

Diabète

Actos® Avandia®	EN117	Présence d'insuffisance rénale.
	EN118	Avec metformine si sulfonylurée contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.
	EN119	Avec sulfonylurée si metformine contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.
	EN120	Avec metformine et sulfonylurée, si insuline indiquée, mais que le patient ne peut ou ne veut pas recevoir d'insuline.
	EN121	Metformine et sulfonylurée contre-indiquées, non tolérées ou inefficaces.
Amaryl®	EN23	Autre sulfonylurée inefficace ou non tolérée.
Forxiga®, Invokana®, Januvia®, Jardiance®, Nesina®, Onglyza®, Trajenta®	EN148	Avec metformine si sulfonylurée contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.
Forxiga®, Invokana®, Nesina®, Onglyza®	EN149	Avec sulfonylurée si metformine contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.
Invokana®, Januvia®, Nesina®, Jardiance®, Trajenta®	EN167	En monothérapie, si metformine et une sulfonylurée contre-indiquée ou non tolérée.
Janumet®, Janumet XR®, Jentadueto®, Komboglyze®, Kazano®, Xigduo®, Synjardy®	EN150	Sulfonylurée contre-indiquée, non tolérée ou inefficace et dose de metformine stable depuis 3 mois.
Jardiance®	EN179	En association avec un ou plusieurs agents antidiabétiques, si MCAS ou MVAS et HbA _{1c} ≥ 7%.
Synjardy® (empagliflozine/metformine) Xigduo® (pagliflozine/metformine)	EN199	Sous traitement avec la metformine et l'inhibiteur du SGLT-2 inclus dans l'association, avec doses stable depuis trois mois.

Note: depuis 2017, la prescription de gliclazide (Diamicon®) et de repaglinide (Gluconorm®) ne nécessite plus l'utilisation de codes pour le remboursement.

Déficience en B12

Cyanocobalamine Sol. Orale ou Co. L.A.	VA159	Pour les personnes souffrant d'une déficience en B12.
--	-------	---

Dermatologie

Tacrolimus (Protopic®)	DE56	Pour le traitement de la dermatite atopique chez l'enfant lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique.
	DE57	Pour le traitement de la dermatite atopique chez l'adulte , lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance intermédiaire ou plus, ou bien lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance faible au visage

Trétinoïne	DE20	Pour le traitement de l'acné.
	DE21	Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique (par ex.: dermatite séborrhéique, les folliculites, la kératose actinique et les verrues sont considérées. Note (DE20 et DE21) : les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules, ne satisfont pas aux indications de paiement.

Calcipotriol/bétaméthasone (dipropionate) Dovobet®, Dovobet Gel®, Enstilar®	DE128	Pour le traitement du psoriasis en plaques chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un analogue de la vitamine D ou d'un corticostéroïde topique de puissance moyenne ou élevée.
--	-------	--

Gynécologie

Estradiol-17B	GY34	Chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.
---------------	------	---

Estradiol-17B/noréthindrone (acétate)	GY35	Chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes ou de progestatifs par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.
---------------------------------------	------	--

Ostéoporose

Denosumab S.C. 60 mg/mL (Prolia®)	MS153	Pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.
Acide zolédronique Perf. I.V. 5 mg/100 mL (Aclasta®)		Note : le traitement de l'ostéoporose chez l'homme ou le traitement de l'ostéoporose chez la femme ayant présenté un échec thérapeutique à un bisphosphonate oral ne satisfait pas à cette indication de paiement.

Pompes en pneumologie

Combinaisons d'un BALA avec un CSI

Formotérol/budésonide (Symbicort®)	RE41	Asthme mal contrôlé malgré l'utilisation de CSI.
Formotérol/mométasone (Zenhale®)		
Salmétérol/fluticasone (Advair®)		
Vilantérol/fluticasone (Breo®)		

Formotérol/budésonide (Symbicort®)	RE172	Demande initiale pour MPOC modérée ou grave, ayant présenté > 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, ou 1 exacerbation ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation de 2 bronchodilatateurs à longue action, ou pour MPOC modérée ou grave avec asthme associée.
Salmétérol/fluticasone (Advair®)		
Vilantérol/fluticasone (Breo®)	RE173	MPOC ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations. Les bénéfices escomptés doivent surpasser les risques encourus, ou composante asthmatique prouvée.

Bronchodilatateurs agonistes B2 par inhalation à début d'action rapide (BACA ou BAAR)

Salbutamol (Ventolin®)	RE112	Difficulté à utiliser un dispositif d'inhalation autre que le Diskus®.
	RE113	Patient recevant un autre médicament au moyen du dispositif Diskus®.

Combinaisons d'un BALA avec un anticholinergique à longue action

Indacatérol/glycopyrronium (Ultibro®)	RE176	Demande initiale pour une durée de 6 mois. MPOC mal contrôlé malgré l'usage d'un bronchodilatateur à longue action > 3 mois.
Olodatérol/tiotropium (Inspiro®)		
Vilantérol/umeclidinium (Anoro®)	RE177	Pour la poursuite de traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

Système gastro-intestinal

Bisacodyl Docusate de calcium Glycérine Supp. Huile minérale Lactulose Hydroxyde de magnésium Phosphate de sodium Polyéthylène glycol	G127	Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie.
Polyéthylène glycol/sulfate de sodium/bicarbonate de sodium Psyllium (mucilage) Sennosides A&B	G128	Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament.
Lactulose	G129	Pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique.
Psyllium (mucilage)	G130	Pour le traitement de la diarrhée chronique.

Système génito-urinaire

Fésotérodine (Toviaz®)	GU178	Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques, inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.
Oxybutynine Timbre cut (Oxytrol®) Oxybutynine (chlorure) Co. L.A. (Ditropan XL®)		

Système cardiovasculaire

Apixaban (Eliquis®)	GV155	Pour la prévention de l'AVC et de l'évènement embolique systémique chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire non valvulaire nécessitant une anticoagulothérapie.
Dabigatran (Pradaxa®)		
Rivaroxaban Co. 15 - 20 mg (Xarelto®)		
Apixaban Co. 5 mg (Eliquis®)	CV169	Pour le traitement d'une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire).
Rivaroxaban Co. 15 - 20 mg (Xarelto®)	CV157	Pour le traitement d'une thrombose veineuse profonde.
Rivaroxaban Co. 15 - 20 mg (Xarelto®)	CV165	Pour le traitement d'une embolie pulmonaire.
Apixaban Co. 2,5 mg (Eliquis®)	CV170	Pour la prévention des récives de thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) après au moins 6 mois d'anticoagulothérapie pour un épisode aigu de thromboembolie veineuse idiopathique.
Colésévalam (chlorhydrate) (Lodalis®)	CV163	Pour le traitement de l'hypercholestérolémie, chez les personnes dont le risque cardiovasculaire est élevé : <ul style="list-style-type: none"> • En association avec une statine à dose optimale ou à dose moindre en cas d'intolérance; • Si contre-indication à une statine. • Intolérance ayant mené à l'arrêt d'au moins 2 statines.

Note : l'Ezetrol® (ézétimibe) et le Caduet® (amlodipine/atorvastatine) ne sont plus des médicaments d'exception.