



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Édition du 21 décembre 2020

Semaine

OFSP-Bulletin 52/2020

Magazine d'information pour professionnels de la santé et pour les médias

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**

www.ofsp-coronavirus.ch



Impressum

ÉDITEUR

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne (Suisse)
www.bag.admin.ch

RÉDACTION

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne
Téléphone 058 463 87 79
drucksachen-bulletin@bag.admin.ch

IMPRESSION

Stämpfli AG
Wölflistrasse 1
CH-3001 Berne
Téléphone 031 300 66 66

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 5050
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

Le bulletin de l'OFSP est une revue spécialisée hebdomadaire, en français et en allemand, qui s'adresse aux professionnels de la santé, aux médias et aux milieux intéressés. Ce périodique publie les derniers chiffres en matière de santé ainsi que des informations importantes de l'OFSP.

Abonnez-vous pour recevoir la version électronique du bulletin :
www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses _____	4
Statistique Sentinella _____	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales _____	6
Voici comment nous protéger : www.ofsp-coronavirus.ch _____	7
Liste des spécialités _____	9
Vol d'ordonnances _____	71

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 50^e semaine (15.12.2020)^a

^a Déclarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. Sont exclus les cas de personnes domiciliées en dehors de la Suisse et de la principauté du Liechtenstein. Données provisoires selon la date de la déclaration. Les chiffres écrits en gris correspondent aux données annualisées : cas/an et 100 000 habitants (population résidente selon Annuaire statistique de la Suisse). Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.

^b Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella www.bag.admin.ch/rapport-grippe.

^c N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

^e Le nombre de cas de gonorrhée a augmenté en raison d'une adaptation de la définition de réinfection et n'est pas comparable à celui des éditions précédentes du Bulletin. Les déclarations pour le même patient arrivant à des intervalles d'au moins 4 semaines sont maintenant comptées comme cas séparés.

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^g Les nombres de cas de syphilis ne sont plus comparables à ceux des éditions précédentes du Bulletin en raison d'une adaptation de la définition de cas.

^h Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 50^e semaine (15.12.2020)^a

	Semaine 50			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	3 1.80	4 2.40	3 1.80	7 1.10	12 1.80	11 1.70	82 1.00	124 1.40	138 1.60	78 1.00	120 1.40	134 1.60
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	3 1.80	81 49.10	62 37.60	7 1.10	155 23.50	166 25.10	11591 135.00	13691 159.50	14799 172.40	11341 137.40	13518 163.80	13813 167.40
Légionellose	9 5.40	10 6.10	6 3.60	24 3.60	41 6.20	40 6.10	471 5.50	582 6.80	574 6.70	462 5.60	572 6.90	557 6.80
Méningocoques: maladie invasive		3 1.80		1 0.20	4 0.60	5 0.80	21 0.20	43 0.50	63 0.70	19 0.20	42 0.50	62 0.80
Pneumocoques: maladie invasive	4 2.40	20 12.10	33 20.00	27 4.10	85 12.90	89 13.50	566 6.60	881 10.30	967 11.30	534 6.50	841 10.20	926 11.20
Rougeole			1 0.60		2 0.30	1 0.20	42 0.50	214 2.50	48 0.60	35 0.40	214 2.60	48 0.60
Rubéole^c								1 0.01	2 0.02		1 0.01	2 0.02
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	4 2.40	16 9.70	5 3.00	18 2.70	43 6.50	30 4.50	351 4.10	435 5.10	508 5.90	342 4.10	422 5.10	496 6.00
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	76 46.00	129 78.20	149 90.30	345 52.30	513 77.70	586 88.80	6067 70.70	7284 84.90	7638 89.00	5867 71.10	7106 86.10	7495 90.80
Hépatite A		5 3.00	2 1.20	4 0.60	10 1.50	6 0.90	76 0.90	80 0.90	100 1.20	72 0.90	74 0.90	98 1.20
Hépatite E	1 0.60	2 1.20	3 1.80	4 0.60	10 1.50	11 1.70	76 0.90	111 1.30	68 0.80	69 0.80	106 1.30	68 0.80
Infection à E. coli entérohémorragique	5 3.00	20 12.10	18 10.90	46 7.00	90 13.60	71 10.80	735 8.60	1128 13.10	832 9.70	712 8.60	1107 13.40	820 9.90
Listériose			1 0.60	4 0.60	3 0.40	5 0.80	56 0.60	35 0.40	55 0.60	55 0.70	35 0.40	54 0.60
Salmonellose, S. typhi/paratyphi		1 0.60			3 0.40		11 0.10	23 0.30	22 0.30	11 0.10	21 0.20	21 0.20
Salmonellose, autres	17 10.30	25 15.20	25 15.20	78 11.80	102 15.40	84 12.70	1241 14.50	1549 18.00	1475 17.20	1208 14.60	1516 18.40	1445 17.50
Shigellose	3 1.80	5 3.00	8 4.80	4 0.60	19 2.90	23 3.50	61 0.70	218 2.50	247 2.90	59 0.70	214 2.60	245 3.00

	Semaine 50			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydieuse	182 110.30	250 151.50	245 148.40	948 143.60	1032 156.30	953 144.40	11209 130.60	12312 143.40	11109 129.40	10801 130.90	12002 145.40	10837 131.30
Gonorrhée ^e	42 25.40	64 38.80	83 50.30	292 44.20	286 43.30	297 45.00	3455 40.20	3874 45.10	2902 33.80	3314 40.20	3776 45.80	2839 34.40
Hépatite B, aiguë		1 0.60			1 0.20	2 0.30	9 0.10	26 0.30	36 0.40	6 0.07	25 0.30	33 0.40
Hépatite B, total déclarations	9	34	25	82	106	95	935	1092	1202	894	1056	1167
Hépatite C, aiguë						2 0.30	2 0.02	28 0.30	29 0.30	2 0.02	27 0.30	28 0.30
Hépatite C, total déclarations	4	20	25	67	90	80	883	1036	1289	853	999	1250
Infection à VIH	5 3.00	4 2.40	4 2.40	30 4.50	29 4.40	32 4.80	287 3.30	423 4.90	405 4.70	266 3.20	409 5.00	393 4.80
Sida		2 1.20		5 0.80	12 1.80	2 0.30	51 0.60	86 1.00	72 0.80	50 0.60	80 1.00	72 0.90
Syphilis, stades précoces ^f		13 7.90	12 7.30	16 2.40	67 10.20	47 7.10	536 6.20	731 8.50	580 6.80	512 6.20	708 8.60	580 7.00
Syphilis, total ^g		20 12.10	20 12.10	25 3.80	85 12.90	74 11.20	720 8.40	1041 12.10	918 10.70	686 8.30	1007 12.20	894 10.80
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose				1 0.20	1 0.20	1 0.20	11 0.10	6 0.07	5 0.06	10 0.10	6 0.07	5 0.06
Chikungunya					4 0.60		11 0.10	42 0.50	4 0.05	11 0.10	41 0.50	4 0.05
Dengue		4 2.40	9 5.40		28 4.20	17 2.60	83 1.00	248 2.90	171 2.00	72 0.90	246 3.00	169 2.00
Encéphalite à tiques	4 2.40		2 1.20	17 2.60	9 1.40	6 0.90	457 5.30	264 3.10	373 4.40	457 5.50	262 3.20	373 4.50
Fièvre du Nil occidental							1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Fièvre jaune									1 0.01			1 0.01
Fièvre Q		1 0.60			4 0.60	4 0.60	45 0.50	102 1.20	52 0.60	43 0.50	100 1.20	51 0.60
Infection à Hantavirus									1 0.01			1 0.01
Infection à virus Zika								1 0.01	3 0.03		1 0.01	3 0.04
Paludisme		6 3.60	7 4.20	4 0.60	22 3.30	18 2.70	129 1.50	279 3.20	297 3.50	121 1.50	278 3.40	292 3.50
Trichinellose							3 0.03	2 0.02		3 0.04	2 0.02	
Tularémie	1 0.60	5 3.00	2 1.20	11 1.70	15 2.30	9 1.40	105 1.20	147 1.70	123 1.40	103 1.20	146 1.80	120 1.40
Autres déclarations												
Botulisme												
Diphthérie ^h							3 0.03	2 0.02	5 0.06	3 0.04	2 0.02	5 0.06
Maladie de Creutzfeldt-Jakob			1 0.60		3 0.40	4 0.60	18 0.20	19 0.20	17 0.20	18 0.20	17 0.20	17 0.20
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 11.12.2020 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)

Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	47		48		49		50		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Oreillons	2	0.1	0	0	0	0	0	0	0.5	0
Coqueluche	1	0.1	1	0.1	0	0	0	0	0.5	0.1
Piqûre de tiques	1	0.1	4	0.3	2	0.2	0	0	1.8	0.2
Borreliose de Lyme	6	0.4	4	0.3	2	0.2	0	0	3	0.2
Herpès zoster	9	0.7	7	0.5	5	0.4	8	0.6	7.3	0.6
Néuralgies post-zostériennes	0	0	3	0.2	0	0	0	0	0.8	0.1
Médecins déclarants	179		178		177		168		175.5	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

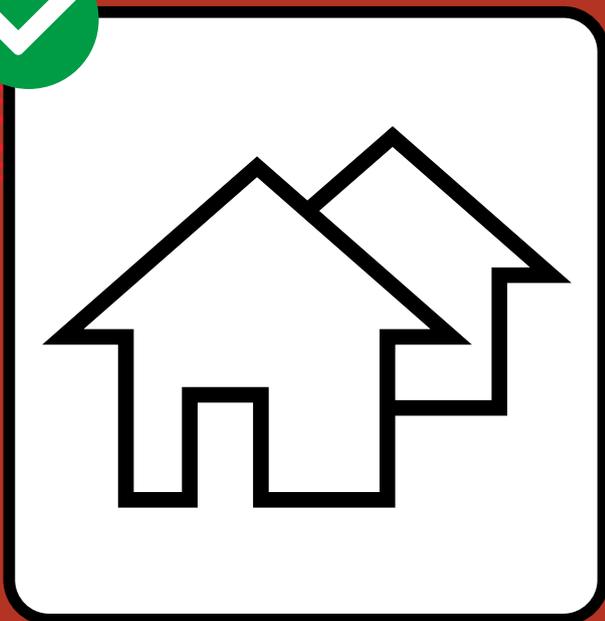
Le rapport sur la grippe a subi un remaniement lié à la pandémie de COVID-19. Il est disponible à l'adresse: www.bag.admin.ch/rapport-grippe



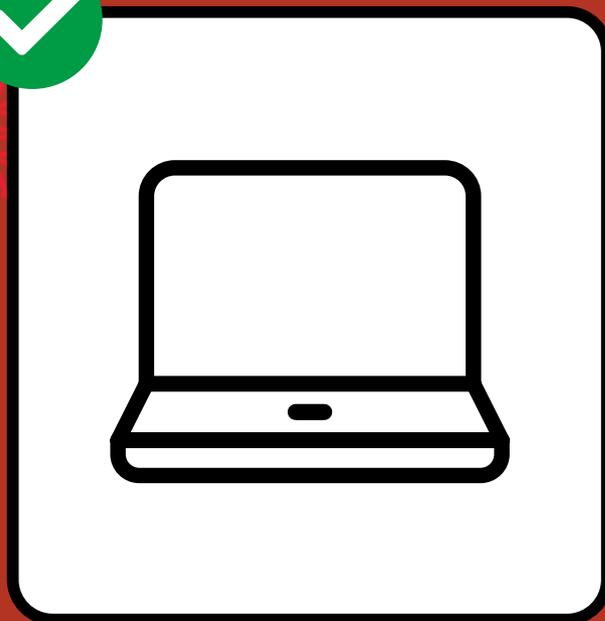
**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:** 

RECOMMANDATION URGENTE DU CONSEIL FÉDÉRAL. JUSQU'À NOËL :

Rencontrer le moins de personnes
possible pour réduire le risque d'infection
pendant les Fêtes.



Limitier les rencontres
à deux ménages.



Travailler à la maison
dans toute la mesure du
possible.

www.ofsp-coronavirus.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Uffizi federal da sanadad publica UFSP



Application SwissCovid
Download

« Les antibiotiques
sauvent des vies :
utilisons-les avec
parcimonie. »



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Plus d'infos :
quand-il-faut-comme-il-faut.ch



Les antibiotiques :
**quand il faut,
comme il faut.**

Liste des spécialités :

La liste des spécialités peut être consultée sur internet sous : www.listedesspecialites.ch

[] Le prix de fabrique servant de base au prix public autorisé

Valable à partir du 1^{er} décembre 2020

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.01.10		MINALGINE (Metamizolum natricum)	Streuli Pharma AG		
	14114	sol inj 1 g/2 ml i.v/i.m 10 amp 2 ml Fr. 8.10 (3.49)		14746064	01.12.2020, B
01.08 G		RASAGILINE SPIRIG HC (Rasagilinum)	Spirig HealthCare AG		
	21135	cpr 1 mg blist 30 pce Fr. 122.50 (92.40)		67362001	01.12.2020, B
	21135	cpr 1 mg blist 100 pce Fr. 318.30 (262.99)		67362002	01.12.2020, B
01.99		MAYZENT (Siponimodum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21105	cpr pell 0.250 mg blist 12 pce Fr. 333.75 (276.43)		67230001	01.12.2020, B
	21105	cpr pell 0.250 mg blist 120 pce Fr. 1880.55 (1658.59)		67230002	01.12.2020, B
	21105	cpr pell 2 mg blist 28 pce Fr. 1759.30 (1548.02)		67230003	01.12.2020, B
Première prescription par un spécialiste en neurologie. Mayzent est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints de sclérose en plaques secondairement progressive active, caractérisée par la présence de poussées ou des signes d'activité inflammatoire à l'imagerie.					
01.99		ONPATTRO (Patisiranum)	Alnylam Switzerland GmbH		
	20959	conc perf 10 mg/5 ml flac 5 ml Fr. 9482.45 (9011.19)		67304001	01.12.2020, B

Dans le traitement en monothérapie de l'hATTR chez le patient symptomatique (score PND = I et = IIIb ou FAP > 0 et = 2) présentant une mutation TTR pathogène héréditaire (amyloïdose hATTR) et une manifestation polyneuropathique primaire (polyneuropathie stades 1 et 2, score NIS entre 5 et 130) avec début confirmée de la maladie. Il est impératif d'examiner les autres causes possibles de neuropathie périphérique, telles que le diabète ou la carence en vitamine B12. En présence d'autres causes de polyneuropathie, il doit être démontré que malgré le traitement adéquat de ces causes, la polyneuropathie a continué à évoluer.

Avant le début du traitement:

Avant de pouvoir initier le traitement dans un centre de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), le patient doit être informé par écrit des critères de remboursement (y compris des critères d'arrêt du traitement).

Un centre de référence pour l'amyloïdose doit, après consultation préalable du médecin-conseil, obtenir une garantie de prise en charge des frais auprès de l'assurance-maladie avant de commencer le traitement. L'assurance-maladie ne peut accorder une garantie de prise en charge des frais que si le neurologue traitant (pour une demande initiale de prise en charge des frais : le neurologue d'un centre de référence, pour les demandes ultérieures de prise en charge des frais : le neurologue d'un centre neuromusculaire en coopération avec un centre de référence ou le neurologue d'un centre de référence) enregistre en continu tout au long du traitement les données pertinentes pour le remboursement dans le registre existant du centre de référence ou les fait enregistrer et confirme l'enregistrement au médecin-conseil dans le cadre de la demande de prise en charge des frais.

Sur demande, les données utilisées pour prendre la décision quant à la poursuite ou à l'interruption d'un traitement doivent être envoyées au médecin-conseil. Si un patient ne consent pas à l'enregistrement de ses données dans le registre existant, il convient de l'indiquer.

Le traitement doit être instauré dans un centre de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois).

Le traitement de l'hATTR chez des patients symptomatiques ayant un indice de performance de Karnofsky = 60% avec une manifestation polyneuropathique primaire peut être initié si le score NIS est = 5 et le score PND se situe entre = I et = IIIb et si le patient ne souffre pas d'insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV et présente une espérance de vie d'au moins 2 ans.

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
---------------	---------------	--	--------------------	----------	-------------------

Poursuite du traitement:

Le traitement peut également être poursuivi dans un centre neuromusculaire qui a rejoint le réseau suisse de l'amyloïdose et coopère avec l'un des centres de référence. Des évaluations doivent avoir lieu au moins une fois par année dans un centre de référence.

Le traitement peut être poursuivi si une réponse a pu être observée au bout d'un an et si les critères suivants sont remplis:

- Augmentation du score NIS = 10 points
- Pas d'augmentation du score PND.

Lors d'un traitement au long cours, la prise d'Onpattro peut être poursuivie à condition que l'augmentation du score NIS soit = 10 points par an et que le score PND n'ait pas augmenté de plus d'un stade (une augmentation du score PND IIIa au score PND IIIb correspond à un stade) dans les 12 mois. Si le score PND atteint le stade IV, le traitement doit être arrêté. L'activité de la maladie et l'effet thérapeutique doivent être évalués tous les 6 mois dans un centre de référence ou un centre neuromusculaire.

Arrêt du traitement:

Le traitement doit être arrêté si

- la maladie progresse sous Onpattro jusqu'au stade FAP 3 correspondant au stade IV du score PND (patients ayant besoin d'un fauteuil roulant);
- l'on constate, sous Onpattro, une progression s'accompagnant d'une augmentation du score NIS de > 10 points et d'une augmentation du score PND ainsi que d'une détérioration d'au moins 2 des paramètres suivants dans un intervalle de 12 mois:
 - Score composite ENMG: > 50% de diminution par an de l'amplitude par rapport à la situation initiale (Score composite moteur + sensoriel), ESC (Somme de scores pieds et mains) > 25% de diminution
 - Test de marche de 6 minutes (réduction cliniquement significative de la distance parcourue)
 - Perte de poids involontaire
 - Augmentation des troubles gastro-intestinaux (par exemple en cas de constipation/diarrhée de < 2 fois par semaine à > 3 fois par semaine, ou en cas de constipation/diarrhée > 2 fois par semaine à tous les jours) après exclusion des autres causes
 - Problèmes urinaires (augmentation de la rétention urinaire jusqu'à l'incontinence urinaire permanente) après exclusion des autres causes
 - Détérioration cliniquement significative de la qualité de vie (par exemple, en utilisant le questionnaire sur la QdV-ND de Norfolk)
 - le patient développe une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV malgré un traitement optimal de l'insuffisance cardiaque.

Les patients hATTR présentant une manifestation cardiomyopathique primaire et les patients présentant une forme de type sauvage (sans mutation du gène TTR) ne peuvent bénéficier du remboursement du traitement par Onpattro.

Sur demande de l'assurance-maladie de l'assuré au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation, Alynlam Switzerland GmbH, remboursera un montant fixe du prix ex-factory pour chaque boîte d'Onpattro achetée. Il informera l'assureur-maladie du montant correspondant qui sera remboursé en fonction du prix ex-factory par flacon. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette partie du prix ex-factory. La demande de remboursement doit être effectuée à partir de la date de l'administration.

En outre, le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assurance-maladie de l'assuré au moment de l'achat, la totalité du montant à hauteur du prix ex-factory pour le nombre de flacons dépassant un nombre fixe de flacons par année civile et par patient.

Il informe l'assureur-maladie du nombre de flacons par patient et par année civile à partir duquel le titulaire de l'autorisation rembourse le prix ex-factory par flacon. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de ce montant (basé sur les prix ex-factory). Le remboursement du nombre de flacons dépassant le nombre limite par année civile doit être effectué rétroactivement par année civile (date-butoir fixée au 31 décembre) et, si nécessaire, au prorata (première année de traitement, année d'arrêt du traitement).

02.05.10	AIMOVIG (Erenumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG			
	20777 sol inj 70 mg/ml stylo pré-remp 1 ml Fr. 546.05 (461.37)		66748002		01.12.2018, B

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une durée maximale de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription d'AIMOVIG et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

AIMOVIG est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence: au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence: au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique ou un anticonvulsivant ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés sont contre-indiqués ou si ces traitements ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux aucune réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie:

- Documentation de la durée du traitement et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine)
- Journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le début du traitement par AIMOVIG
- Journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois du traitement par AIMOVIG

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
---------------	---------------	--	--------------------	----------	-------------------

Contrôle après 3 mois:

- Le traitement par AIMOVIG 70 mg ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport au début du traitement par AIMOVIG 70 mg et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- Si une réduction du nombre des jours de migraine est survenue après 3 mois, mais que cette réduction est insuffisante (réduction inférieure à 50%), la dose peut être augmentée à AIMOVIG 140 mg par mois. Cette augmentation de dose doit être notifiée par écrit à l'assureur maladie.

Contrôle après 6 mois:

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50% par rapport au début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- La réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.

Arrêt du traitement au bout d'un an:

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si, 3 mois après l'arrêt du traitement, le diagnostic d'une migraine chronique (cf. critères susmentionnés) ou d'une migraine épisodique (cf. critères susmentionnés) est de nouveau posé, une reprise d'un traitement par AIMOVIG peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période maximale de 12 mois.

En cas de baisse d'efficacité ou d'efficacité insuffisante (définie selon les critères susmentionnés) d'AIMOVIG, une rotation au sein des classes de principes actifs (antagonistes des récepteurs du CGRP, inhibiteurs du CGRP) n'est pas remboursée.

02.07.20 G	AMLODIPINE VALSARTAN HCT SANDOZ (Amlodipinum, Valsartanum, Hydrochlorothiazidum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21117 cpr pell 5/160/12.5 blist 28 pce Fr. 34.30 (15.58)		66016009	01.12.2020, B
	21117 cpr pell 5/160/12.5 blist 98 pce Fr. 78.90 (54.45)		66016010	01.12.2020, B
	21117 cpr pell 5/160/25 blist 28 pce Fr. 34.30 (15.58)		66016013	01.12.2020, B
	21117 cpr pell 5/160/25 blist 98 pce Fr. 78.90 (54.45)		66016014	01.12.2020, B
	21117 cpr pell 10/160/12.5 blist 28 pce Fr. 34.30 (15.58)		66016011	01.12.2020, B
	21117 cpr pell 10/160/12.5 blist 98 pce Fr. 78.90 (54.45)		66016012	01.12.2020, B
	21117 cpr pell 10/160/25 blist 28 pce Fr. 34.30 (15.58)		66016015	01.12.2020, B
	21117 cpr pell 10/160/25 blist 98 pce Fr. 78.90 (54.45)		66016016	01.12.2020, B

Le traitement combiné d'AMLODIPINE VALSARTAN HCT SANDOZ et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06 et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA ne sera pas remboursé par l'assurance de base.

02.07.20 G	AMLODIPINE VALSARTAN SANDOZ (Amlodipinum, Valsartanum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21116 cpr pell 5/80 blist 28 pce Fr. 25.35 (11.36)		66015010	01.12.2020, B
	21116 cpr pell 5/80 blist 98 pce Fr. 58.55 (36.71)		66015011	01.12.2020, B
	21116 cpr pell 5/160 blist 28 pce Fr. 27.80 (13.48)		66015012	01.12.2020, B
	21116 cpr pell 5/160 blist 98 pce Fr. 70.50 (47.13)		66015013	01.12.2020, B
	21116 cpr pell 10/160 blist 28 pce Fr. 27.80 (13.48)		66015014	01.12.2020, B
	21116 cpr pell 10/160 blist 98 pce Fr. 70.50 (47.13)		66015015	01.12.2020, B

Le traitement combiné d'AMLODIPINE VALSARTAN SANDOZ et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06 et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA ne sera pas remboursé par l'assurance de base.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
02.07.20 6		OLMESARTAN-AMLODIPIN-HCT-MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum, Hydrochlorothiazidum)	Mepha Pharma AG		
	21155	Lactab 20/5/12.5 blist 28 pce Fr. 34.70 (15.93)		67602001	01.12.2020, B
	21155	Lactab 20/5/12.5 blist 98 pce Fr. 68.60 (45.47)		67602002	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/5/12.5 blist 28 pce Fr. 39.00 (19.69)		67602003	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/5/12.5 blist 98 pce Fr. 81.45 (56.67)		67602004	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/5/25 blist 28 pce Fr. 39.00 (19.69)		67602007	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/5/25 blist 98 pce Fr. 81.45 (56.67)		67602008	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/10/12.5 blist 28 pce Fr. 39.95 (20.53)		67602005	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/10/12.5 blist 98 pce Fr. 87.80 (62.18)		67602006	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/10/25 blist 28 pce Fr. 39.95 (20.53)		67602009	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/10/25 blist 98 pce Fr. 87.80 (62.18)		67602010	01.12.2020, B

Le traitement combiné d'une association fixe d'olmesartan-amlodipine ou d'olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06. et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA n'est pas remboursé.

07.10.40		PENNSAID (Diclofenacum natricum)	Gebro Pharma AG		
	21027	gel pompe doseuse 56 g Fr. 24.00 (13.01)		67138002	01.12.2020, D
07.10.99		ILARIS (Canakinumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	19119	sol inj 150 mg/ml flac 1 ml Fr. 12083.70 (11548.98)		66191001	01.12.2017, A

Syndromes périodiques associés à la cryopyrine (CAPS):

Après la garantie de la prise en charge de l'assurance maladie et la consultation préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie pour le traitement des patients affectés par CAPS porteurs d'une mutation confirmée du gène NLRP3.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.01

Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS):

Pour prescription exclusive dans les centres de rhumatologie pédiatrique, par des spécialistes en rhumatologie, en collaboration avec des spécialistes en pédiatrie, ou par des spécialistes en pédiatrie avec une formation approfondie en rhumatologie pédiatrique (formation continue à l'annexe 10, selon SIWF, FMH).

Après la garantie de prise en charge de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS), chez les patients à partir de 2 ans, qui ont répondu de manière insuffisante au traitement préalable avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux corticostéroïdes systémiques.

À partir du 1.12.2020, le traitement par ILARIS ne pourra être initié qu'après une réponse insuffisante démontrée au Tocilizumab ou après une intolérance démontrée au Tocilizumab. Un arrêt documenté de la thérapie au Tocilizumab doit être présenté pour une prise en charge lors de l'initiation de la thérapie avec ILARIS.

À une dose maximale de 4 mg/kg (jusqu'à 300 mg au maximum), administrée toutes les 4 semaines par injection sous-cutanée. Chez les patients ayant une réponse initiale nette et une rémission durable de plus de 24 semaines sous ILARIS, une réduction de la dose à 2 mg/kg toutes les 4 semaines, puis le cas échéant, un arrêt du traitement par ILARIS doivent être envisagés.

Les patients avec une AJIS doivent être répertoriés dans le registre JIR cohorte (www.jircohort.ch).

La poursuite du traitement au-delà de 6 mois est conditionnée par la réponse au traitement par ILARIS. Afin de poursuivre le traitement après 6 mois, il faut obtenir à nouveau, une garantie de prise en charge de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.02

Syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS):

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints d'un syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS).

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.03

Syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD):

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints du syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD).

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.04

Fièvre méditerranéenne familiale (FMF):

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints de fièvre méditerranéenne familiale (FMF), chez qui un traitement conventionnel est contre-indiqué ou non toléré ou en l'absence de réponse suffisante malgré l'administration des doses maximales tolérées.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.05

Pour prescription exclusive dans des centres de rhumatologie pédiatrique, rhumatologie, immunologie pédiatrique et immunologie.

Les patients atteints de TRAPS, HIDS/MKD et FMF doivent être répertoriés dans le registre JIRcohorte (www.jircohort.ch).

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10 G		BORTÉZOMIB ACCORD (Bortezomibum)	Accord Healthcare AG		
	21157	subst sèche 1 mg flac 1 pce Fr. 171.15 (134.80)		67481001	01.12.2020, A
	21157	subst sèche 3.5 mg flac 1 pce Fr. 474.10 (398.70)		67481002	01.12.2020, A
<p>Pour le traitement d'induction en association avec la chimiothérapie standard avant la greffe de cellules souches chez les patients adultes souffrant de myélome multiple. En association avec le melphalan et la prednisone chez les patients atteints de myélome multiple non traités jusque là. Traitement des patients atteints de myélome multiple récidivant/réfractaire ayant reçu au moins un traitement antérieur. Les traitements nécessitent une confirmation de la prise en charge par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil.</p>					
07.16.10		MEKINIST (Tramétinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20484	cpr pell 0.5000 mg 7 pce Fr. 394.50 (329.36)		65883001	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 0.5000 mg 7 pce Fr. 394.50 (329.36)		65883001	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 0.5000 mg 30 pce Fr. 1609.60 (1411.53)		65883002	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 0.5000 mg 30 pce Fr. 1609.60 (1411.53)		65883002	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 2 mg 7 pce Fr. 1506.40 (1317.42)		65883003	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 2 mg 7 pce Fr. 1506.40 (1317.42)		65883003	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 2 mg 30 pce Fr. 6033.25 (5646.10)		65883004	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 2 mg 30 pce Fr. 6033.25 (5646.10)		65883004	01.07.2016, A
<p>Mélanome métastatique Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement de patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K). Traitement seulement jusqu'à progression de la maladie. Le traitement exige un engagement de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie chaque boîte de Mekinist achetée (indicateur d'un cycle de traitement) pour l'association avec Tafinlar au taux de 19,51% sur le prix de fabrique par boîte. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.</p>					
07.16.10		TAFINLAR (Dabrafénibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20115	caps 50 mg 28 pce Fr. 957.95 (820.18)		62781001	01.02.2014, A
	20115	caps 50 mg 28 pce Fr. 957.95 (820.18)		62781001	01.02.2014, A
	20115	caps 50 mg 120 pce Fr. 3848.95 (3515.06)		62781002	01.02.2014, A
	20115	caps 50 mg 120 pce Fr. 3848.95 (3515.06)		62781002	01.02.2014, A
	20115	caps 75 mg 28 pce Fr. 1410.80 (1230.27)		62781003	01.02.2014, A
	20115	caps 75 mg 28 pce Fr. 1410.80 (1230.27)		62781003	01.02.2014, A
	20115	caps 75 mg 120 pce Fr. 5650.40 (5272.59)		62781004	01.02.2014, A
	20115	caps 75 mg 120 pce Fr. 5650.40 (5272.59)		62781004	01.02.2014, A
<p>Mélanome métastatique Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement de patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K). Traitement seulement jusqu'à progression de la maladie. Le traitement exige un engagement de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie chaque boîte de Mekinist achetée (indicateur d'un cycle de traitement) pour l'association avec Tafinlar au taux de 19,51% sur le prix de fabrique par boîte. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.</p>					
07.99 G		CINACALCET MEPHA (Cinacalcetum)	Mepha Pharma AG		
	21154	Lactab 30 mg blist 28 pce Fr. 163.90 (128.50)		65736001	01.12.2020, B
	21154	Lactab 60 mg blist 28 pce Fr. 275.15 (225.40)		65736002	01.12.2020, B
	21154	Lactab 90 mg blist 28 pce Fr. 382.05 (318.50)		65736003	01.12.2020, B
<p>Pour la thérapie de l'hyperparathyroïdisme secondaire chez les patients en dialyse avec une valeur de départ de parathormone plus de 300 pg/ml. La prescription doit être effectuée par un médecin pratiquant en néphrologie. Hypercalcémie chez les patients avec cancer des glandes parathyroïdes ou hyperparathyroïdisme primaire non opérable.</p>					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
08.01.93 G		DAPTOMYCIN LABATEC (Daptomycinum)	Labatec Pharma SA		
	21115	subst sèche 350 mg flac 1 pce Fr. 101.75 (74.36)		66651001	01.12.2020, A
	21115	subst sèche 350 mg flac 5 pce Fr. 443.25 (371.81)		66651003	01.12.2020, A
	21115	subst sèche 500 mg flac 1 pce Fr. 138.35 (106.23)		66651002	01.12.2020, A
	21115	subst sèche 500 mg flac 5 pce Fr. 626.15 (531.16)		66651004	01.12.2020, A
<p>Chez l'adulte dans le traitement des infections compliquées de la peau et des tissus mous liées aux microorganismes à Gram positif sensibles et dans le traitement de la Bactériémie à Staphylococcus aureus (BSA) et endocardite infectieuse droite due à des germes sensibles et résistants à la méthicilline. L'efficacité de DAPTOMYCIN LABATEC n'a pas été établie chez les patients présentant une endocardite gauche due à S. aureus. Le traitement doit être initié en milieu hospitalier sous la supervision d'un spécialiste</p>					
08.06 G		POSACONAZOL ACCORD (Posaconazolum)	Accord Healthcare AG		
	21159	susp 40 mg/ml buvable 105 ml Fr. 621.90 (527.44)		67366001	01.12.2020, B
	21158	cpr 100 mg 24 pce Fr. 660.65 (561.21)		67363001	01.12.2020, B
	21158	cpr 100 mg 96 pce Fr. 2523.55 (2244.86)		67363002	01.12.2020, B
<p>La prophylaxie chez des patients à risque élevé (voir 1a et 1b) peut être prescrit seulement par des centres qualifiés. 1a. Pour la prophylaxie des mycoses invasives (en particulier l'aspergillose) chez des patients neutropéniques avec leucémie myéloïde aiguë ou syndrome myélo-dysplastique, qui ont déjà reçus une chimiothérapie cytotoxique. 1b. Pour la prophylaxie des mycoses invasives (en particulier l'aspergillose) chez des patients avec Graft Versus Host Disease (réaction du greffon contre l'hôte). 2. Fusariose chez des patients résistants au traitement par l'amphotéricine B ou présentant une intolérance à l'amphotéricine B (2nd line). 3. Chromoblastomycose et mycétome chez des patients résistants au traitement par l'itraconazole ou présentant une intolérance à l'itraconazole (2nd line). 4. Coccidioïdomycose chez des patients résistants au traitement par l'amphotéricine B, l'itraconazole ou le fluconazole ou présentant une intolérance à ces substances (2nd line).</p>					
08.08		INFLUVAC TETRA (Haemagglutininum influenzae)	Mylan Pharma GmbH		
	21151	susp inj 2020/2021 ser pr 1 pce Fr. 19.20 (9.58)		68087001	01.12.2020, B
<p>La prise en charge des coûts des vaccins au titre de mesure préventive dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des soins est régie par les conditions contraignantes fixées à l'article 12a OPAS pour les vaccinations correspondantes. En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins. Les prix des vaccins sont des prix maximaux (art. 52, al. 3, LAMal) et ne s'appliquent pas aux vaccinations en série (par ex. dans le service médical scolaire). Dans ce cas, les tarifs négociés par les assureurs maladie avec les autorités compétentes ou, le cas échéant, ceux fixés par les autorités, sont applicables. Si le vaccin est acheté à un prix inférieur (par exemple dans le cadre d'une série de vaccinations), le médecin ne peut pas le facturer au prix public de la LS. L'avantage doit être répercuté conformément à l'article 56, al. 3, LAMal, hormis si des conventions au sens de l'art. 56, al. 3bis, LAMal, ont été conclues.</p>					
10.03 G		CALCIPOTRIOL BETAMETHASON MEPHA (Calcipotriolum, Betamethasonum)	Mepha Pharma AG		
	21140	ong tb 30 g Fr. 41.25 (21.65)		65269004	01.12.2020, B
	21140	ong tb 60 g Fr. 60.10 (38.07)		65269005	01.12.2020, B
17.02		XOFIGO (Radium-223 dichloridum)	Bayer (Schweiz) AG		
	20252	sol inj 1100 kBq Ra-223/ml vial 6.000 ml Fr. 5286.85 (4917.92)		62732001	01.10.2014, A
<p>Xofigo est indiqué dans le traitement du cancer de la prostate résistant à la castration (CPRC), avec métastases osseuses symptomatiques et sans métastases viscérales connues, quand une chimiothérapie n'est pas indiquée ou en cas de progression après Docétaxel. Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 6. Chez les patients non orchectomisés, un traitement antiandrogène destiné à faire baisser le taux de testostérone au niveau de castration doit être poursuivi.</p>					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
01.06 G		CITALOPRAM AXAPHARM (Citalopramum)	Axapharm AG		
	18031	cpr pell 20 mg 28 pce Fr. 25.55 (11.55)		56845006	01.12.2020, B
	18031	cpr pell 40 mg 28 pce Fr. 41.00 (21.45)		56845007	01.12.2020, B
02.05.10		AIMOVIG (Erenumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20777	sol inj 140 mg/ml stylo pré-rempli 1 ml Fr. 546.05 (461.37)		66748003	01.10.2019, B

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une durée maximale de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription d'AIMOVIG et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

AIMOVIG est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence: au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence: au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique ou un anticonvulsivant ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés sont contre-indiqués ou si ces traitements ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux aucune réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie:

- Documentation de la durée du traitement et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine)
- Journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le début du traitement par AIMOVIG
- Journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois du traitement par AIMOVIG

Contrôle après 3 mois:

- Le traitement par AIMOVIG 70 mg ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport au début du traitement par AIMOVIG 70 mg et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- Si une réduction du nombre des jours de migraine est survenue après 3 mois, mais que cette réduction est insuffisante (réduction inférieure à 50%), la dose peut être augmentée à AIMOVIG 140 mg par mois. Cette augmentation de dose doit être notifiée par écrit à l'assureur maladie.

Contrôle après 6 mois:

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50% par rapport au début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- La réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.

Arrêt du traitement au bout d'un an:

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si, 3 mois après l'arrêt du traitement, le diagnostic d'une migraine chronique (cf. critères susmentionnés) ou d'une migraine épisodique (cf. critères susmentionnés) est de nouveau posé, une reprise d'un traitement par AIMOVIG peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période maximale de 12 mois.

En cas de baisse d'efficacité ou d'efficacité insuffisante (définie selon les critères susmentionnés) d'AIMOVIG, une rotation au sein des classes de principes actifs (antagonistes des récepteurs du CGRP, inhibiteurs du CGRP) n'est pas remboursée.

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.07.25		DIPROPHOS (Betamethasonum, Betamethasonum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	12559	sol inj 5 amp 1 ml Fr. 41.65 (21.99)		39528029	01.12.2020, B
07.08.30 0		LIVIAL (Tibolonum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	17141	cpr 2.500 mg 3x 28 pce Fr. 51.85 (30.88)		49504020	01.12.2020, B
07.12 6		FLUVASTATIN MEPHA (Fluvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20633	caps 20 mg 100 pce Fr. 37.35 (18.26)		58671006	01.12.2020, B
07.13.10 0		AERIUS (Desloratadinum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	17673	cpr pell 5 mg 90 pce Fr. 45.90 (25.68)		55689001	01.12.2020, B
07.99		SAXENDA (Liraglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	20574	sol inj 6 mg/ml 3 stylo pré 3 ml Fr. 133.95 (102.40)		65899005	01.12.2020, B
<p>Utilisation uniquement chez les personnes non diabétiques et chez les personnes diabétiques (DS de type 2) qui n'ont pas reçu de traitement préalable par agonistes du récepteur du GLP-1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En complément d'un régime alimentaire avec un déficit de 500 kcal/jour, de conseils diététiques d'accompagnement et d'une activité physique renforcée et justifiée (par ex. podomètre) chez des patients motivés (sans opérations bariatriques subites et sans opérations planifiées ou prévues) pour la régulation pondérale chez les patients adultes présentant: <ul style="list-style-type: none"> - un IMC = 35 kg/m² - un IMC = 28 kg/m² en cas de comorbidités supplémentaires liées au poids (pré-diabète ou diabète sucré de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie). - Le traitement nécessite une garantie de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. - Un régime alimentaire avec un déficit de 500 kcal/jour doit être respecté et documenté afin d'obtenir le remboursement de Saxenda, et ceci doit être confirmé vis-à-vis de l'assureur. - La prescription ne peut être délivrée que par un médecin spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie ainsi que par une sélection de médecins ayant de l'expérience dans le traitement de l'obésité. La liste correspondante des médecins ayant de l'expérience dans le traitement de l'obésité est disponible à l'adresse suivante: http://www.bag.admin.ch/sl-ref. - Le traitement doit être arrêté chez les patients dont l'IMC est = 28 et 35 et qui n'ont pas perdu au moins 5% de leur poids corporel initial après 16 semaines de traitement (4 semaines de titrage, 12 semaines de traitement à 3 mg/jour) et chez les patients dont l'IMC est = 35 et qui n'ont pas perdu au moins 7% de leur poids corporel initial après 16 semaines de traitement (4 semaines de titrage, 12 semaines de traitement à 3 mg/jour) par rapport au début du traitement par Saxenda. Après 6 mois de plus, le traitement doit être arrêté si une réduction supplémentaire d'au moins 5% du poids obtenu après 16 semaines n'est pas atteinte. - Pour une thérapie consécutive au-delà de la phase initiale de traitement, une nouvelle garantie de prise en charge doit être obtenue. Les pertes de poids après 16 semaines et 6 mois doivent être justifiées. - Un contrôle d'efficacité doit ensuite être effectué impérativement tous les 6 mois. Si les critères de remboursement précités sont respectés, Saxenda peut être remboursé pour une durée maximale de 3 ans. En cas de reprise de poids de >2% du poids après 6 mois de traitement, celui-ci doit être arrêté. Le traitement doit également être arrêté dès lors qu'un IMC 25 est atteint. - Saxenda ne doit pas être combiné à d'autres agonistes du récepteur du GLP-1, à des gliptines, à des inhibiteurs du SGLT-2 ou à de l'insuline. Saxenda ne doit pas être combiné à d'autres médicaments (par ex. médicaments contenant de l'orlistat) pour la réduction du poids. - Les patients qui, lors d'une première utilisation de Saxenda pendant 16 semaines, n'atteignent pas une réduction de poids d'au moins 5% respectivement 7% de leur poids corporel initial (non-répondants) sont totalement exclus d'un remboursement en cas de reprise du traitement. 					
12.02.30 6		MOMÉTASONE SPIRIG HC (Mometasoni-17 furoas)	Spirig HealthCare AG		
	20515	spray nasal 0.050 mg/dose 3x 140 dos Fr. 39.00 (19.70)		67641002	01.12.2020, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
07.07.24		KENACORT A SOLUBILE (Triamcinoloni acetonidum)	Dermapharm AG		
	12402	sol inj 10 mg 5 amp 0.250 ml Fr. 34.60 (15.86)		38774190	01.12.2020, B
	12402	sol inj 40 mg/1 ml amp 5 pce Fr. 68.90 (45.73)		38774214	01.12.2020, B
	12402	sol inj 80 mg amp ser 2 ml Fr. 37.55 (18.43)		38774107	01.12.2020, B
07.10.40		TALVAL (Idrocilamidum)	Merck (Schweiz) AG		
	14943	crème tb 50 g Fr. 7.10 (3.85)		46055012	01.12.2020, D
	14943	crème tb 100 g Fr. 12.50 (6.77)		46055020	01.12.2020, D
07.13.10 G		CETIRIZINE STREULI (Cetirizini dihydrochloridum)	Streuli Pharma AG		
	18115	gouttes 10 mg/ml (nou) 20 ml Fr. 18.50 (9.00)		56380003	01.12.2020, B
07.15		ESBRIET (Pirfenidonum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20445	caps 267 mg fl 270 pce Fr. 3211.35 (2893.02)		65782001	01.12.2020, B
	20445	cpr pell 267 mg bte 180 pce Fr. 2176.80 (1928.68)		66422004	01.12.2020, B
08.08		TD PUR VACCIN (Vaccinum diphtheriae adsorbatum, Vaccinum tetani adsorbatum)	GlaxoSmithKline AG		
	18390	sol inj a aiguille ser prê 0.500 ml Fr. 9.85 (4.99)		00702002	01.12.2020, B
11.09 G		LATANOPROST SANDOZ (Latanoprostum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19851	gtt opht 2.500 ml Fr. 20.35 (10.59)		61320001	01.12.2020, B
	19851	gtt opht 3x 2.500 ml Fr. 52.75 (31.66)		61320002	01.12.2020, B
12.02.30		RHINOCORT 100 TURBUHALER (Budesonidum)	AstraZeneca AG		
	16098	pdr 0.100 mg 200 dos Fr. 39.05 (19.71)		51932013	01.12.2020, B

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Baisses de prix volontaires dans les 18 mois suivant l'admission sur la LS					
ADENURIC cpr pell 80 mg 14 pce	A. Menarini AG	071130	20531	27.10	12.88
cpr pell 80 mg 28 pce			20531	45.60	25.43
cpr pell 80 mg 98 pce			20531	111.20	82.57
BIKTARVY cpr pell 50/200/25 mg fl 30 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	20840	1165.85	1006.93
IV.b. Mutation de prix 1 année après l'introduction dans LS					
ESPEROCT subst sèche 500 UI c solv flac 1 pce	Novo Nordisk Pharma AG	060110	20921	497.30	445.19
subst sèche 1000 UI c solv flac 1 pce			20921	953.65	890.38
subst sèche 1500 UI c solv flac 1 pce			20921	1409.95	1335.57
subst sèche 2000 UI c solv flac 1 pce			20921	1866.30	1780.76
subst sèche 3000 UI c solv flac 1 pce			20921	2778.90	2671.14
FAMPYRA cpr ret 10 mg blist 56 pce	Biogen Switzerland AG	019900	20960	295.55	243.15
IV.c. Mutation de prix 3 années après l'introduction dans LS					
OXALIPLATIN FRESENIUS conc perf 50 mg/10 ml amp ds film/ pro 1 pce	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	19446	110.55	82.01
conc perf 100 mg/20 ml amp ds film/ pro 1 pce			19446	203.95	163.39
IV.d. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
ABRAXANE subst sèche 100 mg flac 1 pce	Celgene GmbH	071610	20247	405.30	338.78
ACLASTA sol perf 5 mg/100 ml amp 100 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	079900	18542	305.45	251.80
ACTEMRA conc perf 80 mg/4 ml flac 4 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	19015	189.20	150.53
sol inj 162 mg/0.9 ml ser pré 4 pce			20240	1286.70	1117.12
sol inj 162 mg/0.9 ml stylo prérempli stylo pré 4 pce			20893	1286.70	1117.12
conc perf 200 mg/10 ml flac 10 ml			19015	448.40	376.32
conc perf 400 mg/20 ml flac 20 ml			19015	880.45	752.64
ACTIVELLE cpr pell 28 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070860	17273	18.45	8.92
ACTONEL COMPRIMÉS HEBDOMA- DAIRES cpr 35 mg 4 pce	Future Health Pharma GmbH	079900	17646	37.40	18.31
cpr 35 mg 12 pce			17646	75.65	51.62
ADCETRIS subst sèche 50 mg flac 1 pce	Takeda Pharma AG	071610	19989	3688.70	3358.75
subst sèche 50 mg flac 2 pce			19989	7131.45	6717.49
AERIUS cpr pell 5 mg 10 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071310	17673	7.80	3.23
cpr pell 5 mg 30 pce			17673	19.00	9.40
ALDURAZYME conc perf 500 UI/5 ml flac 5 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	18380	814.55	695.26

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ALENDRON D3-MEPHA CPR HEBDOMA cpr 70/2800 4 pce cpr 70/2800 12 pce cpr 70/5600 4 pce cpr 70/5600 12 pce	Mepha Pharma AG	079900	20324 20324 20324 20324	25.65 54.80 25.65 54.80	11.61 33.43 11.61 33.43
AMARYL cpr 2 mg 30 pce cpr 2 mg 120 pce cpr 3 mg 30 pce cpr 3 mg 120 pce cpr 4 mg 30 pce cpr 4 mg 120 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	16476 16476 16476 16476 16476 16476	9.45 33.90 15.65 41.95 17.35 48.75	4.67 15.23 6.50 22.27 7.96 28.18
ANASTROZOLE DEVATIS cpr pell 1 mg blist 30 pce cpr pell 1 mg blist 100 pce	Devatis AG	071620	20905 20905	87.65 250.95	62.05 204.30
ANASTROZOL HELVEPHARM cpr pell 1 mg 28 pce cpr pell 1 mg 98 pce	Helvepharm AG	071620	19501 19501	83.65 246.25	58.58 200.21
ANASTROZOL ORION cpr pell 1 mg 30 pce cpr pell 1 mg 100 pce	Orion Pharma AG	071620	19477 19477	87.65 250.95	62.05 204.30
ANASTROZOLE SANDOZ cpr pell 1 mg 30 pce cpr pell 1 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19476 19476	87.65 250.95	62.05 204.30
ANASTROZOL TEVA cpr pell 1 mg 30 pce cpr pell 1 mg 100 pce	Teva Pharma AG	071620	18959 18959	87.65 250.95	62.05 204.30
ANDROCUR cpr 50 mg 50 pce cpr 50 mg 5x 50 pce	Bayer (Schweiz) AG	070900	11722 11722	53.05 183.00	31.92 145.13
ANDROCUR 10 cpr 10 mg 3x 15 pce	Bayer (Schweiz) AG	070900	11722	19.75	10.04
ANGELIQ cpr pell 28 pce cpr pell 3x 28 pce	Bayer (Schweiz) AG	070860	18296 18296	25.80 54.65	11.74 33.34
ANTABUS DISPERGETTES cpr 400 mg 50 pce	Teva Pharma AG	150000	11085	42.85	23.04
APIDRA sol inj flac 10 ml sol inj OptiPen/ClikSTA/JuniorST 5 amp 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18255 18255	44.95 63.45	24.88 41.00
APIDRA SOLOSTAR sol inj 5 stylo pré 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18639	56.40	34.86
ARAVA cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 100 pce cpr pell 100 mg 3 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071060	17279 17279 17279 17279 17279	28.20 69.80 44.25 114.15 28.20	13.84 46.51 24.27 85.13 13.84
ARIMIDEX cpr pell 1 mg 30 pce cpr pell 1 mg 100 pce	AstraZeneca AG	071620	16688 16688	111.60 277.00	82.93 227.00

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ASACOL cpr pell 800 mg 48 pce cpr pell 400 mg (nouveau) 100 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	040900	14743 14743	47.05 50.80	26.71 29.95
AZOZET cpr pell 10/10 mg 30 pce cpr pell 10/10 mg 90 pce cpr pell 10/20 mg 30 pce cpr pell 10/20 mg 90 pce cpr pell 10/40 mg 30 pce cpr pell 10/40 mg 90 pce cpr pell 10/80 mg 30 pce cpr pell 10/80 mg 90 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071200	20337 20337 20337 20337 20337 20337 20337 20337	62.50 154.70 62.50 154.70 62.50 154.70 62.50 154.70	40.16 120.49 40.16 120.49 40.16 120.49 40.16 120.49
AZAFALK cpr pell 50 mg 50 pce cpr pell 50 mg 100 pce cpr pell 75 mg 50 pce cpr pell 75 mg 100 pce cpr pell 100 mg 50 pce cpr pell 100 mg 100 pce	Vifor SA	071500	20220 20220 20220 20220 20220 20220	24.95 41.70 34.00 51.60 38.75 61.10	11.02 22.04 15.34 30.68 19.46 38.92
BENERVA cpr 100 mg 100 pce	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	070230	6702	10.40	5.63
BENLYSTA subst sèche 120 mg 1 pce subst sèche 400 mg 1 pce sol inj 200 mg/ml auto-injecteur injecteur 1 ml sol inj 200 mg/ml auto-injecteur 4 injecteur 1 ml	GlaxoSmithKline AG	071500	19903 19903 20822 20822	203.00 638.45 287.65 1098.15	162.55 541.85 236.30 945.19
BICALUTAMIDE SANDOZ ECO cpr pell 50 mg 30 pce cpr pell 50 mg 100 pce cpr pell 150 mg 30 pce cpr pell 150 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	20157 20157 20157 20157	113.45 339.90 192.85 604.60	84.53 281.78 153.71 512.36
BICALUTAMID TEVA cpr pell 50 mg 30 pce cpr pell 150 mg 30 pce	Teva Pharma AG	071620	19085 19085	113.45 192.85	84.53 153.71
BINOSTO cpr eff 70 mg 4 pce cpr eff 70 mg 12 pce	Labatec Pharma SA	079900	20498 20498	41.00 79.15	21.43 54.65
BLÉOMYCINE BAXTER subst sèche 15000 I.U. flac 1 pce subst sèche 15000 I.U. flac 10 pce	Baxter AG	071610	11515 11515	71.75 490.45	48.21 412.93
BONDRONAT conc perf 6 mg/6 ml flac 6 ml	Future Health Pharma GmbH	079900	18353	231.00	186.92
BONVIVA cpr pell 150 mg 1 pce cpr pell 150 mg 3 pce	Future Health Pharma GmbH	079900	18304 18304	39.75 80.20	20.36 55.59
BUDENOFALK mousse rect 2 mg/dose 14 dos mousse rect 2 mg/dose 2x 14 doses	Vifor SA	049900	19291 19291	117.10 203.05	87.72 162.59
BYETTA sol inj 5 mcg stylo pré 1 pce sol inj 10 mcg stylo pré 1 pce	AstraZeneca AG	070620	18590 18590	124.25 124.25	93.93 93.93

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
CADUET cpr pell 5 mg/10 mg 98 pce cpr pell 10 mg/10 mg 98 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200	18422 18422	85.75 85.75	60.40 60.40
CALCITRIOL SALMON PHARMA caps 0.2500 mcg 30 pce caps 0.2500 mcg 100 pce caps 0.5000 mcg 30 pce caps 0.5000 mcg 100 pce	Salmon Pharma GmbH	070230	17946 17946 17946 17946	18.60 46.15 29.35 64.65	9.06 25.90 14.84 42.04
CALCORT cpr 6 mg 20 pce cpr 6 mg 100 pce cpr 30 mg 10 pce cpr 30 mg 30 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070727	15141 15141 15141 15141	7.70 27.35 15.35 36.05	3.13 13.12 6.22 17.10
CAMPRAL cpr pell 300 mg 84 pce cpr pell 300 mg 168 pce	Merck (Schweiz) AG	150000	16509 16509	41.30 63.25	21.70 40.82
CAPECITABIN ACCORD cpr pell 150 mg blist 60 pce cpr pell 500 mg blist 120 pce	Accord Healthcare AG	071610	21001 21001	50.20 245.45	29.45 199.52
CAPÉCITABINE HELVEPHARM cpr pell 150 mg 60 pce cpr pell 500 mg 120 pce	Helvepharm AG	071610	20179 20179	50.20 245.45	29.45 199.52
CAPECITABIN TEVA cpr pell 150 mg 60 pce cpr pell 500 mg 120 pce	Teva Pharma AG	071610	20168 20168	50.20 245.45	29.45 199.52
CARBOPLATIN LABATEC sol perf 50 mg/5 ml flac 5 ml sol perf 150 mg/15 ml flac 15 ml sol perf 450 mg/45 ml flac 45 ml sol perf 600 mg/60 ml 60 ml	Labatec Pharma SA	071610	20054 20054 20054 20054	18.45 47.10 108.45 139.15	8.91 26.73 80.18 106.91
CARBOPLATINE SANDOZ sol perf 50 mg/5 ml flac 1 pce sol perf 150 mg/15 ml flac 1 pce sol perf 450 mg/45 ml flac 1 pce sol perf 600 mg/60 ml flac 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	17732 17732 17732 17732	18.45 47.10 108.45 139.15	8.91 26.73 80.18 106.91
CARBOPLATIN TEVA LIQUID sol perf 50 mg/5 ml flac 1 pce sol perf 150 mg/15 ml flac 1 pce sol perf 450 mg/45 ml flac 1 pce sol perf 600 mg/60 ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	18791 18791 18791 18791	17.45 44.30 108.45 128.25	8.05 24.30 80.18 97.44
CARNITENE sol buv 1 g/10 ml 10 fl 10 ml sol inj 1 g/5 ml i.v. 5 amp 5 ml	Alfasigma Schweiz AG	079900	15537 14954	42.50 41.40	22.73 21.78
CASODEX cpr 50 mg blist 30 pce cpr 50 mg blist 100 pce cpr 150 mg blist 30 pce cpr 150 mg blist 100 pce	AstraZeneca AG	071620	16483 16483 16483 16483	124.20 221.85 237.80 390.00	93.92 178.95 192.84 325.42
CELLCEPT susp 200 mg/ml fl 175 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	17478	207.00	166.01
CEREZYME subst sèche 400 UI flac 1 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	17160	1867.90	1647.04

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
CHAMPIX cpr pell 0.500 mg 56 pce cpr pell 1 mg 56 pce cpr pell 1 mg 112 pce	Pfizer AG	150000	18509 18509 18509	100.20 100.20 181.35	73.00 73.00 143.67
CHAMPIX EMBALLAGE INITIAL cpr pell 11x0.5 mg/42x1 mg 1 pce	Pfizer AG	150000	18509	100.20	73.00
CITRAFLEET pdr 2 pce pdr 100 pce	Recordati AG	040811	20260 20260	20.45 499.35	10.65 420.68
COLESTID gran 50 sach 5 g	Pfizer AG	071200	13127	46.45	26.17
COPAXONE sol inj 20 mg/ml 28 ser pré 1 ml sol inj 40 mg/ml 12 ser pré 1 ml	Teva Pharma AG	019900	18034 18034	1116.30 1060.45	961.73 910.81
CORTIMENT MMX cpr ret 9 mg 30 pce	Ferring AG	049900	20486	128.50	97.65
CYTARABINE SANDOZ sol inj 100 mg/5 ml flac 1 pce sol inj 500 mg/10 ml flac 1 pce sol inj 1000 mg/20 ml flac 1 pce sol inj 2000 mg/40 ml flac 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19402 19402 19402 19402	8.00 26.90 44.95 72.40	3.38 12.70 24.88 48.77
CYTOSAR SOLUTION sol inj 100 mg/5 ml cytosafe 5 ml sol inj 0.500 g/25 ml cytosafe 25 ml sol inj 2 g/20 ml cytosafe 20 ml	Pfizer AG	071610	20404 20404 20404	8.20 27.55 78.60	3.57 13.30 54.19
CYTOTEC cpr 200 mcg 30 pce cpr 200 mcg 100 pce	Pfizer AG	049900	14831 14831	18.20 45.40	8.71 25.24
DE URSIL caps 150 mg 30 pce caps 150 mg 100 pce caps 300 mg 30 pce caps 300 mg 100 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	13325 13325 13325 13325	36.35 79.50 49.15 120.80	17.36 54.97 28.53 90.92
DE URSIL RR caps 450 mg 20 pce caps 450 mg 60 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	14480 14480	47.90 104.75	27.46 76.95
DE URSIL RR MITE caps 225 mg 20 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	14480	36.10	17.16
DECAPEPTYL sol inj 0.1000 mg/ml ser pré 7 pce	Ferring AG	070900	16621	71.55	48.02
DECAPEPTYL CPR RETARD prép inj 3.750 mg set 1 pce prép inj 3.750 mg set 3 pce	Ferring AG	071620	15095 15095	170.10 457.00	133.87 383.79
DESLORATADINE AXAPHARM cpr pell 5 mg blist 10 pce cpr pell 5 mg blist 30 pce cpr pell 5 mg blist 50 pce	Axapharm AG	071310	20988 20988 20988	7.35 17.90 28.20	2.85 8.46 13.83
DESLORATADINE MEPHA lactabs 5 mg 10 pce lactabs 5 mg 30 pce lactabs 5 mg 50 pce	Mepha Pharma AG	071310	19976 19976 19976	7.40 17.90 28.20	2.86 8.46 13.83

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
DES Loratadine SANDOZ cpr pell 5 mg 10 pce cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 50 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	19981 19981 19981	7.35 17.90 28.20	2.85 8.46 13.86
DES Loratadine SPIRIG HC cpr pell 5 mg 10 pce cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 50 pce	Spirig HealthCare AG	071310	20134 20134 20134	7.45 17.90 28.25	2.90 8.46 13.89
DEXAMÉTHASONE HELVEPHARM sol inj 5 mg/ml amp 1 pce sol inj 5 mg/ml amp 3 pce sol inj 5 mg/ml amp 25 pce	Helvepharm AG	070726	12954 12954 12954	7.15 15.50 77.00	2.64 6.34 52.80
DICETEL cpr pell 50 mg 60 pce cpr pell 50 mg 120 pce	Mylan Pharma GmbH	040200	14828 14828	19.60 36.45	9.95 17.48
DIPROPHOS sol inj ser usage unique 1 ml sol inj amp 1 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070725	12559 12559	9.15 9.15	4.40 4.40
DOMPÉRIDONE LINGUAL SPIRIG HC cpr orodisp 10 mg 30 pce cpr orodisp 10 mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	040600	20654 20654	7.40 17.25	2.89 7.90
DOMPERIDON MEPHA ORO cpr orodisp 10 mg 30 pce cpr orodisp 10 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	040600	20435 20435	7.40 17.25	2.89 7.90
DOSTINEX cpr 0.500 mg fl 2 pce cpr 0.500 mg fl 8 pce	Pfizer AG	070310	16472 16472	19.65 58.80	9.99 36.95
DOXORUBICINE SANDOZ ECO sol inj 10 mg/5 ml 5 ml sol inj 50 mg/25 ml 25 ml sol inj 100 mg/50 ml 50 ml sol inj 200 mg/100 ml 100 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20228 20228 20228 20228	25.45 82.20 148.05 279.60	11.46 57.33 114.66 229.28
DOXORUBICIN TEVA sol inj 10 mg/5 ml flac 5 ml sol inj 50 mg/25 ml flac 25 ml	Teva Pharma AG	071610	19199 19199	27.45 82.20	13.18 57.33
DUPHASTON cpr 10 mg 20 pce cpr 10 mg 40 pce	Mylan Pharma GmbH	070830	10063 10063	14.25 18.90	5.28 9.30
DUSPATALIN CPR RETARD caps ret 200 mg 30 pce caps ret 200 mg 60 pce	Mylan Pharma GmbH	040200	15755 15755	17.75 29.05	8.30 14.60
ELIGARD PLATEAUX THERMO subst sèche 7.500 mg aiguï sécuri kit inj 1 pce subst sèche 7.500 mg aiguï sécuri kit inj 3 pce subst sèche 22.500 mg aiguï sécuri kit inj 1 pce subst sèche 22.500 mg aiguï sécuri kit inj 2 pce subst sèche 45 mg aiguï sécuri kit inj 1 pce	Astellas Pharma AG	071620	18192 18192 18193 18193 18193	153.15 386.30 426.70 756.25 837.00	119.14 322.22 357.41 644.45 714.82

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ELOXATINE conc perf 50 mg/10 ml flac 10 ml conc perf 100 mg/20 ml flac 20 ml conc perf 200 mg/40 ml flac 40 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19231 19231 19231	127.15 237.05 395.95	96.47 192.22 330.64
ELTROXINE LF cpr 0.050 mg 100 pce cpr 0.100 mg 100 pce	Alfasigma Schweiz AG	070420	16147 16147	9.35 14.60	4.58 5.58
ENTOCORT ENEMA clyst solution + comprimés 7 pce	Tillotts Pharma AG	049900	17973	67.00	44.07
EPIRUBICINE SANDOZ sol inj 10 mg/5 ml flac 5 ml sol inj 50 mg/25 ml flac 25 ml sol inj 100 mg/50 ml flac 50 ml sol inj 200 mg/100 ml flac 100 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20472 20472 20472 20472	36.65 92.00 145.65 230.55	17.65 65.86 112.60 186.53
EPIRUBICIN TEVA LIQUID conc inj 10 mg/5 ml flac 1 pce conc inj 20 mg/10 ml flac 1 pce conc inj 50 mg/25 ml flac 1 pce conc inj 100 mg/50 ml flac 1 pce conc inj 200 mg/100 ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	18759 18759 18759 18759 18759	36.65 53.90 92.00 145.55 230.85	17.65 32.68 65.86 112.52 186.79
ESBRIET cpr pell 267 mg fl 90 pce cpr pell 801 mg fl 90 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	20445 20445	1029.70 2960.50	882.77 2648.31
EVISTA cpr pell 60 mg 28 pce cpr pell 60 mg 84 pce	Leman SKL SA	070900	17510 17510	39.35 83.65	20.00 58.60
EXÉMESTANE DEVATIS cpr pell 25 mg blist 30 pce cpr pell 25 mg blist 100 pce	Devatis AG	071620	20904 20904	99.40 290.05	72.31 238.38
EXÉMESTANE SANDOZ cpr pell 25 mg 15 pce cpr pell 25 mg 30 pce cpr pell 25 mg 90 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19511 19511 19511	57.45 98.50 262.70	35.76 71.50 214.54
EZETIMIB ROSUVASTATIN MEPHA caps 10 mg/10 mg blist 30 pce caps 10 mg/10 mg blist 90 pce caps 10 mg/20 mg blist 30 pce caps 10 mg/20 mg blist 90 pce	Mepha Pharma AG	071200	20766 20766 20766 20766	45.15 102.65 49.50 115.70	25.05 75.15 28.83 86.50
EZETROL cpr 10 mg 28 pce cpr 10 mg 98 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071200	17838 17838	46.40 121.30	26.15 91.38
FARMORUBICIN RD subst sèche 10 mg c solv amp 1 pce subst sèche 50 mg amp 2 pce	Pfizer AG	071610	15774 15774	39.95 186.10	20.53 147.83
FARMORUBICIN SOL sol inj 10 mg cytosafe 5 ml sol inj 50 mg 2 cytosafe 25 ml sol inj 200 mg cytosafe 100 ml	Pfizer AG	071610	16155 16155 16155	38.90 184.40 254.35	19.61 146.35 207.26
FASLODEX sol inj 250 mg/5 ml 2 ser prête 5 ml	AstraZeneca AG	071610	18045	684.10	581.64
FELDEN 20 tabs 20 mg 30 pce	Pfizer AG	071010	14705	17.35	7.96

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
FELDEN LINGUAL cpr 20 mg 10 pce cpr 20 mg 30 pce	Pfizer AG	071010	16552 16552	8.00 18.70	3.38 9.15
FENIALLERG gouttes 1 mg/ml 20 ml	GSK Consumer Healthcare Schweiz AG	071310	9336	6.00	3.26
FEXOFENADIN MEPHA Lactab 120 mg blist 10 pce Lactab 120 mg blist 30 pce Lactab 180 mg blist 10 pce Lactab 180 mg blist 30 pce	Mepha Pharma AG	071310	21050 21050 21050 21050	5.85 18.05 9.10 25.85	3.18 8.59 4.36 11.82
FEXOFÉNADINE SANDOZ cpr pell 120 mg 10 pce cpr pell 120 mg 30 pce cpr pell 180 mg 10 pce cpr pell 180 mg 30 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	20650 20650 20650 20650	5.85 18.05 9.10 25.85	3.18 8.59 4.36 11.82
FEXOFENADINE ZENTIVA cpr pell 120 mg 10 pce cpr pell 120 mg 30 pce cpr pell 180 mg 10 pce cpr pell 180 mg 30 pce	Helvepharm AG	071310	19590 19590 19590 19590	5.85 18.05 9.10 25.85	3.18 8.59 4.36 11.82
FIASP sol inj 100 U/ml flac 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070600	20616	43.05	23.23
FIASP FLEXTOUCH sol inj 100 U/ml 5 stylo pré 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070600	20614	64.60	42.00
FIASP PENFILL sol inj 100 U/ml cartouche 5 amp 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070600	20615	61.55	39.32
FIRTAGON subst sèche 80 mg av ser prêt av solv set 1 pce subst sèche 120 mg av ser prêt av solv set 1 pce	Ferring AG	071620	19193 19193	171.60 335.25	135.19 277.75
FORSTEO sol inj Cartouche 2.4 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	079900	17985	412.75	345.24
FORTECORTIN cpr 4 mg 30 pce cpr 4 mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	070726	16676 16676	37.50 75.90	18.39 51.81
FOSAMAX COMPRIMÉS HEBDOMA- DAIRES cpr 70 mg 4 pce cpr 70 mg 12 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	079900	17647 17647	40.75 86.45	21.21 61.04
FOSAVANCE COMPRIMÉS HEBDOMA- DAIRES cpr 70/2800 4 pce cpr 70/2800 12 pce cpr 70/5600 4 pce cpr 70/5600 12 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	079900	18354 18354 18354 18354	27.10 59.05 27.10 59.05	12.91 37.14 12.91 37.14
FOSRENOL cpr mâcher 500 mg 90 pce cpr mâcher 750 mg 90 pce cpr mâcher 1000 mg 90 pce	Takeda Pharma AG	079900	18766 18766 18766	207.05 265.25 338.30	166.06 216.75 280.38
FULVESTRANT SANDOZ sol inj 250 mg/5 ml i.m. 2 ser prêt 5 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	20514	517.20	436.23

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
GALVUMET	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
cpr pell 50/500 mg 60 pce			19118	62.70	40.34
cpr pell 50/500 mg 180 pce			19118	155.35	121.02
cpr pell 50/850 mg 60 pce			19118	62.70	40.34
cpr pell 50/850 mg 180 pce			19118	155.35	121.02
cpr pell 50/1000 mg 60 pce			19118	62.70	40.34
cpr pell 50/1000 mg 180 pce			19118	155.35	121.02
GALVUS	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
cpr pell 50 mg 28 pce			18641	37.50	18.40
cpr pell 50 mg 112 pce			18641	100.90	73.62
GATINAR	Melisana AG	040812			
sirop 200 ml			12598	5.95	3.22
sirop 500 ml			12598	11.85	6.43
GENOTROPIN	Pfizer AG	070310			
subst sèche 5 mg c sol amp 1 pce			15456	221.65	178.78
subst sèche 5 mg c sol amp 5 pce			15456	1041.90	893.91
subst sèche 12 mg c sol amp double 1 pce			15456	509.00	429.08
GENOTROPIN GOQUICK	Pfizer AG	070310			
subst sèche 5 mg c sol 1 pce			19461	221.65	178.78
subst sèche 5 mg c sol 5 pce			19461	1041.90	893.91
subst sèche 12 mg c sol 1 pce			19461	509.00	429.08
subst sèche 12 mg c sol 5 pce			19461	2414.45	2145.37
GEVILON	Pfizer AG	071200			
cpr pell 450 mg 100 pce			14933	39.00	19.69
GIOTRIF	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	071610			
cpr pell 20 mg 28 pce			20151	2522.75	2244.13
cpr pell 30 mg 28 pce			20151	2522.75	2244.13
cpr pell 40 mg 28 pce			20151	2522.75	2244.13
GLIMÉPIRIDE SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
cpr 1 mg 30 pce			18420	7.05	2.58
cpr 1 mg 120 pce			18420	18.35	8.84
cpr 2 mg 30 pce			18420	9.20	4.46
cpr 2 mg 120 pce			18420	29.00	14.54
cpr 3 mg 30 pce			18420	15.30	6.20
cpr 3 mg 120 pce			18420	40.80	21.26
cpr 4 mg 30 pce			18420	16.90	7.60
cpr 4 mg 120 pce			18420	45.50	25.36
GLIMEPIRIDE ZENTIVA	Helvepharm AG	070620			
cpr 2 mg 30 pce			18325	9.15	4.41
cpr 2 mg 120 pce			18325	28.85	14.40
cpr 3 mg 30 pce			18325	15.25	6.13
cpr 3 mg 120 pce			18325	40.55	21.04
cpr 4 mg 30 pce			18325	16.85	7.52
cpr 4 mg 120 pce			18325	45.50	25.36

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
GLIMERYLE MEPHA cpr 1 mg 30 pce cpr 1 mg 120 pce cpr 2 mg 30 pce cpr 2 mg 120 pce cpr 3 mg 30 pce cpr 3 mg 120 pce cpr 4 mg 30 pce cpr 4 mg 120 pce cpr 6 mg 30 pce cpr 6 mg 120 pce	Mepha Pharma AG	070620	18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470	7.05 18.35 9.20 29.00 15.30 40.75 16.80 45.50 19.40 58.95	2.55 8.83 4.46 14.54 6.18 21.23 7.47 25.36 9.77 37.06
GLIVEC cpr pell 100 mg 60 pce cpr pell 400 mg sécables 30 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	17927 17927	944.45 1832.95	808.40 1615.20
GLIVEC GIST cpr pell 100 mg 60 pce cpr pell 400 mg 30 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	20430 20430	956.85 1832.95	819.22 1615.20
GLUCAGEN NOVO HYPO KIT subst sèche 1 mg c solv amp 1 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070630	10472	38.45	19.21
GLUCOPHAGE 1000 cpr pell 1000 mg 60 pce cpr pell 1000 mg 120 pce	Merck (Schweiz) AG	070620	8800 8800	8.90 16.70	4.17 7.39
GLUCOPHAGE 500 cpr pell 500 mg 50 pce	Merck (Schweiz) AG	070620	8800	6.65	2.20
GLUCOPHAGE 850 cpr pell 850 mg 30 pce cpr pell 850 mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	070620	8800 8800	6.30 14.65	1.93 5.62
GONAL F subst sèche 75 UI (5.5 mcg) kit inj 1 pce subst sèche 450 UI (33 mcg) kit inj 1 pce subst sèche 1050 UI (77 mcg) kit inj 1 pce	Merck (Schweiz) AG	070810	16546 16546 16546	56.80 233.95 516.70	35.21 189.49 435.82
GONAL F PEN sol inj 300 U/0.5 ml 1 pce sol inj 450 U/0.75 ml 1 pce sol inj 900 U/1.5 ml 1 pce	Merck (Schweiz) AG	070810	18012 18012 18012	156.40 226.45 430.65	121.94 182.97 360.85
HERCEPTIN subst sèche 150 mg amp 1 pce subst sèche 440 mg c solv amp 20 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17354 17354	686.40 1932.85	583.61 1706.26
HERCEPTIN SOUS-CUTANÉ sol inj 600 mg/5 ml sous-cutané flac 1 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	20607	1932.85	1706.26
HUMALOG sol inj flac 10 ml sol inj p pen 5 amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	16473 16473	43.10 61.10	23.25 38.95
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN sol inj 100 UI/ml 5 ser pré 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19010	68.55	45.44
HUMALOG KWIKPEN sol inj 5 ser prête 3 ml sol inj 200 UI/ml 5 ser pré 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19010 19010	68.55 120.75	45.44 90.89
HUMALOG MIX 25 susp inj p pen 5 amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17228	57.35	35.67

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
HUMALOG MIX 25 KWIKPEN susp inj 5 ser prête 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19011	68.55	45.44
HUMALOG MIX 50 susp inj p pen 5 amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17229	61.50	39.29
HUMALOG MIX 50 KWIKPEN susp inj 5 ser prête 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19012	68.55	45.44
HUMATROPE subst sèche 6 mg c solv amp 1 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	070310	16788	265.15	216.68
subst sèche 12 mg c solv amp 1 pce			16788	513.85	433.34
subst sèche 24 mg c solv amp 1 pce			16788	1011.40	866.71
HUMINSULIN BASAL susp inj p pen 5 amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	16073	59.50	37.56
HUMINSULIN BASAL KWIKPEN susp inj 5 ser prête 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19901	52.55	31.47
HYCAMTIN subst sèche 1 mg flac 1 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	16804	115.90	86.67
subst sèche 4 mg flac 1 pce			16804	370.80	308.70
subst sèche 4 mg flac 5 pce			16804	1747.25	1537.03
IBANDRONAT HELVEPHARM OSTEO sol inj 3 mg/3 ml ser prête 3 ml	Helvepharm AG	079900	20143	67.05	44.11
IBANDRONAT MEPHA cpr pell 150 mg comprimés mensuels 1 pce	Mepha Pharma AG	079900	19940	36.20	17.23
cpr pell 150 mg comprimés mensuels blist 3 pce			19940	73.85	50.03
IBANDRONAT SANDOZ sol inj 3 mg/3 ml i.v. ser prête 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900	19488	67.05	44.11
IBANDRONATE SANDOZ cpr pell 150 mg 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900	19864	36.20	17.23
cpr pell 150 mg 3 pce			19864	73.85	50.03
IBANDRONAT SPIRIG HC cpr pell 150 mg compr mensuels blist 1 pce	Spirig HealthCare AG	079900	20083	36.20	17.23
cpr pell 150 mg compr mensuels blist 3 pce			20083	73.85	50.03
sol inj 3 mg/3 ml ser prêt 3 ml			20413	67.05	44.11
IBEROGAST teint 20 ml	Bayer (Schweiz) AG	549900	18835	10.50	5.68
teint 50 ml			18835	23.05	12.49
teint 100 ml			18835	41.35	22.42
IBUPROFÈNE SANDOZ cpr pell ret 800 mg 20 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010	19755	9.05	4.31
cpr pell ret 800 mg 50 pce			19755	18.95	9.37
cpr pell ret 800 mg 100 pce			19755	35.45	16.58
IMATINIB ACCORD cpr pell 100 mg blist 60 pce	Accord Healthcare AG	071610	21002	546.85	462.06
cpr pell 400 mg blist 30 pce			21002	1074.05	923.22
IMATINIB DEVATIS cpr pell 100 mg blist 30 pce	Devatis AG	071610	20906	281.60	231.03
cpr pell 100 mg blist 60 pce			20906	546.85	462.06
cpr pell 200 mg 30 pce			20906	510.55	430.55
cpr pell 200 mg 60 pce			20906	886.35	757.78
cpr pell 400 mg blist 30 pce			20906	1074.05	923.22
cpr pell 400 mg blist 60 pce			20906	1843.60	1624.89

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IMATINIB GIST-TEVA cpr pell 100 mg blist 60 pce cpr pell 400 mg blist 30 pce	Teva Pharma AG	071610	21139 21139	815.80 1567.25	696.34 1372.92
IMATINIB SANDOZ cpr pell 100 mg 60 pce cpr pell 400 mg 30 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20576 20576	546.85 1074.05	462.06 923.22
IMATINIB TEVA cpr pell 100 mg 60 pce cpr pell 400 mg 30 pce	Teva Pharma AG	071610	20535 20535	546.85 1074.05	462.06 923.22
IMATINIB ZENTIVA cpr pell 100 mg 60 pce cpr pell 400 mg 30 pce	Helvepharm AG	071610	20541 20541	546.85 1074.05	462.06 923.22
IMODIUM caps 2 mg 20 pce caps 2 mg 60 pce	Janssen-Cilag AG	040900	12893 12893	7.25 19.15	3.92 9.52
IMPORTAL pdr sach dbl 10 pce pdr sach dbl 25 pce sol 200 ml sol 500 ml	Zambon Switzerland Ltd	040812	14926 14926 16463 16463	9.15 21.00 5.30 12.05	4.97 11.38 2.88 6.52
INEGY cpr 10/10 mg 28 pce cpr 10/10 mg 98 pce cpr 10/20 mg 28 pce cpr 10/20 mg 98 pce cpr 10/40 mg 28 pce cpr 10/40 mg 98 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071200	18299 18299 18299 18299 18299 18299	52.10 141.05 56.65 156.85 63.30 178.20	31.10 108.56 35.05 122.35 40.84 140.94
INSULIN ACTRAPID HM sol inj 100 UI/ml flac 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	14262	28.25	13.90
INSULINE ACTRAPID HM sol inj 100 UI/ml Penfill 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	14939	51.35	30.46
INSULINE INSULATARD HM susp inj amp 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	14765	26.70	12.56
INSULINE INSULATARD HM FLEXPEN susp inj stylo pré 5 stylo pré 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17725	53.80	32.58
INSULINE INSULATARD HM PENFILL susp inj cartouche 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	15828	48.20	27.68
INSULINE INSUMAN BASAL susp inj Optipen 5x 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	17317	53.20	32.07
INSULINE INSUMAN COMB25 susp inj Optipen 5x 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	17315	53.55	32.35
INSULINE INSUMAN RAPID sol inj Optipen 5x 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	17313	53.65	32.46
INSULINE NOVORAPID sol inj amp 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17372	43.40	23.54
INSULINE NOVORAPID FLEXPEN sol inj stylo prérempl 5 stylo pré 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17639	66.90	43.97
INSULIN NOVORAPID FLEXTOUCH sol inj 5 stylo préremp 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	19765	66.90	43.97
INSULINE NOVORAPID PENFILL sol inj cartouche 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17373	61.75	39.50
INSULINE NOVORAPID PUMPCART sol inj 100 U/ml 5 amp 1.600 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20429	40.60	21.07

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IPOCOL DIVISTYRAMINE pdr 30 sach dbl 3 g	Lagap SA	071200	15640	56.80	35.18
IRESSA cpr pell 250 mg 30 pce	AstraZeneca AG	071610	18046	2588.70	2304.28
IRFEN RETARD cpr pell ret 800 mg 20 pce cpr pell ret 800 mg 50 pce cpr pell ret 800 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	071010	20539 20539 20539	9.00 18.90 35.45	4.29 9.32 16.58
IRINOTECAN ACCORD conc perf 40 mg/2 ml flac 2 ml conc perf 100 mg/5 ml flac 5 ml conc perf 300 mg/15 ml flac 15 ml conc perf 500 mg/25 ml flac 25 ml	Accord Healthcare AG	071610	20859 20859 20859 20859	67.60 140.50 351.50 504.45	44.60 108.11 291.92 425.13
IRINOTECAN FRESENIUS conc perf 40 mg/2 ml flac 2 ml conc perf 100 mg/5 ml flac 5 ml conc perf 300 mg/15 ml flac 15 ml conc perf 500 mg/25 ml flac 25 ml	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	19784 19784 19784 19784	68.00 141.65 351.50 519.10	44.96 109.11 291.92 437.88
IRINOTÉCAN LABATEC conc perf 40 mg/2 ml flac 2 ml conc perf 100 mg/5 ml flac 5 ml conc perf 300 mg/15 ml flac 1 pce	Labatec Pharma SA	071610	19179 19179 19179	68.10 141.65 351.50	45.03 109.11 291.92
IRINOTÉCAN SANDOZ ECO conc perf 40 mg/2 ml flac 2 ml conc perf 100 mg/5 ml flac 5 ml conc perf 300 mg/15 ml flac 15 ml conc perf 500 mg/25 ml flac 25 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20349 20349 20349 20349	68.05 141.65 351.50 510.85	44.98 109.11 291.92 430.70
IRINOTÉCAN TEVA LIQUID conc perf 40 mg/2 ml flac 1 pce conc perf 100 mg/5 ml flac 1 pce conc perf 500 mg/25 ml flac 1 pce conc perf 300 mg/15 ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	19020 19020 19020 19020	68.40 141.10 504.45 351.50	45.29 108.64 425.13 291.92
JAKAVI cpr 5 mg 56 pce cpr 10 mg 56 pce cpr 15 mg 56 pce cpr 20 mg 56 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19991 19991 19991 19991	2011.25 3860.25 3860.25 3860.25	1777.76 3526.11 3526.11 3526.11
JANUMET cpr pell 50/500 mg 56 pce cpr pell 50/500 mg 196 pce cpr pell 50/850 mg 56 pce cpr pell 50/850 mg 196 pce cpr pell 50/1000 mg 56 pce cpr pell 50/1000 mg 196 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	18787 18787 18787 18787 18787 18787	59.45 167.00 59.45 167.00 59.45 167.00	37.48 131.20 37.48 131.20 37.48 131.20
JANUMET XR cpr pell ret 50/500 mg 56 pce cpr pell ret 50/500 mg 3 fl 56 pce cpr pell ret 50/1000 mg 56 pce cpr pell ret 50/1000 mg 3 fl 56 pce cpr pell ret 100/1000 mg 28 pce cpr pell ret 100/1000 mg 84 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	20276 20276 20276 20276 20276 20276	63.40 155.25 63.40 155.25 63.40 155.25	40.93 120.97 40.93 120.97 40.93 120.97

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
JANUVIA cpr pell 25 mg 28 pce cpr pell 25 mg 98 pce cpr pell 50 mg 28 pce cpr pell 50 mg 98 pce cpr pell 100 mg 28 pce cpr pell 100 mg 98 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	18533 18533 18533 18533 18533 18533	59.15 165.95 59.15 165.95 59.15 165.95	37.22 130.25 37.22 130.25 37.22 130.25
JARDIANCE cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 90 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	20244 20244	69.95 176.80	46.64 139.72
JARDIANCE MET cpr pell 5/500 mg 60 pce cpr pell 5/500 mg 2x 90 pce cpr pell 5/850 mg 60 pce cpr pell 5/850 mg 2x 90 pce cpr pell 5/1000 mg 60 pce cpr pell 5/1000 mg 2x 90 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	20401 20401 20401 20401 20401 20401	71.25 180.85 71.25 180.85 71.25 180.85	47.76 143.27 47.76 143.27 47.76 143.27
JENTADUETO cpr pell 2.5 mg/500 mg 60 pce cpr pell 2.5 mg/500 mg 2x 90 pce cpr pell 2.5 mg/850 mg 60 pce cpr pell 2.5 mg/850 mg 2x 90 pce cpr pell 2.5 mg/1000 mg 60 pce cpr pell 2.5 mg/1000 mg 2x 90 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	19951 19951 19951 19951 19951 19951	65.05 162.30 65.05 162.30 65.05 162.30	42.37 127.10 42.37 127.10 42.37 127.10
JEVTANA conc perf 60 mg a solv flac 1 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19436	4956.80	4595.92
KETESSE cpr pell 25 mg 20 pce cpr pell 25 mg 40 pce sol inj 50 mg/2 ml 5 amp 2 ml sol inj 50 mg/2 ml 20 amp 2 ml	A. Menarini AG	071010	17547 17547 18040 18040	14.00 18.40 9.35 29.10	5.05 8.90 4.57 14.62
KLEAN PREP pdr sach 4 pce	Norgine AG	040811	16532	25.55	11.54
KLIIGEST N cpr pell 28 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070860	15101	18.15	8.66
KOMBIGLYZE XR cpr pell 2.5 mg/1000 mg 56 pce cpr pell 2.5 mg/1000 mg 196 pce cpr pell 5 mg/500 mg 28 pce cpr pell 5 mg/500 mg 98 pce cpr pell 5 mg/1000 mg 28 pce cpr pell 5 mg/1000 mg 98 pce	AstraZeneca AG	070620	20036 20036 20036 20036 20036 20036	64.35 184.25 64.35 184.25 64.35 184.25	41.78 146.23 41.78 146.23 41.78 146.23
LAXIPEG pdr sach 20 pce pdr sach 100 pce pdr bte 200 g pdr sans arôme sach 20 pce pdr sans arôme sach 100 pce pdr sans arôme bte 200 g	Zambon Switzerland Ltd	040811	20106 20106 20106 20106 20106 20106	12.95 51.15 12.95 12.95 51.15 12.95	7.02 27.72 7.02 7.02 27.72 7.02
LAXIPLANT SOFT gran 200 g gran 400 g	Schwabe Pharma AG	040813	14415 14415	12.60 22.20	6.83 12.02
LAXOBERON GOUTTES LAXATIVES gouttes 30 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	040811	16932	15.40	6.28

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LEFLUNOMID GEBRO cpr pell 10 mg blist 30 pce cpr pell 10 mg blist 100 pce cpr pell 20 mg blist 30 pce cpr pell 20 mg blist 100 pce	Gebro Pharma AG	071060	19885 19885 19885 19885	26.60 64.45 41.50 104.35	12.46 41.86 21.85 76.62
LÉFLUNOMIDE MEPHA lactabs 10 mg 30 pce lactabs 10 mg 100 pce lactabs 20 mg 30 pce lactabs 20 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	071060	19918 19918 19918 19918	27.35 66.25 42.80 104.35	13.11 43.42 22.99 76.62
LÉFLUNOMIDE SANDOZ cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071060	19576 19576 19576 19576	26.60 64.45 41.50 104.35	12.46 41.86 21.85 76.62
LÉFLUNOMIDE SPIRIG HC cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 100 pce cpr pell 100 mg 3 pce	Spirig HealthCare AG	071060	20256 20256 20256 20256 20256	27.35 66.25 42.80 104.35 27.35	13.11 43.41 22.99 76.62 13.11
LEFLUNOMIDE ZENTIVA cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 100 pce cpr pell 100 mg 3 pce	Helvepharm AG	071060	19592 19592 19592 19592 19592	26.60 64.45 41.50 104.35 28.90	12.47 41.86 21.85 76.62 14.47
LEUPRORELIN SANDOZ prép inj 3.600 mg ser prête 1 pce prép inj 5 mg ser prête 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	18648 18701	149.85 336.70	116.25 279.02
LÉVOCÉTIRIZINE MEPHA lactabs 5 mg 10 pce lactabs 5 mg 30 pce lactabs 5 mg 50 pce	Mepha Pharma AG	071310	20049 20049 20049	7.25 16.80 26.35	2.76 7.48 12.23
LÉVOCÉTIRIZINE SANDOZ cpr pell 5 mg 10 pce cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 50 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	20008 20008 20008	7.20 16.70 26.35	2.70 7.39 12.23
LÉVOCÉTIRIZINE SPIRIG HC cpr pell 5 mg 10 pce cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 50 pce	Spirig HealthCare AG	071310	20133 20133 20133	7.25 16.75 26.35	2.74 7.46 12.23
LIVIAL cpr 2.500 mg 28 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070830	17141	26.20	12.11
LODOTRA cpr ret 1 mg 30 pce cpr ret 1 mg 100 pce cpr ret 2 mg 30 pce cpr ret 2 mg 100 pce cpr ret 5 mg 30 pce cpr ret 5 mg 100 pce	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	071060	19769 19769 19769 19769 19769 19769	40.30 96.10 40.80 97.65 41.85 101.25	20.83 69.43 21.24 70.77 22.18 73.93
LOPERAMID MEPHA lactabs 2 mg 20 pce lactabs 2 mg 60 pce	Mepha Pharma AG	040900	16379 16379	6.50 17.35	3.53 7.99

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LOPÉRAMIDE SANDOZ caps 2 mg 20 pce caps 2 mg 60 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	040900	20086 20086	6.50 18.20	3.53 8.71
LOPÉRAMIDE SPIRIG HC cpr pell 2 mg 20 pce cpr pell 2 mg 60 pce	Spirig HealthCare AG	040900	20542 20542	6.50 17.45	3.53 8.04
LOPÉRAMIDE STREULI caps 2 mg (nouveau) 20 pce caps 2 mg (nouveau) 60 pce	Streuli Pharma AG	040900	16666 16666	6.50 18.20	3.53 8.71
LOPERAMID ZENTIVA caps 2 mg 20 pce caps 2 mg 60 pce	Helvepharm AG	040900	17756 17756	6.50 19.35	3.53 9.72
LUCRIN DEPOT PDS subst sèche 3.750 mg ser prêt 1 pce subst sèche 11.250 mg ser prêt 1 pce subst sèche 30 mg ser prête 1 pce	AbbVie AG	071620	16158 17338 19232	158.35 429.70 1082.10	123.67 360.01 930.57
LUTRELEF subst sèche 3.200 mg c solv flac 1 pce	Ferring AG	070310	15239	396.15	330.81
LUVERIS subst sèche 75 Ul c solv flac 1 pce subst sèche 75 Ul c solv flac 10 pce	Merck (Schweiz) AG	070810	17871 17871	65.90 504.00	43.12 424.75
LYXUMIA sol inj 1x10 mcg/1x20 mcg stylo set 1 pce sol inj 20 mcg 2 stylo pré 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	20595 20595	108.80 108.80	80.49 80.49
MABTHERA conc perf 100 mg/10 ml 2 amp 10 ml conc perf 500 mg/50 ml amp 50 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17079 17079	627.30 1515.65	532.16 1325.87
MABTHERA SOUS-CUTANÉ sol inj 1400 mg/11.7 ml s.c. flac 1 pce sol inj 1600 mg/13.4 ml s.c. flac 1 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	20602 20602	1949.75 2580.80	1721.66 2297.06
MACROGOL MEPHA pdr sach 20 pce pdr sach 100 pce	Mepha Pharma AG	040811	20298 20298	14.90 44.45	5.82 24.43
MACROGOL MEPHA JUNIOR pdr sach 30 pce	Mepha Pharma AG	040811	20298	14.45	5.44
MACROGOL SANDOZ pdr sach 20 pce pdr sach 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	040811	20292 20292	14.90 44.45	5.82 24.42
MAG 2 sol 30 amp buv 10 ml pdr sach 30 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070210	14935 15140	9.25 14.40	4.50 5.38
MAG 2 FORTE pdr sach 30 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070210	15140	16.45	7.18
MAGNESIUM DIASPORAL gran 300 mg 20 pce gran 300 mg sans sucre 50 pce	Doetsch Grether AG	070210	15601 20287	17.90 39.55	8.46 20.18
MAGNESIUM SANDOZ 243 cpr eff 243 mg (nouveau) bte 20 pce cpr eff 243 mg (nouveau) bte 40 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070210	19009 19009	16.05 28.25	8.70 15.31
MARYSA cpr 2.5 mg blist 28 pce cpr 2.5 mg 3 blist 28 pce	Gedeon Richter (Schweiz) AG	070830	20892 20892	20.70 48.30	10.90 27.78

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
MEDROL	Pfizer AG	070723			
cpr 4 mg 30 pce			12664	9.70	4.89
cpr 16 mg 10 pce			12664	14.40	5.40
cpr 32 mg 10 pce			12664	18.50	8.99
cpr 100 mg 10 pce			12664	43.15	23.30
MEPHAMESON	Mepha Pharma AG	070726			
sol inj 4 mg/ml 3 amp 1 ml			11522	14.90	5.84
sol inj 4 mg/ml 25 amp 1 ml			11522	72.25	48.67
sol inj 4 mg/ml 50 amp 1 ml			11522	128.15	97.33
sol inj 8 mg/2 ml 3 amp 2 ml			11522	19.75	10.05
sol inj 8 mg/2 ml 50 amp 2 ml			11522	208.65	167.46
sol inj 50 mg/3 ml 5 amp 3 ml			11522	100.95	73.65
sol inj 50 mg/3 ml 25 amp 3 ml			11522	377.30	314.37
METFIN	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
cpr pell 500 mg (nouv) 50 pce			17586	6.40	2.01
cpr pell 850 mg (nouv) 30 pce			17586	6.00	1.66
cpr pell 850 mg (nouv) 100 pce			17586	9.80	4.95
cpr pell 1000 mg (nouv) 60 pce			17586	8.35	3.70
cpr pell 1000 mg (nouv) 120 pce			17586	15.40	6.28
METFORMINE AXAPHARM	Axapharm AG	070620			
cpr pell 500 mg 50 pce			20081	6.40	1.99
cpr pell 500 mg 100 pce			20081	8.20	3.57
cpr pell 850 mg 30 pce			20081	6.00	1.67
cpr pell 850 mg 100 pce			20081	9.80	4.95
cpr pell 1000 mg 60 pce			20081	8.35	3.69
cpr pell 1000 mg 120 pce			20081	15.40	6.28
METFORMINE HELVEPHARM	Helvepharm AG	070620			
cpr pell 500 mg 50 pce			19140	6.35	1.94
cpr pell 850 mg 30 pce			19140	5.95	1.63
cpr pell 850 mg 100 pce			19140	9.80	4.98
cpr pell 1000 mg 60 pce			19140	8.35	3.70
cpr pell 1000 mg 120 pce			19140	15.40	6.28
METFORMINE MEPHA	Mepha Pharma AG	070620			
lactabs 500 mg (nouv) 50 pce			18692	6.35	1.94
lactabs 850 mg (nouv) 30 pce			18692	5.95	1.63
lactabs 850 mg (nouv) 100 pce			18692	9.80	4.98
lactabs 1000 mg (nouv) 60 pce			18692	8.35	3.70
lactabs 1000 mg (nouv) 120 pce			18692	15.40	6.28
METFORMINE SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	070620			
cpr pell 500 mg 50 pce			20055	6.20	1.81
cpr pell 850 mg 30 pce			20055	5.95	1.59
cpr pell 850 mg 100 pce			20055	9.40	4.62
cpr pell 1000 mg 60 pce			20055	8.20	3.55
cpr pell 1000 mg 120 pce			20055	15.40	6.28
METFORMINE STREULI	Streuli Pharma AG	070620			
cpr pell 500 mg 50 pce			17759	6.45	2.06
cpr pell 850 mg 30 pce			17759	6.65	2.21
cpr pell 850 mg 100 pce			17759	9.80	4.98
cpr pell 1000 mg 60 pce			17759	8.35	3.69
cpr pell 1000 mg 120 pce			17759	15.40	6.28

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
METFORMIN ZENTIVA cpr pell 500 mg 50 pce cpr pell 850 mg 30 pce cpr pell 850 mg 100 pce cpr pell 1000 mg 60 pce cpr pell 1000 mg 120 pce	Helvepharm AG	070620	19140 19140 19140 19140 19140	6.35 5.95 9.80 8.35 15.40	1.94 1.63 4.98 3.70 6.28
METHOTREXAT FARMOS cpr 2.500 mg 20 pce cpr 10 mg 10 pce	Orion Pharma AG	071610	15096 15096	8.95 14.95	4.21 5.89
METHOTREXAT ORION RHEUMA/ DERM cpr 2.5 mg bte 20 pce cpr 10 mg bte 10 pce	Orion Pharma AG	071060	20945 20945	8.95 14.95	4.21 5.89
METVIX crème tb 2 g	Galderma SA	071640	17949	245.75	199.78
MIMPARA cpr pell 30 mg blist 28 pce cpr pell 60 mg blist 28 pce cpr pell 90 mg blist 28 pce	Amgen Switzerland AG	079900	18118 18118 18118	226.55 385.05 537.30	183.07 321.12 453.76
MINIRIN cpr 0.100 mg 30 pce cpr 0.100 mg 90 pce cpr 0.200 mg 30 pce cpr 0.200 mg 90 pce	Ferring AG	070320	15870 15870 15870 15870	38.65 89.50 56.00 143.55	19.36 63.69 34.50 110.77
MINIRIN MELT cpr subling 60 mcg 30 pce cpr subling 60 mcg 100 pce cpr subling 120 mcg 30 pce cpr subling 120 mcg 100 pce	Ferring AG	070320	18418 18418 18418 18418	38.65 97.65 56.00 157.70	19.36 70.76 34.50 123.07
MOLAXOLE pdr 20 pce pdr 2 sach 50 pce	MEDA Pharma GmbH	040811	19317 19317	14.90 44.45	5.82 24.43
MOTILIUM cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce	Janssen-Cilag AG	040600	13408 13408	7.80 18.25	3.21 8.77
MOVIPREP UNE APPLICATION pdr 2 sach A+2 sach B sach double 2 pce	Norgine AG	040811	19223	26.25	12.17
MOVIPREP ORANGE UNE APPLICA pdr 2sach A+2sach B sach dbl 2 pce	Norgine AG	040811	19762	26.25	12.17
MUCILAR pdr bte 400 g	Spirig HealthCare AG	040813	12399	11.85	6.41
MUCILAR AVENA pdr bte 400 g	Spirig HealthCare AG	040813	16664	13.20	7.15
MYOZYME subst sèche 50 mg flac 1 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	18695	567.50	536.66
NAPROXEN MEPHA lactabs 250 mg 20 pce lactabs 500 mg 10 pce lactabs 500 mg 20 pce lactabs 500 mg 50 pce	Mepha Pharma AG	071010	16231 16231 16231 16231	7.90 7.80 14.70 25.50	3.33 3.22 5.68 11.50

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NOCUTIL	Gebro Pharma AG	070320			
cpr 0.100 mg 30 pce			18419	36.40	17.42
cpr 0.100 mg 90 pce			18419	82.20	57.32
cpr 0.200 mg 30 pce			18419	52.05	31.05
cpr 0.200 mg 90 pce			18419	130.85	99.69
NORDIMET	Nordic Pharma GmbH	071060			
sol inj 7.500 mg/0.3 ml ser pré 1 pce			20596	27.00	12.81
sol inj 10 mg/0.4 ml ser pré 1 pce			20596	34.55	15.80
sol inj 12.500 mg/0.5 ml ser pré 1 pce			20596	36.45	17.46
sol inj 15 mg/0.6 ml ser pré 1 pce			20596	37.30	18.22
sol inj 17.500 mg/0.7 ml ser pré 1 pce			20596	39.15	19.83
sol inj 20 mg/0.8 ml ser pré 1 pce			20596	39.80	20.40
sol inj 22.500 mg/0.9 ml ser pré 1 pce			20596	41.30	21.70
sol inj 25 mg/1 ml ser pré 1 pce			20596	42.80	23.00
NORDIMET PEN	Nordic Pharma GmbH	071060			
sol inj 7.500 mg/0.3 ml stylo prérempli 1 pce			20660	27.00	12.81
sol inj 10 mg/0.4 ml stylo prérempli 1 pce			20660	34.55	15.80
sol inj 12.500 mg/0.5 ml stylo prérempli 1 pce			20660	36.45	17.46
sol inj 15 mg/0.6 ml stylo prérempli 1 pce			20660	37.30	18.22
sol inj 17.500 mg/0.7 ml stylo prérempli 1 pce			20660	39.15	19.83
sol inj 20 mg/0.8 ml stylo prérempli 1 pce			20660	39.80	20.40
sol inj 22.500 mg/0.9 ml stylo prérempli 1 pce			20660	41.30	21.70
sol inj 25 mg/1 ml stylo prérempli 1 pce			20660	42.80	23.00
NORDITROPINE FLEXP	Novo Nordisk Pharma AG	070310			
sol inj 5 mg stylo préemp 1.500 ml			19226	251.75	205.01
sol inj 10 mg stylo préemp 1.500 ml			19226	486.55	409.52
sol inj 15 mg stylo préemp 1.500 ml			19226	721.15	613.89
NORMACOL	Norgine AG	040813			
gran bte 500 g			5394	20.45	11.09
gran 7 g 30 sach 7 g			5394	9.30	5.04
NORPROLAC	Ferring AG	070310			
cpr 25mcg/50mcg 3 + 3 1 pce			16287	9.05	4.30
cpr 75 mcg 30 pce			16287	54.15	32.87
cpr 150 mcg 30 pce			16287	83.70	58.63
NOVANTRON	MEDA Pharma GmbH	071610			
sol inj 10 mg/5 ml flac 5 ml			14952	184.80	146.71
sol inj 20 mg/10 ml flac 10 ml			14952	311.90	257.41
OLFEN DUO RELEASE	Mepha Pharma AG	071010			
caps 75 mg 10 pce			17504	7.95	3.36
caps 75 mg 30 pce			17504	16.70	7.41
caps 75 mg 100 pce			17504	38.50	19.25
caps 75 mg (nouv) blist 100 pce			17504	38.50	19.25
OMNITROPE 10 CART SUREPAL	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310			
sol inj 10 mg/1.5 ml 5 pce			19296	1826.20	1609.02
OMNITROPE 15 CART SUREPAL	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310			
sol inj 15 mg/1.5 ml 5 pce			19296	2708.55	2413.55

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
OMNITROPE 5 CART SUREPAL sol inj 5 mg/1.5 ml 1 pce sol inj 5 mg/1.5 ml 5 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310	19296 19296	201.10 940.00	160.91 804.52
ONGLYZA cpr 2.500 mg 28 pce cpr 2.500 mg 98 pce cpr 5 mg 28 pce cpr 5 mg 98 pce	AstraZeneca AG	070620	19172 19172 19172 19172	58.90 161.10 58.90 161.10	37.01 126.06 37.01 126.06
ORENCIA subst sèche 250 mg avec seringue flac 1 pce sol inj 125 mg/ml a protec aiguil 4 ser prête 1 ml sol inj 125 mg/ml stylo pré 4 pce	Bristol-Myers Squibb SA	071500	18539 19845 20724	483.65 1288.20 1288.20	407.01 1118.47 1118.47
ORLISTAT MEPHA caps 120 mg 42 pce caps 120 mg 84 pce	Mepha Pharma AG	079900	20051 20051	49.55 78.90	28.87 54.44
ORLISTAT SANDOZ caps 120 mg 42 pce caps 120 mg 84 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900	19852 19852	48.70 78.90	28.13 54.44
OVITRELLE sol inj 250 mcg/0.5 ml ser prêt 0,500 ml	Merck (Schweiz) AG	070810	17994	56.20	34.68
OXALIPLATIN ACCORD conc perf 50 mg/10 ml flac 1 pce conc perf 50 mg/10 ml (nouv) flac 1 pce conc perf 100 mg/20 ml (nouv) flac 1 pce conc perf 100 mg/20 ml flac 1 pce conc perf 200 mg/40 ml flac 1 pce conc perf 200 mg/40 ml (nouv) flac 1 pce	Accord Healthcare AG	071610	21004 21004 21004 21004 21004 21004 21004	110.50 110.50 203.95 203.95 339.00 339.00	81.99 81.99 163.39 163.39 281.03 281.03
OXALIPLATINE SANDOZ LF conc perf 50 mg/10 ml vial 1 pce conc perf 100 mg/20 ml vial 1 pce conc perf 200 mg/40 ml vial 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19530 19530 19530	110.55 203.95 339.00	82.00 163.39 281.03
OXALIPLATIN ZENTIVA conc perf 50 mg/10 ml flac 10 ml conc perf 100 mg/20 ml flac 20 ml conc perf 200 mg/40 ml flac 40 ml	Helvepharm AG	071610	19515 19515 19515	110.55 203.95 339.00	82.00 163.39 281.03
OXALIPLATIN-TEVA LIQUID conc perf 50 mg/10 ml flac 10 ml conc perf 100 mg/20 ml flac 20 ml conc perf 200 mg/40 ml flac 40 ml	Teva Pharma AG	071610	19473 19473 19473	110.55 203.95 339.00	82.00 163.39 281.03
PAMORELIN LA subst sèche 11.250 mg c solv (Mixject) set 1 pce subst sèche 22.500 mg c solv (Mixject) set 1 pce	Debiopharm Research & Manufacturing SA	071620	18229 18229	409.20 693.15	342.15 589.50
PARAGAR MACROGOL pdr sach 20 pce pdr sach 100 pce	Spirig HealthCare AG	040811	20770 20770	14.90 44.45	5.82 24.43
PARAGAR MACROGOL JUNIOR pdr sach 30 pce	Spirig HealthCare AG	040811	20770	14.55	5.51

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
PARLODEL cpr 2.500 mg 30 pce cpr 2.500 mg 100 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	070310	12419 12419	29.25 68.10	14.77 45.05
PASPERTIN cpr pell 10 mg 50 pce sol inj 10 mg/2 ml 5 amp 2 ml gouttes 100 ml	Mylan Pharma GmbH	040600	10713 10714 13786	7.90 5.50 7.50	3.30 1.22 2.98
PENTASA gran dépôt 1 g sach 50 pce supp 1 g 28 pce gran dépôt 1 g sach 150 pce cpr dépôt 500 mg 100 pce gran dépôt 2 g sach 60 pce cpr dépôt 500 mg 300 pce cpr dépôt 1 g 60 pce	Ferring AG	040900	17539 20275 17539 15593 17539 15593 15593	67.90 66.75 163.05 58.45 127.70 141.60 57.45	44.87 43.84 127.74 36.63 96.93 109.08 35.77
PENTASA KLYSMA clyst 1 g 7x100 ml	Ferring AG	040900	20431	39.15	19.81
PERGOVERIS 150/75 subst sèche c sol flac 1 pce subst sèche c sol flac 10 pce	Merck (Schweiz) AG	070810	19192 19192	108.60 938.20	80.30 802.94
PERGOVERIS PEN sol inj 300UI/150UI stylo pré 0.480 ml sol inj 450UI/225UI stylo pré 0.720 ml	Merck (Schweiz) AG	070810	19192 19192	200.75 292.95	160.59 240.89
PICOPREP pdr 2 pce	Ferring AG	040811	20068	25.85	11.81
PIROXICAM MEPHA 20 cpr 20 mg 10 pce cpr 20 mg 30 pce cpr 20 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	071010	15530 15530 15530	7.50 16.40 49.55	2.97 7.16 28.88
PONSTAN film tabs 500 mg 10 pce film tabs 500 mg 30 pce caps 250 mg 36 pce film tabs 500 mg 100 pce	Pfizer AG	071010	12495 12495 10118 12495	6.25 9.30 9.25 27.35	1.87 4.51 4.48 13.10
PROGESTOGEL gel 80 g	Vifor SA	070830	14170	15.10	6.01
PROLIA sol inj 60 mg/ml protect aiguille ser prête 1 pce	Amgen Switzerland AG	079900	19237	302.45	249.17
PROXEN cpr pell 500 mg 10 pce cpr pell 500 mg 20 pce cpr pell 500 mg 50 pce cpr pell 250 mg 50 pce	Grünenthal Pharma AG	071010	14012 14012 14012 14012	7.90 14.95 26.95 17.65	3.32 5.87 12.78 8.23
PUREGON sol inj 300 U pour pen amp 1 pce sol inj 600 U pour pen amp 1 pce sol inj 900 U pour pen amp 1 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070810	17708 17708 17708	147.25 275.60 390.70	114.00 225.80 326.04
PUREGON PEN 1 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070810	17709	43.35	23.48
RENAGEL cpr pell 800 mg fl 180 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	079900	17944	199.50	159.50

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
RESOLOR cpr pell 1 mg 28 pce cpr pell 2 mg 28 pce	Takeda Pharma AG	040811	19761 19761	64.70 95.60	42.06 68.98
RESONIUM A pdr KabiPac 450 g	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	160000	11526	55.85	34.36
ROCALTROL caps 0.250 mcg 30 pce caps 0.250 mcg 100 pce caps 0.500 mcg 100 pce	Future Health Pharma GmbH	070230	13231 13231 13231	19.20 49.45 68.55	9.60 28.78 45.42
ROFERON A sol inj 3 mio U ser prê 5 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	16619	142.15	109.54
RYZODEG FLEXTOUCH stylo prérempli 5x3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20110	97.95	71.03
RYZODEG PENFILL sol inj 5x3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20109	97.95	71.03
SAIZEN LIQUID sol inj 6 mg amp cyl 1 pce sol inj 12 mg amp cyl 1 pce sol inj 20 mg amp cyl 1 pce	Merck (Schweiz) AG	070310	19358 19358 19358	267.85 519.35 854.60	219.04 438.09 730.15
SALAZOPYRIN cpr 0.500 g 100 pce	Pfizer AG	040900	6571	26.80	12.63
SALAZOPYRIN EN drag 0.500 g 100 pce	Pfizer AG	040900	10310	27.45	13.19
SALVACYL subst sèche 11.250 mg c solv (Mixject) set 1 pce	Debiopharm Research & Manufacturing SA	071620	19233	374.70	312.12
SELINCRO cpr pell 18 mg 14 pce cpr pell 18 mg 42 pce	Lundbeck (Schweiz) AG	150000	20251 20251	88.00 215.10	62.37 173.10
SERACTIL cpr pell 200 mg 30 pce cpr pell 300 mg 30 pce cpr pell 400 mg forte 10 pce cpr pell 400 mg forte 30 pce cpr pell 400 mg forte 50 pce pdr 400 mg sach 10 pce pdr 400 mg sach 30 pce	Gebro Pharma AG	071010	17549 17549 17549 17549 17549 19228 19228	9.10 15.50 7.30 16.50 25.75 7.30 16.50	4.34 6.38 2.80 7.21 11.73 2.80 7.21
SIMPONI SER PRÊTE sol inj 50 mg/0.5 ml 0.500 ml sol inj 100 mg/1 ml 1 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500	19300 19300	1371.10 2105.65	1194.09 1863.84
SIMPONI PEN sol inj 50 mg/0.5 ml injecteur 0.500 ml sol inj 100 mg/1 ml injecteur 1 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500	19313 19313	1371.10 2105.65	1194.09 1863.84
SOLU CORTEF subst sèche 100 mg act o vial 2 ml subst sèche 500 mg act o vial 4 ml	Pfizer AG	070721	8179 8179	9.00 35.55	4.25 16.70
SOLU MEDROL SAB subst sèche 40 mg c solv act o vial 1 pce	Pfizer AG	070723	11448	7.25	2.76
SPEDIFEN cpr pell 400 mg 30 pce gran 400 mg sach 30 pce gran 600 mg sach 30 pce	Zambon Switzerland Ltd	071010	17672 15689 15689	14.95 14.65 16.80	5.86 5.60 7.51

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SPRYCEL cpr pell 20 mg 60 pce cpr pell 50 mg 60 pce cpr pell 70 mg 60 pce cpr pell 100 mg 30 pce	Bristol-Myers Squibb SA	071610	18561 18561 18561 18561	1911.35 4074.65 4074.65 4180.85	1686.65 3735.25 3735.25 3838.90
SULIQUA 100/33 sol inj SoloStar stylo pré 3 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070600	20685	97.65	70.76
SULIQUA 100/50 sol inj SoloStar stylo pré 3 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070600	20685	111.35	82.73
SUTENT caps 12.500 mg 28 pce caps 25 mg 28 pce caps 50 mg 28 pce	Pfizer AG	071610	18397 18397 18397	1516.50 2965.45 5418.85	1326.64 2653.10 5046.66
SYSTEM CONTI patchs mat 50/170 8 pce patchs mat 50/170 24 pce	Future Health Pharma GmbH	070860	17276 17276	26.10 52.30	12.04 31.28
SYSTEM SEQUI patchs mat 8 pce	Future Health Pharma GmbH	070860	17277	17.00	7.66
TASIGNA caps 200 mg 28 pce caps 150 mg 112 pce caps 200 mg 112 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	18664 18664 18664	1673.75 3529.30 5188.25	1470.03 3203.24 4821.73
TELFAST cpr 120 mg 10 pce cpr 180 mg 10 pce cpr 180 mg 30 pce cpr 120 mg 30 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071310	16863 16863 16863 16863	6.50 9.65 27.35 19.15	3.53 4.84 13.13 9.56
TEMODAL caps 5 mg sach 5 pce caps 5 mg sach 20 pce caps 20 mg sach 5 pce caps 20 mg sach 20 pce caps 100 mg sach 5 pce caps 100 mg sach 20 pce caps 140 mg sach 5 pce caps 140 mg sach 20 pce caps 180 mg sach 5 pce caps 180 mg sach 20 pce caps 250 mg sach 5 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610	17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424	25.90 70.85 70.85 234.45 270.95 1034.30 397.60 1518.15 502.05 1917.40 695.10	11.85 47.43 47.43 189.94 221.75 887.00 332.04 1328.15 423.03 1692.16 591.21
TEMOZOLOMID ACCORD caps 5 mg 5 pce caps 5 mg 20 pce caps 20 mg 5 pce caps 20 mg 20 pce caps 100 mg 5 pce caps 100 mg 20 pce caps 140 mg 5 pce caps 140 mg 20 pce caps 180 mg 5 pce caps 180 mg 20 pce caps 250 mg 5 pce	Accord Healthcare AG	071610	21060 21060 21060 21060 21060 21060 21060 21060 21060 21060 21060	25.75 65.80 70.25 207.30 245.50 823.70 393.25 1330.05 427.15 1631.15 589.50	11.72 43.03 46.89 166.28 199.58 703.22 328.26 1156.64 357.79 1431.17 499.20

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TEMOZOLOMID LABATEC caps 5 mg 5 pce caps 20 mg 5 pce caps 100 mg 5 pce caps 140 mg 5 pce caps 180 mg 5 pce caps 250 mg 5 pce	Labatec Pharma SA	071610	20290 20290 20290 20290 20290 20290	28.95 83.10 245.50 483.35 427.15 589.50	14.52 58.11 199.58 406.77 357.79 499.20
TEMOZOLOMID TEVA caps 5 mg 5 pce caps 5 mg 20 pce caps 20 mg 5 pce caps 20 mg 20 pce caps 100 mg 5 pce caps 140 mg 5 pce caps 140 mg 20 pce caps 180 mg 5 pce caps 180 mg 20 pce caps 250 mg 5 pce	Teva Pharma AG	071610	19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406	25.75 65.80 70.25 207.30 245.50 393.25 1330.05 427.15 1631.15 589.50	11.72 43.03 46.89 166.28 199.58 328.26 1156.64 357.79 1431.17 499.20
THYROGEN subst sèche 0.900 mg flac 2 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070420	18467	1139.45	982.84
TIBOLON MEPHA cpr 2.500 mg 28 pce cpr 2.500 mg 3 x 28 pce	Mepha Pharma AG	070830	20347 20347	20.70 48.45	10.90 27.92
TIBOLONE SANDOZ cpr 2.500 mg 28 pce cpr 2.500 mg 3 x 28 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070830	20305 20305	20.70 48.30	10.90 27.80
TILCOTIL cpr pell 20 mg 10 pce cpr pell 20 mg 30 pce	MEDA Pharma GmbH	071010	15042 15042	8.20 19.35	3.58 9.72
TILUR caps 60 mg 20 pce caps 60 mg 50 pce	Drossapharm AG	071010	14944 14944	14.80 27.35	5.77 13.10
TRAJENTA cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 90 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	19844 19844	63.05 156.35	40.64 121.90
TRANSIPEG pdr sach 30 pce pdr sach 90 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	040811	16533 16533	10.95 29.65	5.93 16.06
TRANSIPEG FORTE pdr sach 30 pce pdr sach 90 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	040811	16533 16533	18.85 48.20	10.23 26.12
TRISENOX conc perf 10 mg/10 ml 10 amp 10 ml conc perf 12 mg/6 ml 10 flac 6 ml	Teva Pharma AG	071610	20282 20282	3903.30 4634.75	3568.10 4281.72
TYVERB tabs 250 mg bte 70 pce tabs 250 mg bte 140 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	18659 18659	1394.45 2727.45	1215.38 2430.77
URSOCHOL 150 cpr 150 mg 20 pce cpr 150 mg 100 pce	Zambon Switzerland Ltd	049900	13671 13671	19.15 60.65	9.56 38.55
URSOCHOL 300 cpr 300 mg 20 pce cpr 300 mg 100 pce	Zambon Switzerland Ltd	049900	13671 13671	28.95 92.35	14.50 66.14

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
URSODIOL RR ZENTIVA caps 225 mg 20 pce caps 450 mg 20 pce caps 450 mg 60 pce	Helvepharm AG	049900	19754 19754 19754	34.15 44.80 95.90	15.44 24.72 69.26
URSODIOL ZENTIVA caps 150 mg 30 pce caps 150 mg 100 pce caps 300 mg 30 pce caps 300 mg 100 pce	Helvepharm AG	049900	19753 19753 19753 19753	34.35 73.20 45.90 110.35	15.62 49.47 25.68 81.83
URSOFALK susp 250 ml	Vifor SA	049900	17269	56.10	34.57
VELPHORO cpr mâcher 500 mg 90 pce	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	079900	20280	263.40	215.14
VINCRISTIN TEVA sol inj 1 mg/ml flac 1 ml sol inj 2 mg/2 ml flac 2 ml	Teva Pharma AG	071610	17337 17337	25.80 39.50	11.75 20.13
VINCRISTINE PFIZER sol inj 1 mg/ml 5 flac 1 ml sol inj 2 mg/2 ml 5 flac 2 ml	Pfizer AG	071610	16821 16821	83.80 132.40	58.73 101.06
VIPIDIA cpr pell 6.250 mg 28 pce cpr pell 6.250 mg 98 pce cpr pell 12.500 mg 28 pce cpr pell 12.500 mg 98 pce cpr pell 25 mg 28 pce cpr pell 25 mg 98 pce	Takeda Pharma AG	070620	20112 20112 20112 20112 20112 20112	57.65 160.70 57.65 160.70 57.65 160.70	35.92 125.71 35.92 125.71 35.92 125.71
VOTRIENT cpr pell 200 mg 30 pce cpr pell 400 mg 60 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19302 19302	1006.05 3780.35	862.08 3448.15
VOTUBIA cpr 2.500 mg 30 pce cpr 5 mg 30 pce cpr disp 2 mg 30 pce cpr disp 3 mg 30 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071640	19486 19486 20122 20122	1544.00 2925.40 1247.50 1840.50	1351.72 2614.07 1081.38 1622.07
XELODA cpr pell 150 mg 60 pce cpr pell 500 mg 120 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17120 17120	53.95 270.90	32.71 221.69
XENICAL caps 120 mg 42 pce caps 120 mg 84 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	079900	17235 17235	63.40 85.85	40.96 60.49
XIGDUO XR cpr pell 5 mg/500 mg 28 pce cpr pell 5 mg/500 mg 98 pce cpr pell 5 mg/1000 mg 28 pce cpr pell 5 mg/1000 mg 98 pce cpr pell 10 mg/500 mg 28 pce cpr pell 10 mg/500 mg 98 pce cpr pell 10 mg/1000 mg 28 pce cpr pell 10 mg/1000 mg 98 pce	AstraZeneca AG	070620	20358 20358 20358 20358 20358 20358 20358 20358	43.85 112.35 43.85 112.35 71.30 208.25 71.30 208.25	23.92 83.56 23.92 83.56 47.84 167.10 47.84 167.10
XULTOPHY sol inj 100E/ml 3.6 mg/ml (nouv) 3 stylo pré 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20269	172.20	135.70

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
XYZAL cpr pell 5 mg sécable 10 pce cpr pell 5 mg sécable 30 pce cpr pell 5 mg sécable 50 pce	UCB-Pharma SA	071310	17728 17728 17728	7.60 17.75 27.90	3.07 8.32 13.59
ZADITEN cpr 1 mg 30 pce cpr 1 mg 100 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071310	13384 13384	14.40 28.50	5.42 14.10
ZALTRAP conc perf 100 mg/4 ml flac 4 ml conc perf 200 mg/8 ml flac 8 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	20041 20041	482.55 948.75	406.07 812.14
ZAVESCA caps 100 mg 84 pce	Actelion Pharmaceuticals Ltd	079900	18079	5946.40	5561.37
ZEMPLAR caps 1 mcg 28 pce caps 2 mcg 28 pce sol inj 2 mcg/ml 5 amp 1 ml sol inj 2 mcg/ml 5 flac 1 ml sol inj 5 mcg/ml 5 amp 1 ml sol inj 5 mcg/ml 5 flac 1 ml	AbbVie AG	070520	18755 18755 18107 18107 18107 18107	145.45 274.50 72.35 72.35 132.45 132.45	112.42 224.82 48.73 48.73 101.08 101.08
ZOLADEX LA SAFESYSTEM implant 10.800 mg ser prêt 1 pce	AstraZeneca AG	071620	16565	445.10	373.44
ZOLADEX SAFESYSTEM implant 3.600 mg ser prêt 1 pce implant 3.600 mg ser prêt 3 pce	AstraZeneca AG	071620	15777 15777	167.85 451.30	131.91 378.82
ZOLÉDRONATE OSTEO SANDOZ sol perf 5 mg/100 ml amp 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900	20002	262.10	214.03
ZYBAN cpr ret 150 mg 30 pce cpr ret 150 mg 60 pce	GlaxoSmithKline AG	150000	18777 18777	53.35 90.30	32.18 64.36
IV.e. Comparaison des prix avec l'étranger					
ILARIS sol inj 150 mg/ml flac 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	12083.70	11548.98
IV.f. Baissement de prix volontairement					
BARACLUDE cpr pell 0.500 mg 30 pce cpr pell 1 mg 30 pce	Bristol-Myers Squibb SA	080300	18432 18432	483.50 665.15	406.87 565.11
BICALUTAMID TEVA cpr pell 50 mg 100 pce cpr pell 150 mg 100 pce	Teva Pharma AG	071620	19085 19085	220.75 389.50	178.00 325.00
CASPOFUNGIN MEPHA subst sèche 50 mg flac 1 pce subst sèche 70 mg flac 1 pce	Mepha Pharma AG	080600	20946 20946	350.45 441.05	290.97 369.92
CASPOFUNGINE SANDOZ ECO I.V. subst sèche 50 mg vial 1 pce subst sèche 70 mg vial 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080600	20787 20787	350.45 441.05	290.98 369.92
CELLCEPT (IP) caps 250 mg blist 100 pce caps 250 mg blist 300 pce cpr pell 500 mg blist 50 pce cpr pell 500 mg blist 150 pce	APS-Arzneimittel-Parallelimport- Service AG	071500	21030 21030 21030 21030	144.15 399.65 133.35 367.25	111.30 333.86 101.88 305.63

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
CIP ECO cpr pell 250 mg 6 pce cpr pell 250 mg 10 pce cpr pell 250 mg 20 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	17734 17734 17734	8.90 15.50 19.95	4.18 6.35 10.24
CIPROFLOXACINE HELVEPHARM cpr pell 250 mg 10 pce cpr pell 250 mg 20 pce	Helvepharm AG	080180	18064 18064	15.45 19.95	6.33 10.24
CIPROFLOXACINE MEPHA cpr pell 250 mg 10 pce cpr pell 250 mg 20 pce	Mepha Pharma AG	080180	17880 17880	14.90 19.95	5.84 10.24
CIPROFLOXACINE SANDOZ ECO cpr pell 250 mg 6 pce cpr pell 250 mg 10 pce cpr pell 250 mg 20 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	18502 18502 18502	8.90 15.50 19.95	4.18 6.35 10.24
CIPROFLOXACIN ZENTIVA cpr pell 250 mg blist 10 pce cpr pell 250 mg blist 20 pce	Helvepharm AG	080180	18064 18064	15.45 19.95	6.33 10.24
CISPLATINE SANDOZ conc perf 100 mg/100 ml flac 100 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	17729	139.75	107.46
CO-AMOXI MEPHA lactabs 625 mg 10 pce lactabs 625 mg 20 pce lactabs 1000 mg 12 pce lactabs 1000 mg 20 pce	Mepha Pharma AG	080193	17512 17512 17739 17739	25.00 34.05 34.25 36.30	11.08 15.38 15.53 17.32
CONCOR 10 PLUS cpr laqués 10/25 mg 30 pce cpr laqués 10/25 mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	020720	16123 16123	16.85 43.45	7.55 23.56
CONCOR 5 PLUS cpr laqués 5/12.5 mg 30 pce cpr laqués 5/12.5 mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	020720	16123 16123	9.40 27.45	4.60 13.21
ECOFENAC SANDOZ lipogel 1 % 50 g	Sandoz Pharmaceuticals AG	071040	17278	5.60	3.04
ENTECAVIR MEPHA Lactab 0.500 mg blist 30 pce	Mepha Pharma AG	080300	20727	483.50	406.87
ENTECAVIR SANDOZ cpr pell 0.500 mg 30 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20655	483.50	406.87
FEMARA (IP) cpr pell 2.500 mg blist 30 pce cpr pell 2.500 mg blist 100 pce	APS-Arzneimittel-Parallelimport- Service AG	071620	21031 21031	91.60 236.55	65.50 191.75
FLUIMUCIL 100 gran 100 mg enf sach 30 pce	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796	3.75	2.03
FLUIMUCIL 200 gran 200 mg adult sach 30 pce gran 200 mg adult sach 90 pce	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796 11796	6.45 19.55	3.49 9.88
FLUIMUCIL 600 gran 600 mg sach 30 pce cpr eff 600 mg adult citron 10 pce cpr eff 600 mg adult citron 30 pce cpr eff 600 mg adult citron 100 pce	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796 14721 14721 14721	20.25 6.45 17.45 42.65	10.49 3.49 8.07 22.86
GEMCITABINE SANDOZ sol perf 200 mg/20 ml flac 1 pce conc perf 200 mg/5 ml flac 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19433 19443	38.90 38.90	19.59 19.59
GEMCITABIN TEVA subst sèche 200 mg flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	19018	38.90	19.58

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
GEMCITABIN TEVA LIQUID conc perf 200 mg/5 ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	20301	38.90	19.58
IMIGRAN 50 cpr pell 50 mg 6 pce cpr pell 50 mg 12 pce	GlaxoSmithKline AG	020510	16358 16358	38.65 58.85	19.37 36.98
KIVEXA cpr pell 600 mg/300 mg 30 pce	ViiV Healthcare GmbH	080300	18307	333.25	276.02
LATANOPROST MEPHA gtt opht (nouv) 2.500 ml gtt opht (nouv) 3 x 2.500 ml	Mepha Pharma AG	110900	19747 19747	19.85 51.25	10.15 30.35
LATANOPROST PFIZER gtt opht 2.500 ml gtt opht 3x 2.500 ml	Pfizer PFE Switzerland GmbH	110900	19599 19599	20.05 51.25	10.32 30.35
LÉTROZOLE HELVEPHARM cpr pell 2.500 mg 30 pce cpr pell 2.500 mg 100 pce	Helvepharm AG	071620	19835 19835	82.95 237.10	57.95 192.24
LÉTROZOLE SANDOZ cpr pell 2.500 mg (nouv) 30 pce cpr pell 2.500 mg (nouv) 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19855 19855	82.95 237.10	57.95 192.24
LETROZOL TEVA cpr pell 2.500 mg 30 pce cpr pell 2.500 mg 100 pce	Teva Pharma AG	071620	19859 19859	82.95 237.10	57.95 192.24
LINEZOLID PFIZER cpr pell 600 mg 10 pce	Pfizer AG	080190	20561	503.60	424.39
LINEZOLID SANDOZ cpr pell 600 mg 10 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080190	20581	503.60	424.40
LUKAIR cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 98 pce cpr mâcher 4 mg 28 pce cpr mâcher 4 mg 98 pce cpr mâcher 5 mg 28 pce cpr mâcher 5 mg 98 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	030450	20024 20024 20025 20025 20025 20025	38.50 93.85 38.50 93.85 38.50 93.85	19.25 67.48 19.25 67.48 19.25 67.48
MAXALT LINGUAL cpr 5 mg 6 pce cpr 10 mg 3 pce cpr 10 mg 6 pce cpr 10 mg 12 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	020510	17536 17536 17536 17536	44.50 28.45 44.80 69.40	24.49 14.08 24.76 46.18
MONURIL gran 2 g sach 1 pce gran 3 g sach 1 pce	Zambon Switzerland Ltd	080193	15477 15477	9.15 9.15	4.42 4.42
NEVIRAPIN MEPHA cpr ret 400 mg blist 30 pce	Mepha Pharma AG	080300	20605	272.80	223.36
NÉVIRAPINE SANDOZ cpr ret 400 mg 30 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20723	272.80	223.36
OLFEN gel 1 % 50 g gel 1 % 100 g	Mepha Pharma AG	071040	15255 15255	4.50 7.60	2.45 4.13
PANPRAX cpr pell 20 mg 15 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 60 pce cpr pell 20 mg 120 pce	Drossapharm AG	049900	19261 19261 19261 19261	9.55 18.30 35.60 47.80	4.76 8.79 16.74 27.35

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
PANTOPRAZOLE SANDOZ cpr 20 mg 15 pce cpr 20 mg 30 pce cpr 20 mg 60 pce cpr 20 mg 120 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	049900	19264 19264 19264 19264	9.55 18.25 34.90 47.80	4.75 8.76 16.10 27.36
RASAGILINE SANDOZ cpr 1 mg 30 pce cpr 1 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010800	20559 20559	126.95 331.00	96.30 274.06
REQUIP MODUTAB cpr pell 8 mg 28 pce	GlaxoSmithKline AG	010800	18670	99.15	72.08
SILDENAFIL PAH SPIRIG HC cpr pell 20 mg blist 90 pce	Spirig HealthCare AG	020710	20830	551.90	466.47
SILDENAFIL PAH-MEPHA Lactab 20 mg 90 pce	Mepha Pharma AG	020710	20667	551.90	466.47
SINGULAIR cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 98 pce cpr mâcher 4 mg petit enf 28 pce cpr mâcher 4 mg petit enf 98 pce cpr mâcher 5 mg enf 28 pce cpr mâcher 5 mg enf 98 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	030450	17173 17173 17253 17253 17253 17253	38.60 93.85 38.60 93.85 38.60 93.85	19.33 67.48 19.33 67.48 19.33 67.48
STOCRIN cpr pell 600 mg 30 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	17814	283.35	232.55
TENOFOVIR MEPHA Lactab 245 mg 30 pce	Mepha Pharma AG	080300	20673	277.95	227.81
TÉNOFOVIR SANDOZ cpr pell 245 mg 30 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20726	277.95	227.82
TORASÉMIDE HELVEPHARM cpr 5 mg 20 pce cpr 5 mg 100 pce	Helvepharm AG	050100	18526 18526	6.40 17.30	2.01 7.91
TORASEMID MEPHA cpr 5 mg 20 pce cpr 5 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	050100	18584 18584	6.50 17.30	2.10 7.91
TORASEMID ZENTIVA cpr 5 mg 20 pce cpr 5 mg 100 pce	Helvepharm AG	050100	18526 18526	6.40 17.30	2.01 7.91
TRAMAL CPR RETARD cpr ret 150 mg 10 pce cpr ret 150 mg 30 pce cpr ret 150 mg 50 pce	Grünenthal Pharma AG	010130	16737 16737 16737	8.75 24.95 35.35	4.04 11.02 16.50
VALDOXAN cpr pell 25 mg 28 pce cpr pell 25 mg 98 pce	Servier (Suisse) SA	010600	19187 19187	49.50 128.70	28.82 97.84
VELCADE subst sèche 3.500 mg flac 1 pce	Janssen-Cilag AG	071610	18054	519.85	438.56
VENLAFAXINE ER SANDOZ caps 75 mg 14 pce caps 75 mg 28 pce caps 75 mg 98 pce caps 150 mg 14 pce caps 150 mg 28 pce caps 150 mg 98 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010600	20062 20062 20062 20062 20062 20062	16.50 27.85 70.35 26.40 43.55 110.90	7.23 13.54 46.99 12.27 23.65 82.32

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
VENLAFAXINE MEPHA ER 150 depocaps 150 mg 14 pce depocaps 150 mg 28 pce depocaps 150 mg 98 pce	Mepha Pharma AG	010600	18843 18843 18843	25.60 43.90 110.90	11.59 23.97 82.31
VENLAFAXINE MEPHA ER 75 depocaps 75 mg 14 pce depocaps 75 mg 28 pce depocaps 75 mg 98 pce	Mepha Pharma AG	010600	18843 18843 18843	16.30 28.15 70.35	7.05 13.79 46.99
VENLAFAXIN PFIZER ER caps ret 75 mg 14 pce caps ret 75 mg 28 pce caps ret 75 mg 98 pce caps ret 150 mg 14 pce caps ret 150 mg 28 pce caps ret 150 mg 98 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010600	19601 19601 19601 19601 19601 19601	16.65 28.10 70.35 26.25 43.90 110.90	7.37 13.78 46.99 12.13 23.96 82.31
VENLAFAXINE RET HELVEPHARM caps ret 75 mg 14 pce caps ret 75 mg 28 pce caps ret 75 mg 98 pce caps ret 150 mg 14 pce caps ret 150 mg 28 pce caps ret 150 mg 98 pce	Helvepharm AG	010600	18989 18989 18989 18989 18989 18989	16.65 28.15 70.35 26.20 43.90 110.90	7.37 13.80 46.99 12.12 23.95 82.32
VENLAFAXINE SPIRIG HC caps ret 75 mg 14 pce caps ret 75 mg 28 pce caps ret 75 mg 98 pce caps ret 150 mg 14 pce caps ret 150 mg 28 pce caps ret 150 mg 98 pce	Spirig HealthCare AG	010600	19180 19180 19180 19180 19180 19180	15.15 27.00 70.35 25.70 42.85 110.90	6.04 12.82 46.99 11.66 23.05 82.32
VIBRAMYCINE TABS cpr 100 mg 8 pce cpr 100 mg 25 pce cpr 200 mg 8 pce	Pfizer AG	080150	13770 13770 13770	8.85 27.05 15.90	4.12 12.87 6.72
ZINAT cpr pell 500 mg 14 pce	GlaxoSmithKline AG	080130	15546	35.35	16.49
ZOMIG cpr pell 2.500 mg 3 pce cpr pell 2.500 mg 6 pce cpr pell 2.500 mg 12 pce	Grünenthal Pharma AG	020510	17044 17044 17044	25.75 42.15 61.10	11.73 22.42 38.93
ZOMIG ORO cpr 2.500 mg 6 pce cpr 2.500 mg 12 pce	Grünenthal Pharma AG	020510	17625 17625	41.15 59.80	21.56 37.82

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV.g. Mutation de prix normale					
FORXIGA	AstraZeneca AG	070620			
cpr pell 5 mg 28 pce			20270	64.75	42.12
cpr pell 5 mg 98 pce			20270	184.25	146.20
cpr pell 10 mg 28 pce			20270	64.75	42.12
cpr pell 10 mg 98 pce			20270	184.25	146.20
PAMORELIN LA	Debiopharm Research & Manufacturing SA	071620			
subst sèche 3.750 mg c solv (Mixject) set 1 pce			18229	159.20	124.37
TALTZ	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
sol inj 80 mg/ml seringue pré-rempli 1 pce			20532	1250.10	1083.73
sol inj 80 mg/ml seringue pré-rempli 2 pce			20532	2438.65	2167.46
sol inj 80 mg/ml stylo pré-rempli 1 pce			20532	1250.10	1083.73
sol inj 80 mg/ml stylo pré-rempli 2 pce			20532	2438.65	2167.46
IV.h. Mutation du prix lors de la première admission					
AIMOVIG	Novartis Pharma Schweiz AG	020510			
sol inj 70 mg/ml stylo pré-rempl 1 ml			20777	546.05	461.37
sol inj 140 mg/ml stylo pré-rempli 1 ml			20777	546.05	461.37

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

V. Modifications de la limitation /de l'indication

FORXIGA	AstraZeneca AG	070620			
cpr pell 5 mg 28 pce			20270	64.75	42.12
cpr pell 10 mg 28 pce			20270	64.75	42.12
cpr pell 5 mg 98 pce			20270	184.25	146.20
cpr pell 10 mg 98 pce			20270	184.25	146.20

Vieille limitation :

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, afin d'améliorer le contrôle glycémique:

- En monothérapie, lorsqu'un régime alimentaire et une activité physique accrue ne suffisent pas pour atteindre un contrôle glycémique adéquat.
- En association avec des hypoglycémisants oraux (metformine, inhibiteurs de la DPP-4 [avec ou sans metformine], sulfonylurée) et/ou insuline (avec ou sans metformine), si ces médicaments utilisés en plus d'un régime alimentaire et d'activité physique ne suffisent pas pour atteindre un contrôle glycémique adéquat.

Les traitements en association avec d'autres antidiabétiques exigent une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin conseil.

Nouvelle limitation :

Diabète de type 2

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, afin d'améliorer le contrôle glycémique, lorsqu'un régime alimentaire et une activité physique accrue ne permettent pas un contrôle suffisant de celle-ci.

- En monothérapie, chez les patients ne pouvant pas être traités par la metformine.
- En association avec
 - la metformine
 - une sulfonylurée
 - un inhibiteur de la DPP-4 (avec ou sans metformine).
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine), si ces médicaments utilisés en plus d'un régime alimentaire et d'activité physique ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.

Nouvelle limitation :

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2022

Insuffisance cardiaque

Forxiga 10 mg: En association appropriée avec une dose précédemment stable d'un inhibiteur de l'ECA ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II et d'autres traitements pour l'insuffisance cardiaque (par ex. bêtabloquants, diurétiques et antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes) pour le traitement des patients adultes atteints d'insuffisance cardiaque NYHA classe II-IV, dont la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) avant le traitement par Forxiga 10 mg est $\leq 40\%$. Pas en association avec la combinaison fixe de sacubitril/valsartan.

GAZVARO	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
sol inj 1000 mg/40 ml flac 1 pce			20248	3462.15	3137.72

Vieille limitation :

Lymphome folliculaire (LF)

Traitement de patients présentant un lymphome folliculaire (LF) non précédemment traité, en association à une chimiothérapie (bendamustine, CHOP, CVP) suivie d'un traitement d'entretien par Gazyvaro (traitement d'entretien de 2 ans au maximum)

Traitement de patients présentant un lymphome folliculaire (LF), qui, pendant ou après un traitement par le rituximab ou un traitement contenant du rituximab, n'ont pas répondu à cette thérapie, ou qui ont présenté une progression de la maladie pendant ou jusqu'à 6 mois après le traitement.

Traitement associé à la bendamustine, suivi d'un traitement d'entretien par Gazyvaro (traitement d'entretien de 2 ans au maximum).

Nouvelle limitation :

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2021

Lymphome folliculaire (LF)

Traitement de patients présentant un lymphome folliculaire (LF) non précédemment traité, en association à une chimiothérapie (bendamustine, CHOP, CVP) suivie d'un traitement d'entretien par Gazyvaro (traitement d'entretien de 2 ans au maximum).

Traitement de patients présentant un lymphome folliculaire (LF), qui, pendant ou après un traitement par le rituximab ou un traitement contenant du rituximab, n'ont pas répondu à cette thérapie, ou qui ont présenté une progression de la maladie pendant ou jusqu'à 6 mois après le traitement.

Traitement associé à la bendamustine, suivi d'un traitement d'entretien par Gazyvaro (traitement d'entretien de 2 ans au maximum).

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ILARIS sol inj 150 mg/ml flac 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	12083.70	11548.98

Vieille limitation :**Syndromes périodiques associés à la cryopyrine (CAPS):**

Après la garantie de la prise en charge de l'assurance maladie et la consultation préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie pour le traitement des patients affectés par CAPS porteurs d'une mutation confirmée du gène NLRP3.

Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS):

Pour prescription exclusive dans les centres de rhumatologie pédiatrique, par des spécialistes en rhumatologie, en collaboration avec des spécialistes en pédiatrie, ou par des spécialistes en pédiatrie avec une formation approfondie en rhumatologie pédiatrique (formation continue à l'annexe 10, selon SIWF, FMH).

Après la garantie de prise en charge de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS), chez les patients de 2 ans, qui ont répondu de manière insuffisante au traitement préalable avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux corticostéroïdes systémiques. ILARIS peut être administré comme monothérapie ou en combinaison avec le méthotrexate.

À une dose maximale de 4 mg/kg (jusqu'à 300 mg au maximum), administrée toutes les 4 semaines par injection sous-cutanée. Chez les patients ayant une réponse initiale nette et une rémission durable de plus de 24 semaines sous ILARIS, une réduction de la dose à 2 mg/kg toutes les 4 semaines, puis le cas échéant, un arrêt du traitement par ILARIS doivent être envisagés.

Les patients avec une AJIS doivent être répertoriés dans le registre JIR cohorte (www.jircohort.ch).

La poursuite du traitement au-delà de 6 mois est conditionnée par la réponse au traitement par ILARIS. Afin de poursuivre le traitement après 6 mois, il faut obtenir à nouveau, une garantie de prise en charge de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS):

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints d'un syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS).

Syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD):

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints du syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD).

Fièvre méditerranéenne familiale (FMF):

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints de fièvre méditerranéenne familiale (FMF), chez qui un traitement conventionnel est contre-indiqué ou non toléré ou en l'absence de réponse suffisante malgré l'administration des doses maximales tolérées.

Pour prescription exclusive dans des centres de rhumatologie pédiatrique, rhumatologie, immunologie pédiatrique et immunologie.

Les patients atteints de TRAPS, HIDS/MKD et FMF doivent être répertoriés dans le registre JIRcohorte (www.jircohort.ch).

Nouvelle limitation :**Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023****Syndromes périodiques associés à la cryopyrine (CAPS):**

Après la garantie de la prise en charge de l'assurance maladie et la consultation préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie pour le traitement des patients affectés par CAPS porteurs d'une mutation confirmée du gène NLRP3.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.01

Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS):

Pour prescription exclusive dans les centres de rhumatologie pédiatrique, par des spécialistes en rhumatologie, en collaboration avec des spécialistes en pédiatrie, ou par des spécialistes en pédiatrie avec une formation approfondie en rhumatologie pédiatrique (formation continue à l'annexe 10, selon SIWF, FMH).

Après la garantie de prise en charge de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS), chez les patients de 2 ans, qui ont répondu de manière insuffisante au traitement préalable avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux corticostéroïdes systémiques.

À partir du 1.12.2020, le traitement par ILARIS ne pourra être initié qu'après une réponse insuffisante démontrée au Tocilizumab ou après une intolérance démontrée au Tocilizumab. Un arrêt documenté de la thérapie au Tocilizumab doit être présenté pour une prise en charge lors de l'initiation de la thérapie avec ILARIS.

À une dose maximale de 4 mg/kg (jusqu'à 300 mg au maximum), administrée toutes les 4 semaines par injection sous-cutanée. Chez les patients ayant une réponse initiale nette et une rémission durable de plus de 24 semaines sous ILARIS, une réduction de la dose à 2 mg/kg toutes les 4 semaines, puis le cas échéant, un arrêt du traitement par ILARIS doivent être envisagés.

Les patients avec une AJIS doivent être répertoriés dans le registre JIR cohorte (www.jircohort.ch).

La poursuite du traitement au-delà de 6 mois est conditionnée par la réponse au traitement par ILARIS. Afin de poursuivre le traitement après 6 mois, il faut obtenir à nouveau, une garantie de prise en charge de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.02

Syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS):

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints d'un syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS).

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.03

Syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD):

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints du syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD).

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.04

Fièvre méditerranéenne familiale (FMF):

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints de fièvre méditerranéenne familiale (FMF), chez qui un traitement conventionnel est contre-indiqué ou non toléré ou en l'absence de réponse suffisante malgré l'administration des doses maximales tolérées.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.05

Pour prescription exclusive dans des centres de rhumatologie pédiatrique, rhumatologie, immunologie pédiatrique et immunologie.

Les patients atteints de TRAPS, HIDS/MKD et FMF doivent être répertoriés dans le registre JIRcohorte (www.jircohort.ch).

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
STEGLATRO	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
cpr pell 5 mg Blist 28 pce			20805	65.45	42.74
cpr pell 5 mg Blist 98 pce			20805	188.15	149.59

Vieille limitation:

Pour le traitement de patients avec un diabète sucré de type 2 pour l'amélioration du contrôle glycémique :

- En monothérapie si un régime alimentaire et une augmentation de l'activité physique ne permettent pas de diminuer suffisamment la glycémie.
- En association avec la metformine, des inhibiteurs de la DPP-4 [avec ou sans metformine] ou des sulfonylurées, si ces traitements associés à un régime alimentaire et à une augmentation de l'activité physique ne permettent pas d'obtenir un contrôle suffisant de la glycémie.

Seul un dosage quotidien maximal de 5 mg d'ertugliflozine sera remboursé.

Nouvelle limitation:

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, afin d'améliorer le contrôle glycémique, lorsque le régime alimentaire et une activité physique accrue ne permettent pas d'atteindre un contrôle suffisant de la glycémie:

- En monothérapie chez les patients ne pouvant pas être traités par la metformine.
- En association avec la metformine, des inhibiteurs de la DPP4 [avec ou sans metformine] ou des sulfonylurées, si ces traitements ne permettent pas d'obtenir un contrôle suffisant de la glycémie.

Seul un dosage quotidien maximal de 5 mg d'ertugliflozine sera remboursé.

TALTZ	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
sol inj 80 mg/ml Fertigspritze 1 pce			20532	1250.10	1083.73
sol inj 80 mg/ml stylo pré 1 pce			20532	1250.10	1083.73
sol inj 80 mg/ml Fertigspritze 2 pce			20532	2438.65	2167.46
sol inj 80 mg/ml stylo pré 2 pce			20532	2438.65	2167.46

Vieille limitation:

Seul ou en association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie [DMARbte, disease-modifying anti-rheumatic drugs] conventionnels, chez les patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs DMARbte ou ne l'ayant pas toléré.

Dans cette indication, Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 94.93 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 189.86 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Nouvelle limitation:**Limitation limitée jusqu'au 31.12.2020**

Seul ou en association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie [DMARbte, disease-modifying anti-rheumatic drugs] conventionnels, chez les patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs DMARbte ou ne l'ayant pas toléré.

Dans cette indication, Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 4.77 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 9.54 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Nouvelle limitation:**Limitation limitée jusqu'au 30.11.2022**

Pour le traitement des adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active et sévère qui n'ont pas suffisamment répondu à une thérapie conventionnelle [par ex. AINS] ou qui ne la tolèrent pas.

Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 133.99 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 267.98 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement pour la spondylarthrite ankylosante, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	-----------------	---------------	--------------	---------------------

VI. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2020

ACLASTA sol perf 5 mg/100 ml amp 100 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	079900	18542	305.45	251.80
---	----------------------------	--------	-------	--------	--------

Vieille limitation :

Ostéoporose avérée chez les femmes postménopausées et chez les hommes, traitement de l'ostéoporose cortico-induite (dans tous les cas lors d'une réduction de plus de 2,5 déviations standard ou lors d'une fracture) et maladie de Paget.

Nouvelle limitation :

Ostéoporose avérée chez les femmes postménopausées et chez les hommes, traitement de l'ostéoporose cortico-induite (dans tous les cas lors d'une réduction de plus de 2,5 déviations standard ou lors d'une fracture) et maladie de Paget.

ACTEMRA conc perf 80 mg/4 ml flac 4 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	19015	189.20	150.53
conc perf 200 mg/10 ml flac 10 ml			19015	448.40	376.32
conc perf 400 mg/20 ml flac 20 ml			19015	880.45	752.64
sol inj 162 mg/0.9 ml seringue prête ser pré 4 pce			20240	1286.70	1117.12
sol inj 162 mg/0.9 ml stylo pré stylo pré 4 pce			20893	1286.70	1117.12

Vieille limitation :

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil de l'assureur-maladie dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde active chez les patients adultes qui n'ont pas suffisamment répondu à un DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug) ou à un traitement par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF).

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil en association avec des corticostéroïdes et des DMARD, méthotrexate y compris, pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIs) chez des patients âgés de 2 à 17 ans n'ayant pas suffisamment répondu à un précédent traitement par des antirhumatismeaux non stéroïdiens et par des stéroïdes.

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil en combinaison avec le méthotrexate pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (AJIp) chez des patients âgés de 2 à 17 ans et n'ayant pas suffisamment répondu à un précédent traitement par méthotrexate. En cas d'intolérance au méthotrexate, Actemra peut être administré en monothérapie.

Polyarthrite rhumatoïde (PR)

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil de l'assureur-maladie dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde active chez les patients adultes qui n'ont pas suffisamment répondu à un DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug) ou à un traitement par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF).

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (AJIp)

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil en combinaison avec le méthotrexate pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (AJIp) chez des patients âgés de 2 à 17 ans et n'ayant pas suffisamment répondu à un précédent traitement par le méthotrexate. En cas d'intolérance au méthotrexate, Actemra peut être administré en monothérapie.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (AJIp)

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil en combinaison avec le méthotrexate pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (AJIp) chez des patients âgés de 12 à 17 ans et n'ayant pas suffisamment répondu à un précédent traitement par le méthotrexate. En cas d'intolérance au méthotrexate, Actemra peut être administré en monothérapie.

Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIs)

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil en combinaison avec des corticostéroïdes et des DMARD dont le méthotrexate pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIs) chez des patients âgés de 2 à 17 ans et n'ayant pas suffisamment répondu à un précédent traitement par des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des stéroïdes.

Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIs)

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil en combinaison avec des corticostéroïdes et des DMARD dont le méthotrexate pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIs) chez des patients âgés de 12 à 17 ans et n'ayant pas suffisamment répondu à un précédent traitement par des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des stéroïdes.

Nouvelle limitation :

Le traitement avec Actemra exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Polyarthrite rhumatoïde (PR):

dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde active chez les patients adultes qui n'ont pas suffisamment répondu à un DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug) ou à un traitement par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF).

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (AJIp):

en combinaison avec le méthotrexate pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (AJIp) chez des patients âgés de 2 à 17 ans et n'ayant pas suffisamment répondu à un précédent traitement par le méthotrexate. En cas d'intolérance au méthotrexate, Actemra peut être administré en monothérapie.

Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIs):

en combinaison avec des corticostéroïdes et des DMARD dont le méthotrexate pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIs) chez des patients âgés de 2 à 17 ans et n'ayant pas suffisamment répondu à un précédent traitement par des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des stéroïdes.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ALACARE patch 8 mg 4 pce patch 8 mg 8 pce	Gebro Pharma AG	071640	20042 20042	154.15 258.85	120.00 211.20
Nouvelle limitation: Si seuls des pansements individuels sont distribués à partir d'un emballage original, le prix facturé pour la quantité dispensée sera calculé proportionnellement au prix public de l'emballage utilisé.					
AMARYL cpr 2 mg 30 pce cpr 3 mg 30 pce cpr 4 mg 30 pce cpr 2 mg 120 pce cpr 3 mg 120 pce cpr 4 mg 120 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	16476 16476 16476 16476 16476 16476	9.45 15.65 17.35 33.90 41.95 48.75	4.67 6.50 7.96 15.23 22.27 28.18
Nouvelle limitation: Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.					
ALFARE pdr 400 g	Nestlé Health Science	070110	14384	25.05	13.58
Vieille limitation: Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et après approbation préalable par le médecin-conseil de l'assureur.					
Nouvelle limitation: Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.					
ALTHÉRA pdr 450 g pdr (neu) bte 400 g	Nestlé Health Science	070110	18943 18943	30.05 26.75	16.30 14.49
Vieille limitation: Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et après approbation préalable par le médecin-conseil de l'assureur.					
Nouvelle limitation: Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.					
BYETTA sol inj 5 mcg stylo pré 1 pce sol inj 10 mcg stylo pré 1 pce	AstraZeneca AG	070620	18590 18590	124.25 124.25	93.93 93.93
Vieille limitation: Pour le traitement de patients souffrant du diabète de type 2; exclusivement en association avec la metformine, une sulfonylurée ou une combinaison de la metformine et une sulfonylurée, n'ayant pas obtenu un contrôle glycémique adéquat avec ces traitements oraux. Dans le cadre du traitement en combinaison de l'insuline basale avec ou sans metformine pour améliorer le contrôle du taux de glycémie chez les adultes souffrant de diabète de type 2. Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires contre l'obésité ne sont pas pris en charge par les assureurs.					
Nouvelle limitation: Pour le traitement de patients diabétiques de type 2; exclusivement en association avec les antidiabétiques suivants, lorsque le contrôle glycémique est insuffisant avec les antidiabétiques oraux et/ou l'insuline basale: - En double association avec la metformine ou une sulfonylurée - En triple association avec la metformine et une sulfonylurée - En association une insuline basale avec ou sans metformine pour améliorer le contrôle de la glycémie chez les adultes diabétiques de type 2 BMI d'au moins 28. Des médicaments supplémentaires pour la réduction de poids ne sont pas pris en charge par les assureurs.					
COLPERMIN caps 30 pce caps 100 pce	Tillotts Pharma AG	549900	14532 14532	9.10 27.45	4.94 14.89
Nouvelle limitation: Pendant une période de traitement maximale de 3 mois. L'association avec CARMENTHIN doit être évitée.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
DAONIL cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	11244 11244	8.05 19.45	3.43 9.80
Nouvelle limitation: Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.					
DIAMICRON MR cpr 60 mg 30 pce cpr 60 mg 90 pce	Servier (Suisse) SA	070620	17707 17707	18.40 42.40	8.88 22.65
Nouvelle limitation: Pris en charge lorsque la metformine ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
FORXIGA cpr pell 5 mg 28 pce cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 5 mg 98 pce cpr pell 10 mg 98 pce	AstraZeneca AG	070620	20270 20270 20270 20270	64.75 64.75 184.25 184.25	42.12 42.12 146.20 146.20
Vieille limitation: Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, afin d'améliorer le contrôle glycémique: En monothérapie, lorsqu'un régime alimentaire et une activité physique accrue ne suffisent pas pour atteindre un contrôle glycémique adéquat. En association avec des hypoglycémisants oraux (metformine, inhibiteurs de la DPP-4 [avec ou sans metformine], sulfonylurée) et/ou insuline [avec ou sans metformine], si ces médicaments utilisés en plus d'un régime alimentaire et d'activité physique ne suffisent pas pour atteindre un contrôle glycémique adéquat. Les traitements en association avec d'autres antidiabétiques exigent une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin conseil.					
Nouvelle limitation: Diabète de type 2 Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, afin d'améliorer le contrôle glycémique, lorsqu'un régime alimentaire et une activité physique accrue ne permettent pas un contrôle suffisant de celle-ci. – En monothérapie, chez les patients ne pouvant pas être traités par la metformine. – En association avec – la metformine – une sulfonylurée – un inhibiteur de la DPP-4 (avec ou sans metformine). – En association avec l'insuline (avec ou sans metformine), si ces médicaments utilisés en plus d'un régime alimentaire et d'activité physique ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
Nouvelle limitation: Limitation limitée jusqu'au 30.11.2022 Insuffisance cardiaque Forxiga 10 mg: En association appropriée avec une dose précédemment stable d'un inhibiteur de l'ECA ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II et d'autres traitements pour l'insuffisance cardiaque (par ex. bêta-bloquants, diurétiques et antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes) pour le traitement des patients adultes atteints d'insuffisance cardiaque NYHA classe II-IV, dont la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) avant le traitement par Forxiga 10 mg est ≤ 40%. Pas en association avec la combinaison fixe de sacubitril/valsartan.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
GALVUMET	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
cpr pell 50/500 mg 60 pce			19118	62.70	40.34
cpr pell 50/850 mg 60 pce			19118	62.70	40.34
cpr pell 50/1000 mg 60 pce			19118	62.70	40.34
cpr pell 50/500 mg 180 pce			19118	155.35	121.02
cpr pell 50/850 mg 180 pce			19118	155.35	121.02
cpr pell 50/1000 mg 180 pce			19118	155.35	121.02

Vieille limitation :

Pour le traitement des patients atteints de diabète de type 2. Pour les patients ne pouvant prendre qu'une dose insuffisante des traitements oraux existants ou qui ne les tolèrent pas.

En association avec un sulfonyleurée (c.-à-d. comme triple traitement combiné) en complément avec le régime et l'activité physique chez les patients dont le traitement par metformine et un sulfonyleurée seul n'offre pas un contrôle suffisant de la glycémie.

En association avec l'insuline pour améliorer le contrôle de la glycémie chez les patients chez qui le régime, l'activité physique ainsi que le traitement avec une dose stable d'insuline et de metformine ne permettent pas d'obtenir un contrôle suffisant de la glycémie.

Les traitements associés avec d'autres antidiabétiques oraux nécessitent l'approbation préalable du médecin-investigateur de l'assurance maladie.

Nouvelle limitation :

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.

- En triple association avec une sulfonyleurée en complément au régime alimentaire et à l'activité physique si le traitement par metformine et une sulfonyleurée ne permet pas à lui seul d'obtenir un contrôle suffisant de la glycémie.
- En association avec l'insuline pour améliorer le contrôle de la glycémie si le régime alimentaire, l'activité physique ainsi que le traitement avec une dose stable d'insuline et de metformine ne permettent pas d'obtenir un contrôle suffisant de la glycémie.

GALVUS	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
cpr pell 50 mg 28 pce			18641	37.50	18.40
cpr pell 50 mg 112 pce			18641	100.90	73.62

Vieille limitation :

Pour le traitement des patients atteints de diabète de type 2. Pour les patients ne pouvant prendre qu'une dose insuffisante des traitements oraux existants ou qui ne les tolèrent pas.

En double association avec la metformine ou les sulfonyleurées (SU) ou le thiazolidinédione (TZD), lorsque le régime, l'activité physique et la metformine ou les sulfonyleurées (SU) ou le thiazolidinédione (TZD) n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie.

En triple association avec la metformine et un sulfonyleurée, lorsque le régime et l'activité physique plus la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.

En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.

Les traitements associés avec d'autres antidiabétiques oraux nécessitent l'approbation préalable du médecin-investigateur de l'assurance maladie.

Nouvelle limitation :

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.

- En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie:
 - avec la metformine ou
 - une sulfonyleurée (SU) ou
 - une thiazolidinédione (TZD)
- En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.

GATINAR	Melisana AG	040812			
sirop 500 ml			12598	11.85	6.43
caps 100 pce			14532	27.45	14.89

Vieille limitation :

Encéphalopathie hépatique.

Nouvelle limitation :

Encéphalopathie hépatique: grand emballage de 500ml

La limitation des laxatifs du groupe thérapeutique 04.08. ne s'applique pas à l'indication «Encéphalopathie hépatique» pour le grand emballage à 500 ml de GATINAR sirop.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
GLIBENORM cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce	Streuli Pharma AG	070620	17947 17947	7.65 18.35	3.09 8.82
Nouvelle limitation: Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.					
GLICLAZID MEPHA RETARD Depotabs 60 mg 30 pce Depotabs 60 mg 90 pce Depotabs 30 mg Blist 30 pce Depotabs 30 mg 120 pce	Mepha Pharma AG	070620	20363 20363 18902 18902	17.20 38.50 8.60 27.05	7.84 19.25 3.92 12.83
Nouvelle limitation: Pris en charge lorsque la metformine ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
GLICLAZID MR SANDOZ cpr ret cpr 60 mg 30 pce cpr ret cpr 60 mg 90 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620	20604 20604	17.20 38.50	7.84 19.25
Nouvelle limitation: Pris en charge lorsque la metformine ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
GLICLAZID RETARD HELVEPHARM cpr ret cpr 30 mg 20 pce cpr ret cpr 30 mg 120 pce	Helvepharm AG	070620	18946 18946	6.45 20.45	2.06 10.66
Nouvelle limitation: Pris en charge lorsque la metformine ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
GLICLAZID RETARD ZENTIVA cpr ret cpr 60 mg 30 pce cpr ret cpr 60 mg 90 pce	Helvepharm AG	070620	20369 20369	16.85 38.50	7.55 19.25
Nouvelle limitation: Pris en charge lorsque la metformine ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
GLICLAZID SPIRIG HC CPR RETARD cpr ret cpr 60 mg 30 pce cpr ret cpr 60 mg 90 pce cpr ret cpr 60 mg 120 pce	Spirig HealthCare AG	070620	20442 20442 20442	16.85 38.50 44.80	7.55 19.25 24.76
Nouvelle limitation: Pris en charge lorsque la metformine ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
GLIMEPIRID SANDOZ cpr 1 mg 30 pce cpr 2 mg 30 pce cpr 3 mg 30 pce cpr 4 mg 30 pce cpr 1 mg 120 pce cpr 2 mg 120 pce cpr 3 mg 120 pce cpr 4 mg 120 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620	18420 18420 18420 18420 18420 18420 18420 18420	7.05 9.20 15.30 16.90 18.35 29.00 40.80 45.50	2.58 4.46 6.20 7.60 8.84 14.54 21.26 25.36
Nouvelle limitation: Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.					
GLIMEPIRIDE ZENTIVA cpr 2 mg 30 pce cpr 3 mg 30 pce cpr 4 mg 30 pce cpr 3 mg 120 pce cpr 2 mg 120 pce cpr 4 mg 120 pce	Helvepharm AG	070620	18325 18325 18325 18325 18325 18325	9.15 15.25 16.85 40.55 28.85 45.50	4.41 6.13 7.52 21.04 14.40 25.36
Nouvelle limitation: Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
GLIMERYL MEPHA	Mepha Pharma AG	070620			
cpr 1 mg 30 pce			18470	7.05	2.55
cpr 2 mg 30 pce			18470	9.20	4.46
cpr 3 mg 30 pce			18470	15.30	6.18
cpr 4 mg 30 pce			18470	16.80	7.47
cpr 6 mg 30 pce			18470	19.40	9.77
cpr 1 mg 120 pce			18470	18.35	8.83
cpr 2 mg 120 pce			18470	29.00	14.54
cpr 3 mg 120 pce			18470	40.75	21.23
cpr 4 mg 120 pce			18470	45.50	25.36
cpr 6 mg 120 pce			18470	58.95	37.06
Nouvelle limitation: Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.					
IMPORTAL	Zambon Switzerland Ltd	040812			
pdr Dppl Btl 25 pce			14926	21.00	11.38
Vieille limitation: Encéphalopathie hépatique.					
Nouvelle limitation: Encéphalopathie hépatique : grand emballage de poudre doubles sachets avec 25 pièces et solution de 500ml La limitation des laxatifs du groupe thérapeutique 04.08. ne s'applique pas à l'indication «Encéphalopathie hépatique» pour le grand emballage de poudre IMPORTAL doubles sachets avec 25 pièces et pour la solution de 500ml d'IMPORTAL.					
IMPORTAL	Zambon Switzerland Ltd	040812			
Lös 500 ml			14926	12.05	6.52
Vieille limitation: Encéphalopathie hépatique.					
Nouvelle limitation: Encéphalopathie hépatique : grand emballage de poudre doubles sachets avec 25 pièces et solution de 500ml La limitation des laxatifs du groupe thérapeutique 04.08. ne s'applique pas à l'indication «Encéphalopathie hépatique» pour le grand emballage de poudre IMPORTAL doubles sachets avec 25 pièces et pour la solution de 500ml d'IMPORTAL.					
JANUMET	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
cpr pell 50/500 mg 56 pce			18787	59.45	37.48
cpr pell 50/850 mg 56 pce			18787	59.45	37.48
cpr pell 50/1000 mg 56 pce			18787	59.45	37.48
cpr pell 50/500 mg 196 pce			18787	167.00	131.20
cpr pell 50/850 mg 196 pce			18787	167.00	131.20
cpr pell 50/1000 mg 196 pce			18787	167.00	131.20
Vieille limitation: Pour le traitement des patients atteints de diabète de type 2. Pour les patients qui jusqu'à présent ne peuvent pas être suffisamment contrôlés par les traitements oraux et/ou par l'insuline ou qui ne tolèrent pas ceux-ci. Les traitements associés avec d'autres antidiabétiques oraux, à l'exception des sulfonylurées et/ou de l'insuline, nécessitent l'approbation des coûts préalable par le médecin-conseil des assureurs-maladie.					
Nouvelle limitation: Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec un régime alimentaire, une activité physique accrue et les traitements oraux et/ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas. - Lorsque ni la metformine ni la sitagliptine en monothérapie n'offrent un contrôle suffisant de la glycémie ou chez les patients qui reçoivent déjà une combinaison de sitagliptine et de metformine. - En triple association avec une sulfonylurée, si la combinaison de deux des trois principes actifs suivants n'offre pas un contrôle suffisant de la glycémie: metformine, sitagliptine ou sulfonylurée. - En association avec l'insuline, si cette mesure ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
JANUMET XR	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
cpr ret cpr pell 50/500 mg 56 pce			20276	63.40	40.93
cpr ret cpr pell 50/1000 mg 56 pce			20276	63.40	40.93
cpr ret cpr pell 100/1000 mg 28 pce			20276	63.40	40.93
cpr ret cpr pell 50/500 mg 3 Fl 56 pce			20276	155.25	120.97
cpr ret cpr pell 50/1000 mg 3 Fl 56 pce			20276	155.25	120.97
cpr ret cpr pell 100/1000 mg 84 pce			20276	155.25	120.97
Vieille limitation:					
Pour le traitement des patients atteints de diabète de type 2.					
Pour les patients qui jusqu'à présent ne peuvent pas être suffisamment contrôlés par les traitements oraux et/ou par l'insuline ou qui ne tolèrent pas ceux-ci.					
Les traitements associés avec d'autres antidiabétiques oraux, à l'exception des sulfonyles, nécessitent l'approbation des coûts préalable par le médecin-conseil des assureurs-maladie.					
Nouvelle limitation:					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec un régime alimentaire, une activité physique accrue et les traitements oraux et/ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.					
- Lorsque ni la metformine ni la sitagliptine en monothérapie n'offrent un contrôle suffisant de la glycémie ou chez les patients qui reçoivent déjà une combinaison de sitagliptine et de metformine.					
- En triple association avec une sulfonyle, si la combinaison de deux des trois principes actifs suivants n'offre pas un contrôle suffisant de la glycémie: metformine, sitagliptine ou sulfonyle.					
- En association avec l'insuline, si cette mesure ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
JANUVIA	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
cpr pell 25 mg 28 pce			18533	59.15	37.22
cpr pell 50 mg 28 pce			18533	59.15	37.22
cpr pell 100 mg 28 pce			18533	59.15	37.22
cpr pell 25 mg 98 pce			18533	165.95	130.25
cpr pell 50 mg 98 pce			18533	165.95	130.25
cpr pell 100 mg 98 pce			18533	165.95	130.25
Vieille limitation:					
Pour le traitement des patients atteints de diabète de type 2.					
Pour les patients qui jusqu'à présent ne peuvent pas être suffisamment contrôlés par les traitements oraux ou par l'insuline ou qui ne les tolèrent pas ceux-ci.					
En association exclusivement avec la metformine, une sulfonyle, une association de metformine et d'une sulfonyle ou l'insuline (avec ou sans metformine) lorsqu'un contrôle de la glycémie par ces mesures est insuffisant.					
Les traitements associés avec d'autres antidiabétiques oraux nécessitent l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
Nouvelle limitation:					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec un régime alimentaire, une activité physique accrue et les traitements oraux ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.					
- En double association exclusivement avec la metformine ou une sulfonyle.					
- En triple association avec une association de metformine et d'une sulfonyle.					
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) si ces mesures ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
JARDIANCE	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
cpr pell 10 mg 30 pce			20244	69.95	46.64
cpr pell 10 mg 90 pce			20244	176.80	139.72
Vieille limitation:					
Pour le traitement des patients souffrant de diabète de type 2, lorsqu'un régime et une augmentation de l'exercice physique ne permettent pas d'obtenir un contrôle glycémique suffisant.					
- En monothérapie chez les patients ne pouvant pas être traités par la metformine.					
- En association avec la metformine (seule ou associée à une sulfonyle), en association avec la metformine (seule ou associée à un inhibiteur de la DPP4) ou avec l'insuline (seule ou associée à la metformine et/ou à une sulfonyle), lorsque ces traitements ne permettent pas d'obtenir un contrôle glycémique suffisant					
Nouvelle limitation:					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsqu'un régime alimentaire et une activité physique accrue ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
- En monothérapie chez les patients ne pouvant pas être traités par la metformine.					
- En association, avec les options suivantes, lorsque ces traitements ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie:					
- la metformine, seule ou associée à une sulfonyle					
- la metformine, seule ou associée à un inhibiteur de la DPP4					
- l'insuline, seule ou associée à la metformine et/ou à une sulfonyle.					
Seul un dosage quotidien maximal de 10 mg d'empagliflozine sera remboursé.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
JARDIANCE MET	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
cpr pell 5/500 mg 60 pce			20401	71.25	47.76
cpr pell 5/850 mg 60 pce			20401	71.25	47.76
cpr pell 5/1000 mg 60 pce			20401	71.25	47.76
cpr pell 5/500 mg 2x 90 pce			20401	180.85	143.27
cpr pell 5/850 mg 2x 90 pce			20401	180.85	143.27
cpr pell 5/1000 mg 2x 90 pce			20401	180.85	143.27

Vielle limitation :

Jardiance Met est indiqué pour l'amélioration du contrôle de la glycémie chez des adultes souffrant de diabète de type 2, en plus de mesures diététiques et exercice physique, si chez ces patients un contrôle adéquat de la glycémie n'est pas atteint par la dose maximale tolérée de metformine; si chez ces patients un contrôle adéquat de la glycémie n'est pas atteint s'ils sont traités par la dose maximale tolérée de metformine en supplément d'une sulfonilurée et/ou d'une insuline ; s'ils sont déjà traités par empagliflozine et metformine comme comprimés séparés.

Les traitements associés avec d'autres antidiabétiques nécessitent en premier lieu l'accord de prise en charge de la caisse maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Nouvelle limitation :

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, en plus de mesures diététiques et d'activité physique si chez ces patients un contrôle adéquat de la glycémie n'est pas atteint

- par la dose maximale tolérée de metformine ou
- par la dose maximale tolérée de metformine en supplément d'une sulfonilurée et/ou d'une insuline ou
- s'ils sont déjà traités par empagliflozine et metformine en comprimés séparés.

Seul un dosage quotidien maximal de 10 mg d'empagliflozine sera remboursé

JENTADUETO	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
cpr pell 2.5 mg/500 mg 60 pce			19951	65.05	42.37
cpr pell 2.5 mg/850 mg 60 pce			19951	65.05	42.37
cpr pell 2.5 mg/1000 mg 60 pce			19951	65.05	42.37
cpr pell 2.5 mg/500 mg 2x 90 pce			19951	162.30	127.10
cpr pell 2.5 mg/850 mg 2x 90 pce			19951	162.30	127.10
cpr pell 2.5 mg/1000 mg 2x 90 pce			19951	162.30	127.10

Vielle limitation :

Pour le traitement des patients souffrant du diabète de type 2.

Pour les patients qui ne sont pas suffisamment contrôlés avec les thérapies orales précédentes ou qui ne les supportent pas.

En association avec de la sulfonilurée, uniquement si le dosage thérapeutique maximal toléré de metformine et de la sulfonilurée ne permet pas un contrôle adéquat de la glycémie.

A l'exception de la combinaison avec une sulfonilurée, la thérapie en combinaison avec d'autres antidiabétiques oraux est possible seulement après accord spécial de l'assureur après consultation préalable du médecin-conseil.

Comme complément à une diète et l'activité physique en combinaison avec une insuline basale, si l'association d'insuline et de metformine ne permet pas un contrôle glycémique suffisant.

Nouvelle limitation :

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec un régime alimentaire, une activité physique accrue et les traitements oraux conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.

- En triple association avec une sulfonilurée, uniquement si la dose maximale tolérée de metformine et de sulfonilurée ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.
- En association avec l'insuline si l'association d'insuline basale et de metformine ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie dans le cadre d'un régime alimentaire et d'une activité physique accrue.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
KOMBIGLYZE XR	AstraZeneca AG	070620			
cpr pell 5 mg/500 mg 28 pce			20036	64.35	41.78
cpr pell 5 mg/1000 mg 28 pce			20036	64.35	41.78
cpr pell 2.5 mg/1000 mg 56 pce			20036	64.35	41.78
cpr pell 5 mg/500 mg 98 pce			20036	184.25	146.23
cpr pell 5 mg/1000 mg 98 pce			20036	184.25	146.23
cpr pell 2.5 mg/1000 mg 196 pce			20036	184.25	146.23

Vieille limitation :

Dans le cadre du traitement des patients souffrant de diabète de type 2. Pour les patients pour lesquels les traitements oraux se sont révélés être insuffisants jusqu'à présent ou les patients déjà traités par une association libre de saxagliptine et de metformine.

Utilisation en association avec un autre traitement

En association avec de l'insuline lorsque les traitements oraux suivis jusque-là (à la dose maximale tolérée) ne suffisent pas pour atteindre un contrôle glycémique satisfaisant dans le cadre d'un régime alimentaire adapté et d'un exercice physique accru.

En association avec une sulfonylurée lorsque la metformine et une sulfonylurée (en tant que bithérapie orale à la dose maximale tolérée) ne suffisent pas pour atteindre un contrôle glycémique satisfaisant.

Les traitements par association avec d'autres antidiabétiques oraux doivent d'abord faire l'objet d'une confirmation de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Nouvelle limitation :

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque le régime alimentaire et une activité physique accrue ne permettent pas d'atteindre un contrôle suffisant de la glycémie:

- En triple association avec une sulfonylurée lorsque la metformine et une sulfonylurée (en tant que bithérapie orale à la dose maximale tolérée) ne suffisent pas pour atteindre un contrôle suffisant de la glycémie.
- En association avec l'insuline, lorsque les traitements oraux conduits jusque-là (à la dose maximale tolérée) ne suffisent pas pour atteindre un contrôle suffisant de la glycémie dans le cadre d'un régime alimentaire et d'une activité physique accrue.
- Pour les patients déjà traités par une association de saxagliptine et de metformine administrées séparément.

LYXUMIA	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620			
sol inj 1x10 mcg/1x20 mcg stylo pré ensemble 1 pce			20595	108.80	80.49
sol inj 20 mcg 2 stylo pré 3 ml			20595	108.80	80.49

Vieille limitation :

Pour le traitement de patients souffrant d'un diabète de type 2; exclusivement en association avec les antidiabétiques oraux suivants:

Metformine, une sulfonylurée ou une combinaison de metformine et une sulfonylurée, lorsque le contrôle glycémique est insuffisant avec ces antidiabétiques.

Dans le cadre du traitement en combinaison avec de l'insuline basale seule ou en combinaison avec de l'insuline basale et de la metformine ou en combinaison avec de l'insuline basale et une sulfonylurée, lorsque le contrôle glycémique est insuffisant à l'aide d'antidiabétiques oraux et/ou d'insuline basale.

Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires contre l'obésité ne sont pas pris en charge par les assureurs.

Nouvelle limitation :

Pour le traitement de patients diabétiques de type 2; exclusivement en association avec les antidiabétiques suivants, lorsque le contrôle glycémique est insuffisant avec les antidiabétiques oraux et/ou l'insuline basale:

- En double association avec la metformine ou une sulfonylurée
- En triple association avec la metformine et une sulfonylurée
- En association avec une insuline basale seule ou avec une association d'insuline basale et de metformine ou avec une sulfonylurée.

BMI d'au moins 28. Des médicaments supplémentaires pour la réduction de poids ne sont pas pris en charge par les assureurs.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
MABTHERA	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
conc perf 500 mg/50 ml amp 50 ml			17079	1515.65	1325.87
conc perf 100 mg/10 ml 2 amp 10 ml			17079	627.30	532.16

Vieille limitation :**Hématologie:**

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite [aussi appelée maladie de Wegener] et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;

Nouvelle limitation :**Hématologie:**

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite [aussi appelée maladie de Wegener] et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

MELIX	Lagap SA	070620			
cpr 5 mg 30 pce			14762	7.65	3.09
cpr 5 mg 100 pce			14762	18.35	8.82

Nouvelle limitation :

Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.

MILUPA APTAMIL PEPTI SYNEO	Milupa SA	070110			
pdr bte 400 g			20919	27.30	14.80

Vieille limitation :

Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et après approbation préalable par le médecin-conseil de l'assureur.

Nouvelle limitation :

Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
MILUPA APTAMIL PREGOMIN pdr bte 400 g	Milupa SA	070110	18942	27.30	14.80
Vieille limitation: Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et après approbation préalable par le médecin-conseil de l'assureur.					
Nouvelle limitation: Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.					
MILUPA APTAMIL PREGOMIN AS pdr 400 g (neu)	Milupa SA	070110	19008	69.00	37.40
Vieille limitation: Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.					
Nouvelle limitation: Comme traitement de deuxième intention en cas de réponse insatisfaisante au lait pour nourrissons à hydrolyse poussée, si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.					
MILUPA APTAMIL PREGOMIN AS pdr bte 400 g	Milupa SA	070110	19008	69.00	37.40
Vieille limitation: Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.					
Nouvelle limitation: Comme traitement de deuxième intention en cas de réponse insatisfaisante au lait pour nourrissons à hydrolyse poussée, si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.					
NEOCATE INFANT pdr 400 g	Nutricia SA	070110	19460	64.90	35.17
Vieille limitation: Prise en charge des coûts pour une durée de 6 mois chez les nourrissons souffrant d'une intolérance aux protéines de lait de vache. Prolongation de 3 jusqu'à 6 mois maximum dans des cas motivés et si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.					
Nouvelle limitation: Comme traitement de deuxième intention en cas de réponse insatisfaisante au lait pour nourrissons à hydrolyse poussée, si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.					
ONGLYZA cpr 2.500 mg 28 pce	AstraZeneca AG	070620	19172	58.90	37.01
cpr 5 mg 28 pce			19172	58.90	37.01
cpr 2.500 mg 98 pce			19172	161.10	126.06
cpr 5 mg 98 pce			19172	161.10	126.06
Vieille limitation: Pour le traitement des patients souffrant du diabète de type 2 seulement en combinaison avec la metformine, une sulfonylurée, une thiazolidindione ou avec insuline (avec ou sans metformine) lorsque les traitements oraux pris jusqu'alors ou lorsque la prise d'insuline conjointement à un régime alimentaire surveillé et une activité physique plus régulière ne permettent pas un contrôle suffisant du taux de glycémie ou lorsqu'un des traitements oraux n'est pas bien toléré. Dans le cadre du traitement des patients souffrant de diabète de type 2 uniquement en combinaison avec la metformine et une sulfonylurée (comme trithérapie orale) lorsque la metformine et la sulfonylurée (en tant que combinaison double et dosage maximal toléré) conjointement à un régime alimentaire surveillé et une activité physique plus régulière ne permettent pas un contrôle suffisant du taux de glycémie. Les traitements par association avec d'autres antidiabétiques oraux doivent d'abord faire l'objet d'une confirmation de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
Nouvelle limitation: Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 dont le contrôle de la glycémie est insuffisant avec les traitements oraux ou avec la prise d'insuline pris jusque-là conjointement à un régime alimentaire et une activité physique accrue: - En double association avec - la metformine ou - une sulfonylurée ou - une thiazolidindione - En triple association avec la metformine et une sulfonylurée, lorsque la metformine et la sulfonylurée (en tant que combinaison double et dosage maximal toléré) conjointement à un régime alimentaire et une activité physique plus régulière ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie. - En association avec insuline (avec ou sans metformine).					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

ORENCIA subst sèche 250 mg mit Spritze flac 1 pce	Bristol-Myers Squibb SA	071500	18539	483.65	407.01
--	-------------------------	--------	-------	--------	--------

Vieille limitation :

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.

Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Pour le traitement des patients âgés de 6 à 17 ans souffrant de polyarthrite chronique juvénile idiopathique présentant une réponse insuffisante ou une intolérance à au moins un antirhumatismal de fond (DMARD). La réponse thérapeutique à ORENCIA devrait être contrôlée après 4 mois de traitement. Seuls les patients présentant une réponse devraient poursuivre le traitement.

Prise en charge préalable des frais par le médecin-conseil de la caisse maladie

Nouvelle limitation :

Le traitement avec Orencia exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Polyarthrite rhumatoïde:

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active en cas de réponse inadéquate au traitement antirhumatismal de fond classique (DMARbte) précédent.

Polyarthrite chronique juvénile:

Pour le traitement des patients âgés de 6 à 17 ans souffrant de polyarthrite chronique juvénile idiopathique présentant une réponse insuffisante ou une intolérance à au moins un antirhumatismal de fond (DMARD). La réponse thérapeutique à ORENCIA devrait être contrôlée après 4 mois de traitement. Seuls les patients présentant une réponse devraient poursuivre le traitement.

ORENCIA sol inj 125 mg/ml a protec aiguil 4 seringue prête ser pré 1 ml	Bristol-Myers Squibb SA	071500	19845	1288.20	1118.47
sol inj 125 mg/ml stylo pré 4 pce			20724	1288.20	1118.47

Vieille limitation :

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.

Le traitement nécessite la garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Nouvelle limitation :

Le traitement avec Orencia exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Polyarthrite rhumatoïde:

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active en cas de réponse inadéquate au traitement antirhumatismal de fond classique (DMARbte) précédent.

RIXATHON conc perf 100 mg/10 ml 2 amp 10 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20820	505.50	426.05
conc perf 500 mg/50 ml amp 50 ml			20820	1225.70	1061.49

Vieille limitation :**Hématologie:**

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20- positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.D

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	-----------------	---------------	--------------	---------------------

Nouvelle limitation:**Hématologie:**

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

RUDOLAC STREULI PHARMA AG	040812	070110			
sirop en bouteille 200 ml				6.49	3.49
sirop en bouteille 500 ml				13.05	7.06

Nouvelle limitation:

Encéphalopathie hépatique : grand emballage de 500ml

La limitation des laxatifs du groupe thérapeutique 04.08. ne s'applique pas à l'indication «Encéphalopathie hépatique» pour le grand emballage à 500 ml de RUDOLAC sirop.

SIMPONI FERTIGSPRITZE	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500			
sol inj 50 mg/0.5 ml 0.500 ml			19300	1371.10	1194.09
sol inj 100 mg/1 ml 1 ml			19300	2105.65	1863.84

Vieille limitation:

Traitement sous-cutané de la polyarthrite rhumatoïde active (seulement en association avec le méthotrexate) et traitement de l'arthrite psoriasique, lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel précédent.

Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par SIMPONI lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil

Nouvelle limitation:

Le traitement avec Simponi exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Polyarthrite rhumatoïde active:

Traitement sous-cutané de la polyarthrite rhumatoïde active (seulement en association avec le méthotrexate), lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Arthrite psoriasique:

Traitement sous-cutané de l'arthrite psoriasique, lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite ankylosante (SA):

Traitement de la maladie de Bechterew/spondylarthrite ankylosante en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel précédent.

Colite ulcéreuse modérée à sévère:

Traitement chez les patients adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à sévère lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SIMPONI PEN sol inj 50 mg/0.5 ml injecteur 0.500 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500	19313	1371.10	1194.09
sol inj 100 mg/1ml injecteur 1 ml			19313	2105.65	1863.84

Vieille limitation :

Traitement sous-cutané de la polyarthrite rhumatoïde active (seulement en association avec le méthotrexate) et traitement de l'arthrite psoriasique, lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel précédent.

Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par SIMPONI lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil

Nouvelle limitation :

Le traitement avec Simponi exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Polyarthrite rhumatoïde active:

Traitement sous-cutané de la polyarthrite rhumatoïde active (seulement en association avec le méthotrexate), lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Arthrite psoriasique:

Traitement sous-cutané de l'arthrite psoriasique, lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite ankylosante (SA):

Traitement de la maladie de Bechterew/spondylarthrite ankylosante en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel précédent.

Colite ulcéreuse modérée à sévère:

Traitement chez les patients adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à sévère lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

TRAJENTA	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
cpr pell 5 mg 30 pce			19844	63.05	40.64
cpr pell 5 mg 90 pce			19844	156.35	121.90

Vieille limitation :

Pour le traitement des patients souffrant du diabète de type 2. Pour les patients qui ne sont pas suffisamment contrôlés avec les thérapies orales précédentes ou qui ne les supportent pas.

En combinaison seulement avec la metformine, une sulfonylurée, une thiazolidindione ou une combinaison de la metformine et d'une sulfonylurée, n'ayant pas obtenu un contrôle glycémique adéquat avec ces traitements oraux.

La combinaison avec d'autres antidiabétiques oraux est possible seulement après accord spécial de l'assureur après consultation préalable du médecin-conseil.

Nouvelle limitation :

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés par le régime alimentaire, l'activité physique accrue et les traitements oraux pris jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.

- En double association seulement avec la metformine, une sulfonylurée ou une thiazolidindione ou

- En triple association avec la metformine et une sulfonylurée, lorsque le contrôle de la glycémie n'est pas suffisant avec ces antidiabétiques oraux

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TRUXIMA	iQone Healthcare Switzerland SA	071610			
conc perf 100 mg/10 ml 2 vial 10 ml			20815	505.50	426.05
conc perf 500 mg/50 ml vial 50 ml			20815	1225.70	1061.49

Vieille limitation:**Hématologie:**

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Nouvelle limitation:**Hématologie:**

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

PRÉPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Groupe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VIPDOMET	Takeda Pharma AG	070620			
cpr pell 12.5/850 mg 56 pce			20111	54.65	33.34
cpr pell 12.5/1000 mg 56 pce			20111	54.65	33.34
cpr pell 12.5/850 mg 112 pce			20111	92.95	66.68
cpr pell 12.5/1000 mg 112 pce			20111	92.95	66.68
Vieille limitation:					
Pour le traitement des patients souffrant du diabète de type 2.					
Pour les patients qui jusqu'à présent ne peuvent pas être suffisamment contrôlés par les traitements oraux actuels ou par l'insuline (avec ou sans metformine) ou qui suivent déjà un traitement basé sur une association libre d'alogliptine et de metformine ou de metformine plus alogliptine plus insuline.					
Les traitements associés avec d'autres antidiabétiques nécessitent l'approbation des coûts préalable par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin-conseil.					
Nouvelle limitation:					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque le régime alimentaire et une activité physique accrue et le traitement avec la metformine ou par l'insuline (avec ou sans metformine) ne permettent pas d'atteindre un contrôle suffisant de la glycémie.					
Avec ou sans insuline au lieu de l'association d'alogliptine et de metformine administrées séparément.					
VIPIDIA	Takeda Pharma AG	070620			
cpr pell 6.250 mg 28 pce			20112	57.65	35.92
cpr pell 12.500 mg 28 pce			20112	57.65	35.92
cpr pell 25 mg 28 pce			20112	57.65	35.92
cpr pell 6.250 mg 98 pce			20112	160.70	125.71
cpr pell 12.500 mg 98 pce			20112	160.70	125.71
cpr pell 25 mg 98 pce			20112	160.70	125.71
Vieille limitation:					
Pour le traitement des patients souffrant du diabète de type 2 seulement en combinaison avec la metformine, une sulfonyleurée ou avec insuline (avec ou sans metformine) lorsque les traitements pris jusqu'à alors conjointement à un régime alimentaire surveillé et une activité physique plus régulière ne permettent pas un contrôle suffisant du taux de glycémie.					
Les traitements par association avec d'autres antidiabétiques doivent d'abord faire l'objet d'une confirmation de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
Nouvelle limitation:					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque les traitements pris jusque-là, conjointement à un régime alimentaire et une activité physique accrue, ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
- En double association avec					
- la metformine ou					
- une sulfonyleurée					
- En association avec insuline (avec ou sans metformine).					
VOTUBIA	Novartis Pharma Schweiz AG	071640			
cpr disp 2 mg 30 pce			20122	1247.50	1081.38
cpr disp 3 mg 30 pce			20122	1840.50	1622.07
Vieille limitation:					
Chez les patients atteints de sclérose tubéreuse:					
- pour le traitement d'astrocytomes sous-épendymaires à cellules géantes (SEGA) ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale immédiate.					
- pour le traitement d'angiomyolipomes rénaux (AML) ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale immédiate, à partir de l'âge de 18 ans					
Nouvelle limitation:					
Chez les patients atteints de sclérose tubéreuse:					
- pour le traitement d'astrocytomes sous-épendymaires à cellules géantes (ASCG), lorsqu'une intervention chirurgicale n'est pas appropriée.					

PRÉPARATE /(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Groupe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
XIGDUO XR	AstraZeneca AG	070620			
cpr pell 5 mg/500 mg 28 pce			20358	43.85	23.92
cpr pell 5 mg/1000 mg 28 pce			20358	43.85	23.92
cpr pell 10 mg/500 mg 28 pce			20358	71.30	47.84
cpr pell 10 mg/1000 mg 28 pce			20358	71.30	47.84
cpr pell 5 mg/500 mg 98 pce			20358	112.35	83.56
cpr pell 5 mg/1000 mg 98 pce			20358	112.35	83.56
cpr pell 10 mg/500 mg 98 pce			20358	208.25	167.10
cpr pell 10 mg/1000 mg 98 pce			20358	208.25	167.10

Vieille limitation:

Pour le traitement des patients souffrant de diabète de type 2.

Pour les patients qui ne peuvent être suffisamment stabilisés avec les traitements oraux existants ou ne les supportent pas.

En combinaison avec un inhibiteur de la DPP4 ou de l'insuline lorsqu'aucun contrôle suffisant de la glycémie n'est atteint par la dose maximale tolérée de metformine et d'un inhibiteur de la DPP4 ou d'insuline.

Pour les patients qui sont déjà traités par une association libre de dapagliflozine et de metformine en comprimés séparés.

Les traitements en association avec d'autres antidiabétiques exigent une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin conseil.

Nouvelle limitation:

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque le régime alimentaire et une activité physique accrue ne permettent pas d'atteindre un contrôle suffisant de la glycémie:

- En combinaison avec un inhibiteur de la DPP4 ou de l'insuline lorsque le contrôle de la glycémie n'est pas suffisant avec la dose maximale tolérée de metformine et d'un inhibiteur de la DPP4 ou d'insuline.

- Pour les patients qui sont déjà traités par une association de dapagliflozine et de metformine en comprimés séparés.

ZOLEDRONAT OSTEO SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900			
sol perf 5 mg/100 ml amp 1 pce			20002	262.10	214.03

Vieille limitation:

Ostéoporose avérée chez les femmes postménopausées et chez les hommes, traitement de l'ostéoporose cortico-induite (dans tous les cas lors d'une réduction de plus de 2,5 déviations standard ou lors d'une fracture) et maladie de Paget.

Nouvelle limitation:

Ostéoporose avérée chez les femmes postménopausées et chez les hommes, traitement de l'ostéoporose cortico-induite (dans tous les cas lors d'une réduction de plus de 2,5 déviations standard ou lors d'une fracture) et maladie de Paget.

Et... action!



1. Pénétration vaginale ou anale avec préservatif.
2. Et parce que chacun(e) l'aime à sa façon : faites sans tarder votre safer sex check personnel sur lovelife.ch



**LE DON D'ORGANES : PARLEZ-EN
POUR LE BIEN DE VOS PROCHES**

VIVRE-PARTAGER.CH

**Parler au nom des autres, ce n'est pas facile.
Je fais part de ma volonté à mes proches.
Ils pourront ainsi prendre la décision appropriée.**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

swiss
transplant



Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n ^{os}
Argovie		8716090
Bâle-Ville		9017376-9017400
Thurgovie		8549216
Vaud	207074F	5176849

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine
52/2020