

Bulletin n° 1107

Le 26 juin 2023

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 juin 2023.

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
- Mise à jour du Guide de vérification des fournisseurs
- 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
Énoxaparine (Elonox) (Elonox HP)	seringue préremplie de 30 mg / 0,3 mL	02532247			
	seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL	02532255			
	seringue préremplie de 60 mg / 0,6 mL	02532263			
	seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL	02532271	FKB	ACDEFGVW	PCF
	seringue préremplie de 100 mg/mL	02532298			
	seringue préremplie de 120 mg / 0,8 mL	02532301			
	seringue préremplie de 150 mg/mL	02532328			

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Dapagliflozine (Forxiga 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		ACDEFGV	PAM
--	---------------------------------------	---	--	---------	-----

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Amifampridine (Ruzurgi)	comprimé de 10 mg	02503034	MDU	(SA)	PCF

Pour le traitement du syndrome myasthénique de Lambert-Eaton (SMLE) chez les patients âgés de 6 ans ou plus.

Critères de renouvellement initial :

- Une amélioration d'au moins 30 % au test chronométré du lever de chaise de Mathias (3TUG) par rapport à la mesure de référence.

Critères de renouvellement subséquent :

- Le patient continue de maintenir une amélioration d'au moins 30 % au test 3TUG par rapport à la mesure de référence.

Note clinique :

- Le résultat du test 3TUG doit être fourni au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.

- Les autorisations seront accordées jusqu'à une dose quotidienne maximale de 40 mg pour les patients pesant moins de 45 kg et de 100 mg pour les patients pesant 45 kg ou plus.
- Période d'approbation initiale : 3 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Asciminib (Scemblix)	comprimé de 20 mg comprimé de 40 mg	02528320 02528339	NVR	(SA)	PCF
-------------------------	--	----------------------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique (PC) et porteurs du chromosome Philadelphie (Ph+), qui présentent une résistance ou une intolérance à au moins deux inhibiteurs de tyrosine kinase et ne présentent aucun signe de mutations T315i ou V299L.

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 fonctionnel.
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 atteints de LMC en phase accélérée ou blastique.
- Période d'approbation : 1 an.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

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

Critère révisé

Dasatinib (Sprycel et marques génériques)	comprimé de 20 mg comprimé de 50 mg comprimé de 70 mg comprimé de 80 mg comprimé de 100 mg comprimé de 140 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		(SA)	PAM
---	--	---	--	------	-----

1. Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) à chromosome Philadelphie positif (Ph+) en phase chronique, accélérée ou blastique.
2. Pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoblastique aiguë (LLA) à chromosome Philadelphie positif (Ph+).

Critère de renouvellement :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

Nouvelle indication

Brolucizumab
(Beovu)

seringue préremplie de 6 mg /
0.05 mL

02496976

NVR

(SA)

MLP

Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux seringues préremplies (une seringue par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum d'une seringue préremplie par œil toutes les 6 semaines pendant 30 semaines, puis d'une seringue préremplie par œil toutes les 8 semaines.
- Période d'approbation : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise

Nouvelle indication

Entrectinib
(Rozlytrek)

capsule de 100 mg
capsule de 200 mg

02495007

02495015

HLR

(SA)

MLP

En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints de tumeurs solides extra-crâniennes non résécables, localement avancées ou métastatiques, qui répondent à l'ensemble des critères suivants :

- Les tumeurs ont une fusion du gène NTRK (récepteur tyrosine-kinase de la neurotrophine) sans mutation de résistance acquise connue;
- Pas d'autres options thérapeutiques satisfaisantes;
- Pas admissible à la chirurgie et/ou à la radiothérapie en raison d'un risque important de morbidité.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique, selon les résultats radiographiques, que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Si des métastases au niveau du système nerveux central sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

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 par un inhibiteur des récepteurs TRK.
- Période d'approbation : 6 mois.

Nouvelle indication

Ondansétron (Zofran et marques génériques)	comprimé de 4 mg comprimé de 8 mg injection de 2 mg/mL comprimé à dissolution orale de 4 mg comprimé à dissolution orale de 8 mg solution orale de 4 mg / 5 mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits	W (SA) (SA)	PAM
--	---	---	--------------------	-----

Pour le traitement des nausées et des vomissements chez les patients pédiatriques (moins de 18 ans) qui reçoivent une chimiothérapie (p. ex., le méthotrexate) pour des maladies chroniques non oncologiques, et ayant présenté un épisode de nausées et de vomissements.

Changements au statut de la garantie

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Retraite de la liste Hydrate de chloral (Sirop d'hydrate de chloral Odan)	sirop à 100 mg/mL	02247621	ODN		PAM

Dès le 26 juin 2023, les sirops d'hydrate de chloral seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre de médicament assuré.

Les preuves de l'efficacité de l'hydrate de chloral dans le traitement de l'insomnie sont surpassées par le risque d'effets indésirables graves.

Dans le cas des patients qui ont déjà reçu un remboursement pour de l'hydrate de chloral entre le 26 décembre 2022 et le 26 juin 2023, ce médicament continuera d'être admissible jusqu'au 26 janvier 2024. Après le 26 janvier 2024, une demande d'autorisation spéciale, documentant la raison pour laquelle le patient doit continuer de prendre ce médicament, sera exigée chaque année pour que ce médicament puisse être admissible. Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale ne sont pas acceptées.

Mise à jour du Guide de vérification des fournisseurs

Le Guide de vérification des fournisseurs des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick fournit un aperçu des activités de vérification réalisées dans le cadre des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, et informe les fournisseurs participants de leurs droits et obligations en matière de vérification.

Le Guide a récemment été mis à jour afin d'inclure davantage de renseignements sur les processus et les résultats des vérifications. Il est accessible [en ligne](#).

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

À compter du 26 juin 2023, les demandes de règlement pour l'ustekinumab (Stelara) doivent être soumises au moyen du nombre de seringues dans le champ de la quantité. Ce changement s'appliquera à toutes les demandes de règlement visant des ordonnance exécutées le 26 juin 2023 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.](#)
