

## 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 Jentaduo® 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 <sub>1c</sub> ≥ 7%.
Synjardy® (empagliflozine/metformine)	EN219	La dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un (1) mois.
Delaglutide (Trulicity®)		Maintenant remboursé par la RAMQ (compléter le formulaire « Demande d'autorisation de paiement »)

**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 <b>chez l'enfant</b> lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique.
	DE57	Pour le traitement de la dermatite atopique <b>chez l'adulte</b> , 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.

Pansements : Antimicrobien argent, iodé ou bordé-argent.	DE58	Brûlures graves ou de plaies chroniques avec colonisation agent pathogène, documentée (culture bactérienne sur fond de plaie débridée).
Pansements : <u>Absorbant</u> : chlorure de sodium ou fibres gélifiantes ou mousse hydrophile; <u>De rétention de l'humidité</u> : hydrocolloïde ou polyuréthane.	DE101	Brûlures graves : Plaie de pression de stade 2 ou plus; Plaie grave causée par une maladie chronique ou par un cancer; Ulcère cutané grave lié à une insuffisance artérielle ou veineuse; Plaie chronique (durée excédent 45 jours) et grave dont le processus de cicatrisation est compromis.

Acide Azélaïque Finacea®	DE164	Pour le traitement de l'acné rosacée lorsqu'une préparation topique de métronidazole est inefficace ou contre-indiquée ou mal tolérée.
-----------------------------	-------	--

## Gynécologie

Estradiol-17B	GY34	Chez les personnes <b>ne pouvant recevoir d'estrogènes</b> 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 <b>ne pouvant recevoir d'estrogènes ou de progestatifs</b> 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®)	<b>MS153</b>	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®)	<b>RE41</b>	Asthme mal contrôlé malgré l'utilisation de CSI.
Formotérol/mométasone (Zenhale®)		
Salmétérol/fluticasone (Advair®)		
Vilantérol/fluticasone (Breo®)		

Formotérol/budésonide (Symbicort®)	<b>RE172</b>	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 asthme associée.
Salmétérol/fluticasone (Advair®)		
Vilantérol/fluticasone (Breo®)	<b>RE173</b>	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®)	<b>RE112</b>	Difficulté à utiliser un dispositif d'inhalation autre que le Diskus®.
	<b>RE113</b>	Patient recevant un autre médicament au moyen du dispositif Diskus®.

### Combinaisons d'un BALA avec un anticholinergique à longue action

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

## Système gastro-intestinal

<p>Bisacodyl          Docusate de calcium          Glycérine Supp.          Huile minérale          Lactulose          Hydroxyde de magnésium          Phosphate de sodium          Polyéthylène glycol</p>	<p><b>GI27</b></p>	<p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie.</p>
<p>Polyéthylène glycol/sulfate de sodium/bicarbonate de sodium          Psyllium (mucilage)          Sennosides A&amp;B</p>	<p><b>GI28</b></p>	<p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament.</p>
<p>Lactulose</p>	<p><b>G129</b></p>	<p>Pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique.</p>
<p>Psyllium (mucilage)</p>	<p><b>G130</b></p>	<p>Pour le traitement de la diarrhée chronique.</p>
<p>Fésotérodine (Toviaz®)</p>	<p><b>GU178</b></p>	<p>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.</p>
<p>Oxybutynine Timbre cut (Oxytrol®)          Oxybutynine (chlorure)          Co. L.A. (Ditropan XL®)</p>		
<p>Dexlansoprazole (Dexilan®)          Esomeprazole (Nexium®)          Lansoprazole (Prévacid®)          Oméprazole (Losec®)          Pantoprazole (Pantoloc®)          Rabéprazole (Pariet®)</p>	<p><b>PP12</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspepsie associée à la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdiens ;</li> <li>• Prophylaxie cytoprotectrice ;</li> <li>• Grossesse.</li> </ul>
	<p><b>PP205</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Port d'une sonde nasogastrique ou gastrojéjunale.</li> <li>• Dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec prédominance de symptômes de reflux gastro-œsophagien ou lorsque les symptômes de reflux gastro-œsophagien ont été soulagés par un traitement initial et que ces derniers reviennent à l'arrêt des IPP et qu'ils sont présents au moins trois (3) jours par semaine.</li> </ul>
	<p><b>PP999</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Œsophage de Barrett;</li> <li>• Syndrome de Zollinger-Ellison;</li> <li>• Sténose peptique de l'œsophage;</li> <li>• Œsophage à éosinophiles.</li> </ul>

## Système cardiovasculaire

Apixaban (Eliquis®)	CV155	Pour la <b>prévention de l'AVC</b> et de l'évènement embolique systémique chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire <b>non valvulaire</b> nécessitant une anticoagulothérapie.
Dabigatran (Pradaxa®)		
Rivaroxaban (Xarelto®)		
Edoxaban (Lixiana®)		
Apixaban (Eliquis®)	CV169	Pour le <b>traitement d'une thromboembolie veineuse</b> (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire).
Rivaroxaban (Xarelto®)	CV157	Pour le <b>traitement d'une thrombose veineuse profonde</b> .
Rivaroxaban (Xarelto®)	CV165	Pour le <b>traitement d'une embolie pulmonaire</b> .
Apixaban (Eliquis®)	CV170	Pour la <b>prévention des récurrences de thromboembolie veineuse</b> (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) après au moins 6 mois d'anticoagulothérapie pour un épisode aigu de thromboembolie veineuse idiopathique.
Edoxaban (Lixiana®)	CV239	Pour le <b>traitement</b> des personnes présentant une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire). 15, 30 et 60 mg.
Colésévalam (chlorhydrate) (Lodalis®)	CV163	Pour le <b>traitement de l'hypercholestérolémie, chez les personnes dont le risque cardiovasculaire est élevé</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• En association avec une statine à dose optimale ou à dose moindre en cas d'intolérance ;</li> <li>• Si contre-indication à une statine ;</li> <li>• Intolérance ayant mené à l'arrêt d'au moins 2 statines.</li> </ul>

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

## Système nerveux

Amphétamine XR (Adderall®) Lisdexamfetamine (Vyvance®) Métylphénidate L.A. (Biphentin®) Métylphénidate DE (Concerta®)	SN280	Pour le <b>trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité</b> .
--	-------	--