



ESI CANADA®

CENTRE D'APPELS À L'INTENTION DES FOURNISSEURS
1 888 511-4666

BULLETIN DES SSNA

NOUVELLES ET RENSEIGNEMENTS À L'INTENTION
DES FOURNISSEURS

SITE WEB DES FOURNISSEURS ET DES DEMANDES
DE PAIEMENT DU PROGRAMME DES SSNA
<http://provider.esicanada.ca/>

Fournisseurs de services de médicaments



Été 2010

FORMULAIRES DES SSNA

Veillez **télécharger** les formulaires à partir du site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA à l'adresse

<http://provider.esicanada.ca/>

ou communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs

CENTRE D'APPELS À L'INTENTION DES FOURNISSEURS

Questions et commentaires par téléphone
1 888 511-4666

Heures d'ouverture prolongées
Du lundi au vendredi
De 6 h 30 à minuit, heure de l'Est

Les samedis, dimanches et jours fériés
De 8 h à minuit, heure de l'Est

Veillez poster les demandes de paiement pour services de médicaments à l'adresse suivante :

Service des demandes de paiement des SSNA
3080, rue Yonge, bureau 3002
Toronto (Ontario) M4N 3N1

Veillez télécopier L'Entente avec les pharmacies dûment remplie au numéro suivant :

Nouveaux fournisseurs des SSNA
Télécopieur : 905 712-0669

Fournisseurs des SSNA qui s'inscrivent de nouveau
Télécopieur : 905 737-3161

Veillez poster toute autre correspondance à l'adresse suivante :

ESI Canada
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga (Ontario) L5R 3G5

Site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA

Pour obtenir des renseignements relatifs au Programme des SSNA, accédez au site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA. Ce site Web convivial vous permet d'accéder rapidement aux renseignements dont vous avez besoin, ainsi que de télécharger et d'imprimer les documents, notamment les suivants :

- Alertes
- Nouvelles
- Bulletins
- Bulletins des SSNA
- Politiques et renseignements sur le programme (Guide des fournisseurs pour la prestation des médicaments)
- Formulaires
- Liste des médicaments et mises à jour
- Trousses de soumission de demandes de paiement

TRUC Dans le site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA, utilisez la fonction de « Recherche » pour trouver ce dont vous avez besoin. L'icône de la loupe située au haut de l'écran, à droite, constitue la représentation graphique de cette fonction.



Entrez les mots à rechercher dans le **champ situé à la gauche de la loupe**, (p. ex. formulaire de demande de paiement pour médicaments), puis cliquez sur la loupe pour lancer la recherche. Tous les documents liés aux « formulaires » de demandes de paiement pour médicaments seront affichés avec leur propre lien d'accès.

Processus d'approbation automatique

Le bulletin des SSNA à l'intention des fournisseurs de services de médicaments du printemps 2010 contenait un article intitulé « Processus d'approbation automatique ». Cet article précisait que les fournisseurs pouvaient trouver la liste des médicaments admissibles à l'approbation automatique dans la mise à jour automne-hiver 2009-2010 de la liste des médicaments (LDM). Cependant, cette mise à jour de la LDM ne contenait pas ces renseignements. Nous sommes désolés des inconvénients que cette situation a pu provoquer.

Voici donc la liste des médicaments admissibles à l'approbation automatique :

- Pioglitazone (Actos® et génériques)
- Ézétimibe (Ezetrol®)
- Minocycline (Minocin® et génériques)
- Dutastéride (Avodart®)
- Finastéride (Proscar® et génériques)

NOUVEAUX RENSEIGNEMENTS

Prestations et critères

Depuis le 1^{er} mars 2010, les quantités maximales et le remplacement des articles énumérés ci-dessous ont été modifiés pour permettre aux fournisseurs d'équipement médical et de fournitures médicales (ÉMFM) de facturer les articles couverts sur une période de trois mois.

La liste complète des articles d'ÉMFM se trouve sur le site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA (sous le menu Équipement médical et fournitures médicales, « **Prestations et critères** »), article D4.2 Équipement et fournitures médicales (ÉMFM) - Prestations et critères en articles d'ÉMFM d'ordre général

Des changements ont été apportés aux paragraphes suivants :

a) D4.2.21 Fournitures et équipements urinaires : Fournitures et matériel à cathéter

Nouveau n° d'article	Nom de l'article	Maximum
99400418	Sondes, externes, jetables	90 par 3 mois
99400420	Sondes, à demeure	4 par 3 mois
99400421	Sondes, intermittentes, jetables	36 par 3 mois
99400435	Tube de gelée lubrifiante	12 par 3 mois
99400885	Gelée lubrifiante/bte usage unique	4 par 3 mois

b) D4.2.22 Fournitures et équipements urinaires : Fournitures pour incontinence

Nouveau n° d'article	Nom de l'article	Maximum
99400436	Couche/culotte d'incontinence, jetable	450 par 3 mois
99400438	Serviette d'incontinence, jetable	450 par 3 mois
99400442	Piqué jetable	150 par 3 mois
99400750	Couche à languette, adulte	450 par 3 mois
99400752	Couche à languette, enfant de plus de 2 ans	450 par 3 mois
99400753	Couche/culotte, enfant de plus de 2 ans	450 par 3 mois
99400755	Culotte d'incontinence en filet	9 par 3 mois

Modifications des renseignements sur le fournisseur

Les renseignements indiqués dans votre dossier sont importants et doivent toujours être à jour pour éviter un retard dans le règlement des demandes et l'envoi de documents (p. ex. les relevés, les bulletins, etc.). Veuillez aviser ESI Canada de tout changement relatif au nom de l'entreprise ou au nom du propriétaire de l'entreprise ou encore de toute modification apportée à votre profil (c'est-à-dire l'adresse, le numéro de téléphone, le numéro de télécopieur, l'adresse de courriel).

Pour ce faire, veuillez remplir le Formulaire de modification des renseignements sur le fournisseur de services de médicaments et d'EMFM et le télécopier ou le poster à ESI Canada, aux coordonnées indiquées sur le formulaire. Vous pouvez télécharger ce formulaire à partir du site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA, ou en faire la demande auprès d'un représentant du Centre d'appels à l'intention des fournisseurs.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec le **Centre d'appels à l'intention des fournisseurs**. Les coordonnées se trouvent sur la première page du présent bulletin.

Inscription d'un nouvel établissement

Veuillez inscrire auprès de ESI Canada tout nouvel établissement ainsi que tous les autres établissements afférents afin d'éviter les interruptions de service dans le traitement et le règlement des demandes de paiement. Les demandes qui sont soumises par un fournisseur dont l'établissement n'est pas inscrit auprès de ESI Canada seront rejetées.

Si vous n'avez pas encore inscrit l'établissement, veuillez remplir l'Entente avec les pharmacies et la soumettre à ESI Canada dans les meilleurs délais. Vous pouvez télécharger ce document à partir du site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA ou en faire la demande auprès d'un représentant du Centre d'appels à l'intention des fournisseurs.

Veuillez télécopier l'Entente avec les pharmacies dûment remplie à ESI Canada au 905 712-0669. Une fois l'entente traitée, ESI Canada vous enverra une lettre de bienvenue pour confirmer votre participation au Programme des SSNA.

Liste des médicaments

La liste des médicaments du Programme des SSNA pour l'année 2010 sera affichée sur le site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA à une date ultérieure. Un exemplaire de la mise à jour de la liste des médicaments est joint au présent bulletin.

Vous pouvez télécharger la liste ainsi que les mises à jour de la liste des médicaments à partir du site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA (sous le menu Médicaments, cliquez sur « **Liste des médicaments** » ou sur « **Mises à jour** »).

Transfert électronique de fonds

Nous encourageons les fournisseurs de services de médicaments à s'inscrire au transfert électronique de fonds (TÉF). Le règlement des demandes de paiement est effectué par transfert électronique des fonds à partir du compte bancaire de ESI Canada et versé directement dans le compte bancaire désigné du fournisseur. Les arrangements du virement automatique sont faits d'avance et préalablement autorisés par les fournisseurs de services de médicaments. .

Confidentialité

Le TÉF élimine la majorité des manipulations, accroissant ainsi la confidentialité relative aux paiements.

Avantages

Le tableau ci-dessous présente les avantages de l'utilisation du TÉF comparativement aux versements par chèques.

TÉF	Règlement par chèque
Virement électronique rapide et efficace des paiements.	Livraison par Postes Canada.
Les fonds sont versés au compte bancaire la journée même du paiement, ce qui évite au fournisseur de se rendre à la banque.	Délai de livraison de 3 à 10 jours, selon la région (locale et dans la province), avant que le chèque puisse être déposé à la banque.
Virement automatisé, aucune inquiétude relative au vol ou aux paiements perdus.	Possibilité de délais, de chèques volés ou égarés.
Intérêts sur le compte, dès le dépôt.	Aucun intérêt sur le compte, tant que le chèque n'est pas déposé (3 à 10 jours ouvrables).
Remplacement facile d'un paiement par voie électronique.	L'arrêt du paiement doit être effectué, et ensuite un nouveau chèque doit être émis puis posté.

Unités de mesure relatives aux quantités indiquées sur la demande de paiement

En général, les quantités correspondent au nombre d'unités délivrées, dans la mesure du possible (c'est-à-dire, le nombre de comprimés, de capsules, de millilitres, de grammes, etc.).

Dans le cas des produits délivrés dans un emballage (c'est-à-dire, les contraceptifs oraux, les inhalateurs), veuillez demander le règlement des quantités acceptées selon le cadre du régime d'assurance maladie provincial. Par exemple, les fournisseurs de la Saskatchewan et de l'Ontario demandent le règlement des inhalateurs en fonction d'un (1) par emballage.

RAPPELS

Demandes de la part des professionnels paramédicaux

Dans le cadre du Programme des SSNA, les demandes soumises par un professionnel paramédical pour l'équipement médical et les fournitures médicales doivent être accompagnées de l'ordonnance d'un médecin ou d'une infirmière praticienne.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez consulter le Guide du fournisseur d'équipement médical et de fournitures médicales sur le site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA (sous le menu Médicaments, cliquez sur « Renseignements sur le programme et les politiques »).

Réparation et pièces de rechange

Dans le cadre du Programme des SSNA, une ordonnance d'un médecin n'est pas requise pour les réparations aux articles d'ÉMFM. Cela s'applique également à la main-d'œuvre et aux pièces de rechange qui sont associées à la réparation, telles que les piles.

Sur le formulaire de demande de paiement pour équipement médical et fournitures médicales, le champ ID du prescripteur est un champ obligatoire. Par conséquent, veuillez entrer « 999Repair » dans le champ ID du prescripteur lorsque vous soumettez des demandes de paiement pour réparation et main-d'œuvre.

Règlement et remboursement

Veuillez soumettre les chèques de remboursement dûs au programme des SSNA relatifs aux demandes de paiement que traite ESI Canada à l'ordre du Receveur général du Canada, puis les poster à ESI Canada.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec le **Centre d'appels à l'intention des fournisseurs**. Les coordonnées se trouvent sur la première page du présent bulletin.

Programme de vérification du lendemain

Le Programme de vérification du lendemain de la soumission des demandes de paiement consiste à examiner un échantillon de demandes de paiement soumises par les fournisseurs le lendemain de leur réception par ESI Canada. Il se peut, que vous receviez à l'occasion une Demande de renseignements - Médicaments et ÉMFM - Programme de vérification du lendemain ou une Demande de renseignements au fournisseur d'ÉMFM - Formulaire C dans laquelle vous devez préciser le nom de l'article, la quantité ainsi que le prix des articles délivrés à la date de service précisée sur le formulaire.

Vous devrez également soumettre les documents à l'appui (p. ex., ordonnance, facture, etc.). Si vous recevez l'une de ces demandes, veuillez la remplir et la retourner dans les deux semaines suivant la date de réception du formulaire. Si vous ne la retournez pas dans le délai requis, la demande de paiement sera annulée.

L'équipe des vérificateurs examinera les renseignements que vous avez inscrits sur le formulaire et les documents à l'appui

pour déterminer s'ils sont conformes aux renseignements indiqués dans la demande de paiement. Toute irrégularité ou information incomplète donnera lieu à un rajustement ou au recouvrement des montants réglés. Veuillez noter que les demandes de paiement ayant fait l'objet d'une autorisation préalable sont assujetties aux modalités du Programme de vérification du lendemain.

Guide du fournisseur de services pharmaceutiques

Le Guide du fournisseur de services pharmaceutiques contient tous les renseignements essentiels sur le Programme des SSNA de Santé Canada ainsi que les politiques pertinentes. Il explique les services de médicaments offerts dans le cadre du Programme des SSNA et leurs limites et décrit les éléments importants de chaque politique. Ce guide est un complément de la Trousse de soumission des demandes de paiement pour médicaments.

Ces documents se trouvent sur le site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA et sont accessibles une fois que vous avez ouvert une session.

- Guide du fournisseur de services pharmaceutiques, sous le menu Médicaments, cliquez sur « **Renseignements sur le programme et les politiques** ».
- Trousse de soumission des demandes de paiement pour médicaments, sous le menu Médicaments, cliquez sur « **Trousse de soumission des demandes de paiement** ».

Directives pour joindre le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs

Lorsque vous appelez le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs au sujet d'une demande de paiement pour médicaments ou pour obtenir de l'aide sur le site Web à l'intention des fournisseurs, vous pouvez utiliser les fonctions du tableau ci-dessous.

Langue		
Appuyez sur le 1 <i>Anglais</i>	OU	Appuyez sur le 2 <i>Français</i>

Menu		
Appuyez sur le 2 <i>Demandes de paiement pour médicaments</i>	OU	Appuyez sur le 3 <i>Demandes de paiement pour équipement médical et fournitures médicales</i>
	OU	Appuyez sur le 4 <i>Aide sur le site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA</i>

Si vous êtes fournisseur et souhaitez vous inscrire au Programme des SSNA ou encore vérifier l'état de votre inscription, veuillez composer le 1 888 677-0111, poste 7015.

Heures d'ouverture prolongées

Le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs est ouvert du lundi au vendredi, de 6 h 30 à minuit, heure de l'Est, et les samedis, dimanches et jours fériés, de 8 h à minuit, heure de l'Est. Le personnel du Centre d'appels est bilingue et peut répondre aux questions des fournisseurs inscrits partout au Canada, et ce, pendant les heures d'ouverture prolongées.

Voici quelques exemples de demandes types que reçoit le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs :

- Vérification
 - Exigences relatives à l'autorisation préalable
 - Exigences relatives à l'admissibilité du bénéficiaire
 - État de l'inscription du fournisseur
 - Admissibilité aux services du Programme des SSNA et limites de fréquence.
- Interprétation
 - Renseignements relatifs au Programme des SSNA contenus dans la Trousse de soumission des demandes de paiement pour médicaments et ses annexes, le Guide du fournisseur de services pharmaceutiques, les bulletins et les bulletins des SSNA
 - Renseignements relatifs à la Lettre de confirmation d'autorisation préalable.
- Demandes par courriel ou par télécopieur relativement aux documents sur le STRDPSS.

Lignes directrices relatives à la facturation et au paiement

Les demandes de paiement manuelles doivent être soumises *au moins toutes les deux semaines*, de l'une des manières suivantes :

- Formulaire de demande de paiement pour médicaments du Programme des SSNA
- Par imprimé d'ordinateur.

Pour obtenir rapidement le règlement de vos demandes de paiement, nous vous suggérons de transmettre vos demandes de paiement à ESI Canada par voie électronique (ÉÉD). Il s'agit du système Point de service.

Nota : Les annulations ou les corrections que vous souhaitez apporter aux demandes soumises et déjà réglées peuvent être indiquées sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments.

Quelle que soit la méthode utilisée, toutes les données requises doivent être fournies pour permettre le traitement efficace des demandes de paiement. Les données doivent être soumises dans le même ordre qu'elles figurent sur le Formulaire de demandes de paiement pour médicaments du Programme des SSNA.



Printemps 2010

Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Mises à jour de la liste des médicaments

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

DÉFINITION DES SERVICES

Médicaments couverts sans restriction

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

Médicaments d'usage restreint

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

Médicaments non ajoutés à la Liste

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

Exclusions

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

Nota: Le processus d'appel et la Politique d'approvisionnement d'urgence ne s'applique pas aux médicaments exclus.

AJOUTS À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS COUVERTS SANS RESTRICTION

Médicaments provenant d'une seule compagnie

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02283700	PMS	ST PRAXIS ASA EC 81MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02324997	ALL	LUMIGAN RC 0.01% SOLUTION OPHTHALMIQUE	26-02-2010
02331624	ALC	AZARGA 1%/0.5% SOLUTION OPHTHALMIQUE	08-03-2010
80006877	JAP	WAMPOLE MINERAL CALCIUM LIQUIDE ORALE	03-03-2010
80015351	PHA	ST PRIVA CAL D FORTE COMPRIMÉ	22-02-2010

NIM (Numéro d'identification de médicament)

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

ST (Médicament de la Politique des Frais d'Exécution de l'Ordonnance à Court Terme)

Services de santé non assurés, Printemps 2010, page 1 de 8

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02239090	AZE	ST ATACAND 4MG COMPRIMÉ	10-03-2010
02332922	AZE	ST ATACAND PLUS 32MG/12.5MG COMPRIMÉ	12-03-2010
02332957	AZE	ST ATACAND PLUS 32MG/25MG COMPRIMÉ	10-03-2010
02200864	ALC	CILOXAN 0.3% POMMADE OPHTHALMIQUE	08-03-2010
02317966	ODN	PURG-ODAN LIQUIDE ORALE	06-04-2010
02043394	WAY	PREMARINE 0.3MG COMPRIMÉ	22-04-2010
02043408	WAY	PREMARINE 0.625MG COMPRIMÉ	22-04-2010
02043424	WAY	PREMARINE 1.25MG COMPRIMÉ	22-04-2010
02126559	AZE	ST IMDUR 60MG COMPRIMÉ	03-03-2010
02337835	NOV	ST STALEVO 125/31.25/200MG COMPRIMÉ	08-03-2010
02337827	NOV	ST STALEVO 75/18.75/200MG COMPRIMÉ	05-03-2010
80011134	WYE	ST CENTRUM JUNIOR COMPLETE COMPRIMÉ	16-02-2010
02321653	SEV	ST COVERSYL PLUS HD 8MG/2.5MG COMPRIMÉ	26-03-2010
02317680	PED	LAX-A-DAY 1G/G POUDRE	06-04-2010

Médicaments provenant de plusieurs compagnies

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02326841	DOM	ST DOM-AMLODIPINE 10MG COMPRIMÉ	19-03-2010
02326825	DOM	ST DOM-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02326833	DOM	ST DOM-AMLODIPINE 5MG COMPRIMÉ	19-03-2010
02280124	PFI	ST GD-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02326760	PMI	ST PHL-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02295148	PMS	ST PMS-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02331489	RIV	ST RIVA-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02330474	SDZ	ST SANDOZ AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02326817	ZYM	ST ZYM-AMLODIPINE 10MG COMPRIMÉ	07-04-2010
02326795	ZYM	ST ZYM-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	07-04-2010
02326809	ZYM	ST ZYM-AMLODIPINE 5MG COMPRIMÉ	07-04-2010
80003919	BMI	ST BIOCAL-D FORTE 500MG/400IU COMPRIMÉ	12-02-2010
02329204	RBV	RAN-CEFPROZIL 125MG/5ML LIQUIDE ORALE	06-04-2010
02315955	PED	ALLERGY RELIEF ES (CETIRIZINE) 10MG COMPRIMÉ	19-03-2010
02326086	PDL	ST DOCUSATE SODIUM 100MG CAPSULE	18-03-2010
02330601	NOP	ST NOVO-ENALAPRIL 40MG COMPRIMÉ	26-03-2010
02332566	RBV	ST FOSINOPRIL 10MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02332574	RBV	ST FOSINOPRIL 20MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02331004	JAP	ST JAMP-FOSINOPRIL 10MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02331012	JAP	ST JAMP-FOSINOPRIL 20MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02294524	RBV	ST RAN-FOSINOPRIL 10MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02294532	RBV	ST RAN-FOSINOPRIL 20MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02310465	PDL	PRO-GABAPENTIN 400MG CAPSULE	11-03-2010
02311321	PDL	ST PRO-ISMN 60MG COMPRIMÉ	03-03-2010
02272830	APX	ST APO-ISMN 60MG SR COMPRIMÉ	03-03-2010
02301288	PMS	ST PMS-ISMN 60MG ER COMPRIMÉ	03-03-2010
02309114	PMS	PMS-LETROZOLE 2.5MG COMPRIMÉ	17-05-2010
02344815	SDZ	SANDOZ-LETROZOLE 2.5MG COMPRIMÉ	17-05-2010
02281732	MEL	MIRTAZAPINE 15MG COMPRIMÉ	19-03-2010
02314290	NOP	NOVO-NARATRIPTAN 1MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02314304	NOP	NOVO-NARATRIPTAN 2.5MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02322323	SDZ	SANDOZ NARATRIPTAN 2.5MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02349167	MYL	ST MYLAN-NIFEDIPINE ER 30MG COMPRIMÉ	18-05-2010
09991054	WIL	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 POUDRE	06-04-2010
09991007	WIL	POLYETHYLENE GLYCOL POUDRE	06-04-2010
02330954	JAP	ST JAMP-PRAVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02330962	JAP	ST JAMP-PRAVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	12-02-2010

NIM (Numéro d'identification de médicament)

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

ST (Médicament de la Politique des Frais d'Exécution de l'Ordonnance à Court Terme)

Services de santé non assurés, Printemps 2010, page 2 de 8



NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02330970	JAP	ST JAMP-PRAVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	12-02-2010
80005770	PMT	ST PRENATAL & POSTPARTUM VITAMIN COMPRIMÉ	19-03-2010
02299062	PMI	PHL-QUETIAPINE 100MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02299089	PMI	PHL-QUETIAPINE 200MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02299054	PMI	PHL-QUETIAPINE 25MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02299097	PMI	PHL-QUETIAPINE 300MG COMPRIMÉ	06-04-2010
02331101	JAP	ST JAMP-RAMIPRIL 1.25MG CAPSULE	12-02-2010
02331144	JAP	ST JAMP-RAMIPRIL 10MG CAPSULE	12-02-2010
02331128	JAP	ST JAMP-RAMIPRIL 2.5MG CAPSULE	12-02-2010
02331136	JAP	ST JAMP-RAMIPRIL 5MG CAPSULE	12-02-2010
02295369	PMS	ST PMS-RAMIPRIL 1.25MG CAPSULE	19-03-2010
02247919	PMS	ST PMS-RAMIPRIL 10MG CAPSULE	19-03-2010
02247917	PMS	ST PMS-RAMIPRIL 2.5MG CAPSULE	19-03-2010
02247918	PMS	ST PMS-RAMIPRIL 5MG CAPSULE	19-03-2010
02328305	RBX	RBX-RISPERIDONE 0.25MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02328313	RBX	RBX-RISPERIDONE 0.5MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02328321	RBX	RBX-RISPERIDONE 1MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02328348	RBX	RBX-RISPERIDONE 2MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02328364	RBX	RBX-RISPERIDONE 3MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02328372	RBX	RBX-RISPERIDONE 4MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02337746	APX	ST APO-ROPINIROLE 0.25MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02337762	APX	ST APO-ROPINIROLE 1MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02337770	APX	ST APO-ROPINIROLE 2MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02337800	APX	ST APO-ROPINIROLE 5MG COMPRIMÉ	12-02-2010
02326450	NOP	NOVO-SALBUTAMOL HFA 100MCG INHALATEUR	10-02-2010
02303779	ZYM	ZYM-SERTALINE 25MG CAPSULE	17-05-2010
02303817	ZYM	ZYM-SERTALINE 100MG CAPSULE	17-05-2010
02303809	ZYM	ZYM-SERTALINE 50MG CAPSULE	17-05-2010
02322498	PMS	PMS-TESTOSTERONE 40MG CAPSULE	10-02-2010
02331705	APX	APO-VENLAFAXINE XR 150MG CAPSULE	17-05-2010
02331683	APX	APO-VENLAFAXINE XR 37.5MG CAPSULE	17-05-2010
02331691	APX	APO-VENLAFAXINE XR 75MG CAPSULE	17-05-2010
80003575	PMT	ST VITAMIN B12 MCG COMPRIMÉ	17-05-2010

NOUVEAUX MÉDICAMENTS D'USAGE RESTREINT

Médicaments provenant d'une seule compagnie

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02252716	ALC	CIPRODEX SOLUTION OTIQUE	01-03-2010
Médicament à usage restreint.			
a.- pour enfants de 16 ans et moins (autorisation préalable non requise)			
b.- pour otite moyenne aiguë avec otorrhée par tube de tympanostomie			
c.- pour otite moyenne aiguë en présence de tube de tympanostomie ou une perforation connue de la membrane tympanique			
02296462	AST	ADVAGRAF 0.5MG ER CAPSULE	08-05-2010
02296470	AST	ADVAGRAF 1MG ER CAPSULE	08-03-2010
02296489	AST	ADVAGRAF 5MG ER CAPSULE	08-03-2010
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le traitement des greffés.			

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02324776	CER	SIMPONI 50MG/.5ML PRE-FILLED INJECTION	01-06-2010
02324784	CER	SIMPONI 50MG/0.5ML AUTO INJECTION	01-06-2010

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Critères pour la couverture initiale d'un an pour la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE, POLYARTHRITE PSORIASIQUE, SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE :

La couverture vise un traitement de 50mg de golimumab administré une fois par mois seulement si :

1. Le médicament est prescrit par un rhumatologue ET
2. Le patient a eu un test cutané à la tuberculine ET
3. Servira au traitement de la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes graves de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE :

Le patient est réfractaire au :

- méthotrexate en traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

PLUS au moins 2 des critères suivants :

- Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines OU
- Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU
- Cyclosporine : 2-5 mg/kg/jour pour 12 semaines OU
- Azathioprine : 2-3 mg/kg/jour pendant 3 mois OU
- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois

PLUS une des associations suivantes :

- Méthotrexate avec cyclosporine (essai d'au moins 4 mois avec l'association des deux médicaments) OU;
 - Méthotrexate avec hydroxychloroquine et sulfasalazine (essai d'au moins 4 mois avec la trithérapie) OU;
 - Méthotrexate avec des sels d'or (essai d'au moins 12 semaines) OU
 - Patients qui ne tolèrent pas le méthotrexate ou présentent des contre-indications à l'utilisation du méthotrexate ou qui est réfractaire à une association d'au moins 2 antirhumatismaux modificateurs de la maladie ARMM OU
4. Pour le traitement de la POLYARTHRITE PSORIASIQUE modéré à grave incluant au moins deux des critères suivants :
 - Cinq jointures enflées ou plus
 - Si moins de 5 jointures enflées, la présence d'une jointure enflée rapprochée des autres ou incluant le poignet ou la cheville est nécessaire
 - Plus d'une jointure avec érosion sur rapport d'imagerie médicale
 - Dactylite de deux doigts ou plus.
 - Tenosynovite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone.
 - Enthésite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone. (non demandé pour un talon d'Achille)
 - Symptômes inflammatoires spinaux réfractaires à deux AINS (minimum quatre semaines d'essai chacun) et avoir un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) plus grand que 4.
 - Utilisation quotidienne de corticostéroïdes.
 - Utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour la douleur résultant de l'inflammation.

Le patient est réfractaire aux :

AINS ET

- Méthotrexate : traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines.

PLUS au moins un des critères suivants :

- Léflunomide : 20 mg par jour pendant 10 semaines OU
- Sels d'or : injections hebdomadaires pendant 20 semaines OU
- Cyclosporine : 2-5 mg/kg/jour pour 12 semaines OU
- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant 3 mois OU

5. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE :

BASDAI > 4

Le patient est réfractaire à :

- un essai de trois mois d'au moins 3 AINS à dose maximale tolérée

Pour une jointure périphérique atteinte, le patient est réfractaire à

- Méthotrexate : traitement hebdomadaire par voie parentérale (S.C. ou I.M.) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines ET

- Sulfasalazine : au moins 2 g par jour pendant quatre mois.

NOTE : Pour complication axiale, le patient n'a pas besoin d'avoir essayé le méthotrexate ou la sulfasalazine

Médicaments provenant de plusieurs compagnies

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02261766	SDZ	SANDOZ-CALCITONIN 200U VAPORISATEUR NASAL	24-02-2010

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients souffrant d'ostéoporose postménopausique si les bifosphonates et la raloxifène n'ont pas donné de bons résultats, sont contre-indiquées ou ne peuvent être tolérées.

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02330156	RBY	RAN-FENTANYL MATRIX TIMBRE 100	26-02-2010
02330105	RBY	RAN-FENTANYL MATRIX TIMBRE 12	25-02-2010
02330113	RBY	RAN-FENTANYL MATRIX TIMBRE 25	26-02-2010
02330121	RBY	RAN-FENTANYL MATRIX TIMBRE 50	26-02-2010
02330148	RBY	RAN-FENTANYL MATRIX TIMBRE 75	26-02-2010

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur chronique chez les patients qui ne répondent pas ou sont intolérants à au moins un produit oral à longue durée d'action, tel que la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone, malgré un titrage approprié de la dose et un traitement adjuvant, notamment des laxatifs et des antiémétiques.

02348500	NOV	ST NOVO-FINASTERIDE 5MG COMPRIMÉ	15-05-2010
02310112	PMS	ST PMS-FINASTERIDE 5MG COMPRIMÉ	18-05-2010
02316905	RAT	ST RATIO-FINASTERIDE 5MG COMPRIMÉ	18-05-2010
02322579	SDZ	ST SANDOZ-FINASTERIDE 5MG COMPRIMÉ	10-05-2010

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

a. - pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant OR
b. - en utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

02307634	DOM	ST DOM-PIOGLITAZONE 15MG COMPRIMÉ	19-03-2010
02307642	DOM	ST DOM-PIOGLITAZONE 30MG COMPRIMÉ	19-03-2010
02307650	DOM	ST DOM-PIOGLITAZONE 45MG COMPRIMÉ	19-03-2010

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

02298384	NOP	ST NOVO-RISEDRONATE 30MG COMPRIMÉ	22-03-2010
02298392	NOP	ST NOVO-RISEDRONATE 35MG COMPRIMÉ	22-03-2010
02298376	NOP	ST NOVO-RISEDRONATE 5MG COMPRIMÉ	22-03-2010

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

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

MÉDICAMENTS NON INSCRITS AU FORMULAIRE

Les médicaments suivants ne seront pas inscrits à la Liste des médicaments du Programme des SSNA:

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE
02319012	LEO	XAMIOL .5MG/50MC GEL (CALCIPOTRIOL/BETAMETHASONE)

CHANGEMENTS

DEMANDES ÉLECTRONIQUES RELATIVES À DES MÉDICAMENTS

Veuillez prendre note que pour être examinée, toute demande relative à l'intégration d'un médicament à la Liste des médicaments des SSNA doit être soumise électroniquement au responsable du programme des SSNA à l'adresse suivante :

NIHB.Drug.Submissions@hc-sc.gc.ca.

N'envoyez qu'un (1) seul exemplaire de la demande. Un accusé de réception électronique sera envoyé.

AUTOAPPROBATION DE MÉDICAMENTS

Le système de traitement des demandes de paiement d'ESI permet maintenant l'autoapprobation de médicaments déterminés pour lesquels une autorisation préalable est nécessaire. Le système vérifie si les conditions préalables au traitement médicamenteux sont remplies conformément aux critères applicables aux médicaments à usage restreint de la Liste des médicaments des SSNA.

L'autoapprobation des médicaments suivants sera permise en vertu du Programme des SSNA :

L'ézétimibe (Ezetrol®)
Le dutastéride (Avodart®)
La pioglitazone (Actos® et ses équivalents génériques)
La minocycline (Minocin® et ses équivalents génériques)
Le finastéride (Proscar® et ses équivalents génériques)

AVIS DE CHANGEMENTS

Les fabricants sont tenus d'informer le responsable du programme des SSNA de toutes modifications importantes apportées aux médicaments figurant sur la liste, notamment les changements au NIM, au nom du produit, au fabricant ou au distributeur, à l'indication, à la monographie du produit, à l'emballage, à la formulation, aux spécifications du fabricant ou à l'interruption d'un produit. Tout avis de changement doit être envoyé électroniquement à l'adresse NIHB.Drug.Submissions@hc-sc.gc.ca

CHANGEMENTS APPORTÉS À LA LISTE DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

À compter du 5 juillet 2010, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) deviendront des médicaments à usage restreint au programme des SSNA avec des restrictions de quantité et de fréquence (approbation préalable non requise). Une approbation préalable n'est pas requise à moins que la quantité maximale soit dépassée. Un maximum de 400 doses d'IPP sera permise pour 180 jours. Cette limite de quantité prend effet le jour de la première demande de paiement pour un IPP.

Les IPPs suivants deviendront médicaments à usage restreint sans besoin d'approbation préalable.

Losec® 10mg capsules, incluant les génériques
Losec® 20mg capsules, incluant les génériques
Losec® 20mg comprimés, incluant les génériques
Pariet® 10mg comprimés, incluant les génériques
Pariet® 20mg comprimés, incluant les génériques
Pantoloc® 40mg comprimés, incluant les génériques
Prevacid® 15mg capsules, incluant les génériques
Prevacid® 30mg capsules, incluant les génériques

Les IPPs suivants deviendront médicaments à usage restreint avec approbation préalable requise et auront une limite de quantité:

Prevacid® Fastabs 15mg comprimés
Prevacid® Fastabs 30mg comprimés
Tecta® 40mg comprimés
Losec® 10mg comprimés, incluant les génériques

Les IPPs suivants demeureront médicaments d'exception et auront une limite de quantité:

Losec® Mups 10mg comprimés
Losec® Mups 20mg comprimés

CHANGEMENTS APPORTÉS À LA LISTE DES ANTIVIRAUX ET ANTIBIOTIQUES

En raison du contexte particulier engendré par la récente pandémie de grippe H1N1, l'oseltamivir (Tamiflu®), le zanamivir (Relenza®), la moxifloxacine (Avelox®) et la lévofloxacine (Levaquin® et ses équivalents génériques) sont passés de médicaments d'exception à médicaments couverts sans restriction. À compter du 5 juillet 2010, ils figureront de nouveau sur la liste des médicaments d'exception. Exceptionnellement, il est possible d'effectuer une demande pour la couverture de ces médicaments en appelant le Centre des exceptions pour médicaments des SSNA au numéro 1-800-580-0950.

La lévofloxacine (Levaquin® et ses équivalents génériques) en concentrations de 250 mg et de 500 mg demeurera un médicament couvert sans restriction pour une période allant jusqu'à 14 jours, ne nécessitant pas d'autorisation préalable.

MISE À JOUR SUR LES EXIGENCES RELATIVES À LA PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE CONCERNANT DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

Veillez prendre connaissance de la mise à jour relative à la présentation des demandes concernant des médicaments génériques :
Lettre d'autorisation: Le fabricant doit fournir une lettre qui autorise le programme des SSNA à avoir accès à tous les renseignements concernant le produit détenu par Santé Canada ou le gouvernement d'une province ou d'un territoire au Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) ou l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS).

Justification de l'inscription éventuelle d'un médicament à la liste : le fabricant doit fournir un énoncé indiquant la raison justifiant l'admissibilité du nouveau médicament générique aux prestations, et une preuve à l'appui.

Renseignements généraux : les renseignements supplémentaires devraient comprendre ce qui suit :

- Preuve que le produit a été approuvé par Santé Canada, comme un avis de conformité (AC) ou le numéro d'identification du médicament (NIM)
- Classification du produit selon deux systèmes :
 1. la classification pharmacothérapeutique de l'American Hospital Formulary Service (AHFS);
 2. la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé.

Renseignements relatifs au prix et information à caractère commercial : le fabricant devrait fournir des renseignements récents relatifs au prix du médicament.

** Veuillez envoyer toute demande concernant un médicament générique à l'adresse NIHB.Drug.Submissions@hc-sc.gc.ca. N'envoyez qu'un (1) seul exemplaire de la demande. Un accusé de réception électronique sera envoyé.**

CHANGEMENT DE CRITÈRES

À compter de juin 2010, il y aura des changements concernant les critères de couverture pour Fosamax, Fosavance, Actonel et tous leurs génériques.

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

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

AJOUTS À LA LISTE DES MÉDICAMENTS DE LA POLITIQUE DES FRAIS D'EXÉCUTION DE L'ORDONNANCE À COURT TERME

NIM	NOM DE L'ARTICLE
02272830	APO-ISMN 60MG SR COMPRIMÉ
02337746	APO-ROPINIROLE 0.25MG COMPRIMÉ
02337762	APO-ROPINIROLE 1MG COMPRIMÉ
02337770	APO-ROPINIROLE 2MG COMPRIMÉ
02337800	APO-ROPINIROLE 5MG COMPRIMÉ
02239090	ATACAND 4MG COMPRIMÉ
02332922	ATACAND PLUS 32MG/12.5MG COMPRIMÉ
02332957	ATACAND PLUS 32MG/25MG COMPRIMÉ
80003919	BIOCAL-D FORTE 500MG/400IU COMPRIMÉ
80011134	CENTRUM JUNIOR COMPLETE COMPRIMÉ
02321653	COVERSYL PLUS HD 8MG/2.5MG COMPRIMÉ
02326086	DOCUSATE SODIUM 100MG CAPSULE
02326841	DOM-AMLODIPINE 10MG COMPRIMÉ
02326825	DOM-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ
02326833	DOM-AMLODIPINE 5MG COMPRIMÉ

NIM **NOM DE L'ARTICLE**

02307634	DOM-PIOGLITAZONE 15MG COMPRIMÉ
02307642	DOM-PIOGLITAZONE 30MG COMPRIMÉ
02307650	DOM-PIOGLITAZONE 45MG COMPRIMÉ
02332574	FOSINOPRIL 20MG COMPRIMÉ
02332566	FOSINOPRIL SODIUM COMPRIMÉ
02280124	GD-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ
02126559	IMDUR 60MG COMPRIMÉ
02331004	JAMP-FOSINOPRIL 10MG COMPRIMÉ
02331012	JAMP-FOSINOPRIL 20MG COMPRIMÉ
02330954	JAMP-PRAVASTATIN 10MG COMPRIMÉ
02330962	JAMP-PRAVASTATIN 20MG COMPRIMÉ
02330970	JAMP-PRAVASTATIN 40MG COMPRIMÉ
02331101	JAMP-RAMIPRIL 1.25MG CAPSULE
02331144	JAMP-RAMIPRIL 10MG CAPSULE
02331128	JAMP-RAMIPRIL 2.5MG CAPSULE
02331136	JAMP-RAMIPRIL 5MG CAPSULE
02349167	MYLAN-NIFEDIPINE ER 30MG COMPRIMÉ
02330601	NOVO-ENALAPRIL 40MG COMPRIMÉ
02348500	NOVO-FINASTERIDE 5MG COMPRIMÉ
02298384	NOVO-RISEDRONATE 30MG COMPRIMÉ
02298392	NOVO-RISEDRONATE 35MG COMPRIMÉ
02298376	NOVO-RISEDRONATE 5MG COMPRIMÉ
02326760	PHL-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ
02295148	PMS-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ
02310112	PMS-FINASTERIDE 5MG COMPRIMÉ
02301288	PMS-ISMN 60MG ER COMPRIMÉ
02295369	PMS-RAMIPRIL 1.25MG CAPSULE
02247919	PMS-RAMIPRIL 10MG CAPSULE
02247917	PMS-RAMIPRIL 2.5MG CAPSULE
02247918	PMS-RAMIPRIL 5MG CAPSULE
02283700	PRAXIS ASA EC 81MG COMPRIMÉ
80005770	PRENATAL & POSTPARTUM VITAMIN COMPRIMÉ
80015351	PRIVA CAL D FORTE COMPRIMÉ
02311321	PRO-ISMN 60MG COMPRIMÉ
02294524	RAN-FOSINOPRIL 10MG COMPRIMÉ
02294532	RAN-FOSINOPRIL 20MG COMPRIMÉ
02316905	RATIO-FINASTERIDE 5MG COMPRIMÉ
02331489	RIVA-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ
02330474	SANDOZ AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ
02322579	SANDOZ-FINASTERIDE 5MG COMPRIMÉ
02337835	STALEVO 125/31.25/200MG COMPRIMÉ
02337827	STALEVO 75/18.75/200MG COMPRIMÉ
80003575	VITAMIN B12 MCG COMPRIMÉ
02326817	ZYM-AMLODIPINE 10MG COMPRIMÉ
02326795	ZYM-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ
02326809	ZYM-AMLODIPINE 5MG COMPRIMÉ