traitement de la tuberculose chez les patients qui ont une résistance aux médicaments, vérifiée en laboratoire, des contre-indications ou une intolérance aux traitements de premiers recours.

Notes pour les demandes de règlement :

- Ce médicament doit être prescrit par un infectiologue, ou en consultation avec un tel médecin.
- Les demandes seront seulement prises en considération en vertu des plans CP.

Critère révisé

Moxifloxacine
(marques génériques)

comprimé de 400 mg

Voir formulaire des Régimes de
médicaments du N.-B. ou la liste
des PAM pour les produits

BVW (SA)

PAM

1. Pour compléter le traitement amorcé en milieu hospitalier chez les patients atteints d'une pneumonie nosocomiale, d'une pneumonie extrahospitalière (PEH) ou d'une exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
2. Pour le traitement de l'exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC) compliquée chez les patients qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (doxycycline, bêtalactamine, triméthoprim-sulfaméthoxazole ou macrolide), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
3. Pour le traitement de la PEH chez les patients ayant une confirmation par radiographie de la pneumonie qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (macrolide, doxycycline, bêtalactamine), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
4. Pour le traitement des infections pulmonaires chez les patients atteints de fibrose kystique.
5. Pour le traitement de la pneumonie grave chez les patients des foyers de soins infirmiers.
6. Pour le traitement des patients souffrant d'ostéomyélite ou d'infections articulaires compliquées.

Notes cliniques :

1. Si le patient a été traité avec un antibiotique au cours des 3 derniers mois, optez pour un antibiotique d'une autre classe.
2. L'EAMPOC compliquée désigne les patients atteints de MPOC (VEMS/CVF supérieur à 0,7) présentant une purulence accrue des expectorations et une augmentation de la dyspnée ou du volume des expectorations, et l'un des éléments suivants :
 - VEMS1 inférieur à 50 % de la valeur prédite
 - Au moins 4 exacerbations par année
 - Cardiopathie ischémique
 - Administration d'oxygène à domicile
 - Utilisation chronique de stéroïdes oraux

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, ou les pneumologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Moxifloxacine est un service assuré habituel pour les régimes BV.

Tuberculose

Pour le traitement de la tuberculose chez les patients qui ont une résistance aux médicaments, vérifiée en laboratoire, des contre-indications ou une intolérance aux traitements de premiers recours.

Notes pour les demandes de règlement :

- Ce médicament doit être prescrit par un infectiologue, ou en consultation avec un tel

médecin.

- Les demandes seront seulement prises en considération en vertu des plans CP.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Indication |
|----------------------------------|--|----------|-----------|--|
| Nusinersen (Spinraza) | injection intra-thécale à 2,4 mg/mL | 02465663 | BIG | Pour le traitement de l'amyotrophie spinale de type 2 ou 3 chez les patients adultes âgés de plus de 18 ans, quel que soit leur statut ambulatoire. |

Mise à jour de la politique relative au remplacement des médicaments

La politique relative au remplacement des médicaments des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick décrit les exigences relatives à la documentation et les directives en matière de remboursement pour le remplacement des médicaments perdus, volés, oubliés ou endommagés pour les bénéficiaires des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

La politique a été mise à jour pour clarifier les directives de remboursement pour les bénéficiaires vivant dans des établissements particuliers (y compris les maisons de soins infirmiers, les établissements résidentiels pour adultes autorisés et les établissements correctionnels).

La politique est accessible [en ligne](#).

Bulletin n° 1093

Le 30 novembre 2022

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

Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 30 novembre 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 décembre 2022, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 décembre 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 décembre 2022. Avant le 21 décembre 2022, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 novembre 2022.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|--------|------------------------|----------|-----|----------|---------|
| Ambrisentan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Jamp Ambrisentan | 02521938 | JPC | (SA) | 31.2732 |
| | | | Sandoz Ambrisentan | 02526875 | SDZ | | |
| | | 10 mg | Jamp Ambrisentan | 02521946 | JPC | (SA) | 31.2732 |
| | | | Sandoz Ambrisentan | 02526883 | SDZ | | |
| Cétirizine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 20 mg | Mar-Cetirizine | 02427141 | MAR | (SA) | 0.2223 |
| | | | M-Cetirizine | 02512025 | MRA | | |
| Chlorure de potassium | | | | | | | |
| Co. L.L. | Orl | 600 mg | M-K8 L.A. | 80035346 | MRA | ACDEFGV | 0.0400 |
| Entécavir | | | | | | | |
| Co. | Orl | 0,5 mg | Entecavir | 02527154 | SAS | ACDEFGV | 5.5000 |
| Finastéride | | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | M-Finasteride | 02522489 | MRA | ACDEFGV | 0.3506 |
| Mirtazapine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 45 mg | Auro-Mirtazapine | 02411717 | ARO | ACDEFGV | 0.2925 |
| Montelukast | | | | | | | |
| Co.C. | Orl | 5 mg | Montelukast | 02379325 | SAS | ACDEFGV | 0.3082 |
| Olanzapine | | | | | | | |
| Co.D.O. | Orl | 5 mg | Olanzapine ODT | 02352974 | SAS | ACDEFGVW | 0.3574 |
| | | 10 mg | Olanzapine ODT | 02352982 | SAS | ACDEFGVW | 0.7143 |
| Quétiapine | | | | | | | |
| Co.L.P. | Orl | 400 mg | Mint-Quetiapine XR | 02522225 | MNT | ACDEFGVW | 1.3270 |
| Rabéprazole | | | | | | | |
| Co.Ent | Orl | 20 mg | Jamp Rabéprazole | 02415291 | JPC | ACDEFGV | 0.1338 |
| Ranitidine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 150 mg | Mint-Ranitidine | 02526379 | MNT | ACDEFGVW | 0.1197 |
| | | 300 mg | Mint-Ranitidine | 02526387 | MNT | ACDEFGVW | 0.2253 |
| Sitagliptine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 25 mg | Januvia | 02388839 | FRS | (SA) | 2.8812 |
| | | | Apo-Sitagliptin Malate | 02508656 | APX | | 1.4407 |
| | | 50 mg | Januvia | 02388847 | FRS | (SA) | 2.8812 |
| | | | Apo-Sitagliptin Malate | 02508664 | APX | | 1.4407 |

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|------------------|--------------------------------------|----------|-----|---------|--------|
| Sitagliptine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 100 mg | Januvia | 02303922 | FRS | (SA) | 2.8812 |
| | | | Apo-Sitagliptin Malate | 02508672 | APX | | 1.4407 |
| Sitagliptine / Metformine | | | | | | | |
| Co. | Orl | 50 mg / 500 mg | Janumet | 02333856 | FRS | (SA) | 1.5078 |
| | | | Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl | 02509415 | APX | | 0.8893 |
| | | 50 mg / 850 mg | Janumet | 02333864 | FRS | (SA) | 1.5078 |
| | | | Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl | 02509423 | APX | | 0.8893 |
| | | 50 mg / 1000 mg | Janumet | 02333872 | FRS | (SA) | 3.0156 |
| | | | Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl | 02509431 | APX | | 1.7785 |
| Co.L.P. | Orl | 50 mg / 500 mg | Janumet XR | 02416786 | FRS | (SA) | 1.5078 |
| | | | Apo-Sitagliptin/Metformin XR | 02506270 | APX | | 0.7539 |
| | | 50 mg / 1000 mg | Janumet XR | 02416794 | FRS | (SA) | 1.5078 |
| | | | Apo-Sitagliptin/Metformin XR | 02506289 | APX | | 0.7539 |
| | | 100 mg / 1000 mg | Janumet XR | 02416808 | FRS | (SA) | 1.5078 |
| | | | Apo-Sitagliptin/Metformin XR | 02506297 | APX | | 0.7539 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|-------|--------------------|----------|-----|---------|---------|
| Ambrisentan | | | | | | | |
| Co. | Orl | 5 mg | Apo-Ambrisentan | 02475375 | APX | (SA) | 31.2732 |
| | | 10 mg | Apo-Ambrisentan | 02475383 | APX | (SA) | 31.2732 |
| Diclofénac | | | | | | | |
| Supp. | Rt | 50 mg | Sandoz Diclofenac | 02261928 | SDZ | ACDEFGV | 1.2818 |

Bulletin n° 1094

8 décembre 2022

Nouvelles au sujet des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Horaire des Fêtes 2022

Des représentants des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront présents selon cet horaire pendant la période des Fêtes 2022 :

| Date | Heures d'ouverture |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Samedi 24 décembre | Fermé |
| Dimanche 25 décembre | Fermé |
| Lundi 26 décembre | Fermé |
| Mardi 27 décembre | 8 h à 17 h (heures habituelles) |
| Mercredi 28 décembre | 8 h à 17 h (heures habituelles) |
| Jeudi 29 décembre | 8 h à 17 h (heures habituelles) |
| Vendredi 30 décembre | 8 h à 17 h (heures habituelles) |
| Samedi 31 décembre | Fermé |
| Dimanche 1 ^{er} janvier | Fermé |
| Lundi 2 janvier | Fermé |

Veuillez vous reporter au [calendrier de paiements pour les pharmaciens des Régimes de médicaments](#) du Nouveau-Brunswick pour connaître les dates des dépôts directs pendant cette période.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au **1-800-332-3691**.

Bulletin n° 1095

Le 19 décembre 2022

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 19 décembre 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

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

Ajouts aux garanties régulières

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|--|---|----------------------|-----------|---------|--------------|
| Halobétasol propionate (Bryhali) | lotion topique à 0,01 % | 02506262 | BSL | ACDEFGV | PCF |
| Lipase/Amylase/Protéase (Creon Minimicrosphères 35) | capsule de 35 000 U / 35 700 U / 2 240 U | 02494639 | BGP | ACDEFGV | PCF |
| Triméprazine (Panectyl) | comprimé de 2,5 mg comprimé de 5 mg | 01926306 01926292 | SLP | ACDEFGV | PCF |

L'autorisation spéciale n'est plus requise

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|--------|-----|
| Donépézil (Aricept et marques génériques) | comprimé de 5 mg comprimé de 10 mg | Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits | | ACDEFV | PAM |
|--|---------------------------------------|---|--|--------|-----|

Ajout temporaire d'un médicament admissible

En raison de la rupture de stock d'halopéridol en comprimés de 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg et 10 mg, la poudre d'halopéridol composée pour usage oral a été temporairement ajoutée à la liste des médicaments admissibles jusqu'à ce que la forme pharmaceutique commerciale soit de nouveau offerte. Veuillez noter que les demandes de règlement pour les préparations extemporanées seront remboursées au prix d'achat réel (PAR) des ingrédients, plus les frais d'exécution d'ordonnance applicables.

| Produit | PIN | Régimes | Coût de base |
|---|----------|----------|--------------|
| Poudre d'halopéridol composée pour usage oral | 00901062 | ACDEFGVW | AAC |

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

| Nom générique (Nom de marque) | Dosage | DIN | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|--|----------------------|-----------|---------|--------------|
| Azacitidine (Onureg) | comprimé de 200 mg comprimé de 300 mg | 02510197 02510200 | CEL | (SA) | PCF |

Pour le traitement d'entretien des patients adultes qui ont reçu un diagnostic récent de leucémie myéloïde aiguë (de *novo* ou secondaire suivant un diagnostic antérieur de SMD ou de LMMC) et qui répondent à tous les critères suivants :

- Risque cytogénétique intermédiaire ou faible;
- Rémission complète (RC) ou une rémission complète avec rétablissement hématologique incomplet (RCi) suivant un traitement d'induction, avec ou sans traitement de consolidation, dans les quatre mois précédents;
- N'est pas admissible à recevoir une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Critère de renouvellement :

- Une confirmation écrite que le patient est toujours en rémission complète ou en rémission complète avec rétablissement hématologique incomplet.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de rechute de la maladie (c.-à-d. apparition de plus de 5 % de blastes dans la moelle osseuse ou dans le sang périphérique), d'effets toxiques inacceptables ou si le patient devient admissible à une greffe allogénique de moelle osseuse ou de cellules souches.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par un agent hypométhylant.
- Les approbations seront pour une dose quotidienne maximale de 300 mg pendant 14 jours par cycle de 28 jours.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Budésonide / Glycopyrronium /
Fumarate de formotérol
(Breztri Aerosphere)

suspension pour
inhalation à 182 mcg/
8,2 mcg, 5,8 mcg

02518058

AZE

(SA)

PCF

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, chez les patients dont la maladie n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un bêta2-agoniste à longue durée d'action/anticholinergique à longue durée d'action (BALA/ACLA).

Notes cliniques :

1. La MPOC est définie par une spirométrie indiquant un rapport VEMS/CVF après bronchodilatation inférieur à 0,7. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés. S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres données attestant de la gravité de la MPOC doivent être fournies (c.-à-d. score à l'échelle de la dyspnée du CRM).
2. Une maladie qui n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un BALA/ACLA est définie par la présence de symptômes persistants pendant au moins deux mois ou la manifestation au cours de la dernière année d'au moins deux exacerbations de la MPOC ayant nécessité un traitement par antibiotiques et/ou corticostéroïdes à action générale ou d'au moins une exacerbation de la MPOC ayant nécessité une hospitalisation.
3. Les patients ne devraient pas prendre un BALA, un ACLA et un corticostéroïde en inhalation (trithérapie en inhalation) comme traitement initial.

Note sur la demande de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

Bulletin n° 1096

Le 20 décembre 2022

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 20 décembre 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 10 janvier 2023, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 10 janvier 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 10 janvier 2023. Avant le 10 janvier 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 décembre 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 10 janvier 2023.

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

Ajouts de médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|-----------------------------------|-----|-----------------------|--------------------------|----------|-----|-----------|---------|
| Amoxicilline / Acide Clavulanique | | | | | | | |
| Pds. | Orl | 400 mg / 57 mg / 5 mL | Clavulin 400 | 02238830 | GSK | ABCDEFGVW | 0.3181 |
| | | | M-Amoxi Clav | 02530694 | MRA | | 0.2386 |
| Apixaban | | | | | | | |
| Co. | Orl | 2,5 mg | Apixaban | 02530708 | SIV | ACDEFGV | 0.4084 |
| | | 5 mg | Mint-Apixaban | 02495449 | MNT | ACDEFGV | 0.4084 |
| | | | Apixaban | 02530716 | SIV | | |
| Brimonidine / Timolol | | | | | | | |
| Liq | Oph | 0,2% / 0,5% | Combigan | 02248347 | ABV | ACDEFGV | 4.6580 |
| | | | Apo-Brimonidine-Timop | 02375311 | APX | | 3.4935 |
| Fluticasone | | | | | | | |
| Aém. | Inh | 125 mcg | Flovent Metered Dose HFA | 02244292 | GSK | ACDFEGV | 0.4085 |
| | | | Apo-Fluticasone HFA | 02526557 | APX | | 0.1951 |
| | | | pms-Fluticasone HFA | 02503123 | PMS | | |
| Linézolide | | | | | | | |
| Co. | Orl | 600 mg | Jamp Linezolid | 02520354 | JPC | (SA) | 19.3041 |
| Ticagrélol | | | | | | | |
| Co. | Orl | 90 mg | M-Ticagrelor | 02529769 | MRA | (SA) | 0.7920 |

Changements de prix des médicaments

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | | | Marque de commerce | DIN | FAB | Régimes | PAM |
|------------------------------|-----|--------------|--------------------|----------|-----|---------|---------|
| Cyanocobalamine | | | | | | | |
| Liq | Inj | 1 000 mcg/mL | Cyanocobalamin | 01987003 | STR | ACDEFGV | 0.3060 |
| | | | Vitamin B12 | 00521515 | SDZ | | |
| Linézolide | | | | | | | |
| Co. | Orl | 600 mg | Apo-Linezolid | 02426552 | APX | (SA) | 19.3041 |
| | | | Sandoz Linezolid | 02422689 | SDZ | | |
| Ticagrélol | | | | | | | |
| Co. | Orl | 90 mg | Taro-Ticagrelor | 02492598 | TAR | (SA) | 0.7920 |

Produits retirés du formulaire

| Médicament/Forme/Voie/Dosage | Marque de commerce | NIP | FAB | Régimes |
|---|---|----------------------|------------|---------|
| Produit retiré du marché | | | | |
| Cyanocobalamine Liq Inj 1 000 mcg/mL | Cyanocobalamin Injection USP Jamp-Cyanocobalamin | 00626112 02420147 | OMG JPC | ACDEFGV |