



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 20 décembre 2021

Semaine

OFSP-Bulletin 51/2021

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
www.ofsp-coronavirus.ch/vaccination : Informations sur la vaccination COVID-19 _____	7
Révision de l'Ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme: modifications au 1 ^{er} janvier 2022 _____	8
Revisione dell'Ordinanza del DFI sulla dichiarazione di osservazioni relative alle malattie trasmissibili dell'essere umano: modifiche dal 1° gennaio 2022 _____	10
Liste des spécialités _____	12
Vol d'ordonnances _____	87

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 49^e semaine (14.12.2021)^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 49^e semaine (14.12.2021)^a

	Semaine 49			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	3 1.80	1 0.60	5 3.00	14 2.10	4 0.60	9 1.40	81 0.90	86 1.00	123 1.40	78 1.00	78 1.00	116 1.40
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	25 15.00	2 1.20	30 18.00	66 9.90	5 0.80	90 13.50	126 1.50	11669 135.00	13672 158.20	120 1.50	11338 139.20	13437 165.00
Légionellose	13 7.80	6 3.60	6 3.60	41 6.20	22 3.30	45 6.80	663 7.70	469 5.40	578 6.70	641 7.90	450 5.50	562 6.90
Méningocoques: maladie invasive					1 0.20	3 0.40	8 0.09	24 0.30	40 0.50	7 0.09	19 0.20	39 0.50
Pneumocoques: maladie invasive	15 9.00	5 3.00	16 9.60	56 8.40	31 4.70	74 11.10	480 5.60	586 6.80	895 10.40	458 5.60	534 6.60	822 10.10
Rougeole			1 0.60			3 0.40		44 0.50	215 2.50		37 0.40	214 2.60
Rubéole^c									1 0.01			1 0.01
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	2 1.20	4 2.40	3 1.80	17 2.60	19 2.90	27 4.10	357 4.10	366 4.20	424 4.90	330 4.00	341 4.20	406 5.00
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	64 38.50	93 55.90	114 68.60	430 64.70	356 53.50	520 78.20	6610 76.50	6090 70.40	7284 84.30	6274 77.00	5761 70.70	6957 85.40
Hépatite A	2 1.20	2 1.20	1 0.60	5 0.80	5 0.80	7 1.00	53 0.60	76 0.90	76 0.90	52 0.60	67 0.80	68 0.80
Hépatite E	2 1.20	1 0.60	2 1.20	8 1.20	4 0.60	9 1.40	166 1.90	76 0.90	112 1.30	164 2.00	67 0.80	104 1.30
Infection à E. coli entérohémorragique	18 10.80	13 7.80	22 13.20	77 11.60	48 7.20	75 11.30	936 10.80	719 8.30	1095 12.70	909 11.20	677 8.30	1056 13.00
Listériose		1 0.60		6 0.90	4 0.60	4 0.60	34 0.40	56 0.60	36 0.40	31 0.40	55 0.70	35 0.40
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				1 0.20		2 0.30	2 0.02	12 0.10	22 0.20	2 0.02	11 0.10	20 0.20
Salmonellose, autres	13 7.80	22 13.20	25 15.00	77 11.60	81 12.20	115 17.30	1518 17.60	1238 14.30	1542 17.80	1461 17.90	1181 14.50	1484 18.20
Shigellose	3 1.80		6 3.60	9 1.40	1 0.20	19 2.90	98 1.10	62 0.70	220 2.50	96 1.20	55 0.70	208 2.60

	Semaine 49			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydirose	163 98.00	293 176.20	234 140.80	956 143.80	998 150.10	1050 157.90	11946 138.20	11277 130.40	12307 142.40	11449 140.60	10619 130.40	11752 144.30
Gonorrhée ^e	40 24.10	79 47.50	78 46.90	321 48.30	327 49.20	286 43.00	3959 45.80	3485 40.30	3922 45.40	3782 46.40	3280 40.30	3741 45.90
Hépatite B, aiguë		1 0.60	1 0.60		3 0.40	1 0.20	22 0.20	26 0.30	26 0.30	21 0.30	22 0.30	25 0.30
Hépatite B, total déclarations	13	24	27	83	91	94	1030	960	1084	992	885	1023
Hépatite C, aiguë		2 1.20			2 0.30		11 0.10	17 0.20	28 0.30	11 0.10	17 0.20	27 0.30
Hépatite C, total déclarations	8	23	25	68	75	83	951	905	1041	913	855	979
Infection à VIH	8 4.80	15 9.00	8 4.80	38 5.70	27 4.10	40 6.00	334 3.90	285 3.30	423 4.90	316 3.90	260 3.20	405 5.00
Sida	1 0.60	1 0.60	3 1.80	4 0.60	5 0.80	10 1.50	49 0.60	53 0.60	84 1.00	48 0.60	50 0.60	78 1.00
Syphilis, stades précoces ^f	10 6.00	8 4.80	24 14.40	29 4.40	39 5.90	73 11.00	586 6.80	604 7.00	744 8.60	556 6.80	564 6.90	708 8.70
Syphilis, total ^g	12 7.20	13 7.80	30 18.00	41 6.20	63 9.50	95 14.30	784 9.10	827 9.60	1052 12.20	745 9.20	772 9.50	997 12.20
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose						1 0.20	6 0.07	4 0.05	6 0.07	6 0.07	3 0.04	6 0.07
Chikungunya			2 1.20			5 0.80	5 0.06	11 0.10	42 0.50	5 0.06	11 0.10	41 0.50
Dengue			12 7.20	2 0.30	1 0.20	30 4.50	21 0.20	92 1.10	253 2.90	21 0.30	77 1.00	242 3.00
Encéphalite à tiques	1 0.60	1 0.60		8 1.20	14 2.10	14 2.10	285 3.30	450 5.20	266 3.10	284 3.50	450 5.50	262 3.20
Fièvre du Nil occidental								1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01
Fièvre jaune												
Fièvre Q	3 1.80	1 0.60	2 1.20	7 1.00	3 0.40	4 0.60	103 1.20	55 0.60	102 1.20	99 1.20	51 0.60	100 1.20
Infection à Hantavirus							6 0.07			6 0.07		
Infection à virus Zika						1 0.20			1 0.01			1 0.01
Paludisme	2 1.20	1 0.60	5 3.00	9 1.40	6 0.90	25 3.80	247 2.90	132 1.50	280 3.20	237 2.90	118 1.40	272 3.30
Trichinellose							2 0.02	2 0.02	2 0.02	1 0.01	2 0.02	2 0.02
Tularémie		3 1.80	4 2.40	3 0.40	19 2.90	18 2.70	220 2.50	122 1.40	144 1.70	216 2.60	115 1.40	141 1.70
Autres déclarations												
Botulisme							1 0.01			1 0.01		
Diphthérie ^h							3 0.03	3 0.03	2 0.02	3 0.04	3 0.04	2 0.02
Maladie de Creutzfeldt-Jakob					1 0.20	3 0.40	25 0.30	19 0.20	20 0.20	22 0.30	19 0.20	17 0.20
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 10.12.2021 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)

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

Semaine	46		47		48		49		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	1	0.1	2	0.1	1	0.1	1	0.1
Piqûre de tiques	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1	0.5	0.1
Borréliose de Lyme	5	0.4	1	0.1	1	0.1	3	0.2	2.5	0.2
Herpès zoster	7	0.5	7	0.5	9	0.6	8	0.6	7.8	0.6
Néuralgies post-zostériennes	1	0.1	3	0.2	1	0.1	1	0.1	1.5	0.1
Médecins déclarants	165		165		160		150		160	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

Le rapport sur la grippe est disponible en ligne à l'adresse :

www.bag.admin.ch/rapport-grippe



Coronavirus

VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER :



Avant chaque
voyage,
l'angoisse de se
faire tester ?

MIEUX VAUT
SE FAIRE
VACCINER

ofsp-coronavirus.ch/vaccination



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

Cette campagne d'information est soutenue par les organisations suivantes :



Révision de l'Ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme : modifications au 1^{er} janvier 2022

La révision effectuée cette année de l'Ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme prévoit la suppression de l'annexe 4 (Statistiques sur les résultats d'analyses de laboratoire). Du fait de nombreuses difficultés méthodologiques, ces statistiques ne pouvaient être utilisées que de façon limitée. À l'annexe 2, le critère de déclaration complémentaire de la tuberculose doit être adapté afin de faciliter la collecte des résultats de traitement. Par ailleurs, le délai de déclaration pour la fièvre du Nil occidental (virus du Nil occidental) aux annexes 1 et 3 doit être raccourci d'une semaine à 24 heures pour que des mesures puissent être prises aussi vite que possible en cas d'infection autochtone. S'agissant du COVID-19 (SARS-CoV-2), des adaptations formelles et techniques doivent être apportées aux annexes 1 et 3.

Une fois par an, l'Ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme (RS 818.101.126), qui cite individuellement chaque maladie infectieuse soumise à l'obligation de déclarer, est réexaminée en vue de garantir sa pertinence et son adéquation et révisée si nécessaire. Les modifications de cette année concernent les déclarations des médecins et des laboratoires.

NOUVEAUTÉS RELATIVES AUX DÉCLARATIONS DES MÉDECINS

Déclarations de résultats d'analyses cliniques (annexe 1)

- COVID-19: la déclaration est effectuée sur la base des critères de suspicion, de prélèvement d'échantillons et de déclaration fixés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) au 1^{er} janvier 2022 (www.bag.admin.ch/declaration-covid19). Ces critères définissent pour quelles catégories de patients une déclaration de résultats d'analyses cliniques est obligatoire.
- Fièvre du Nil occidental: en 2020, des cas humains autochtones sont apparus dans des régions proches de la frontière avec l'Italie. Le risque d'un premier cas autochtone de fièvre du Nil occidental en Suisse a augmenté. Pour que les mesures nécessaires puissent être prises à temps en présence

de cas transmis localement, il est indispensable de raccourcir le délai de déclaration de résultat positif d'analyses de laboratoire. C'est pourquoi ce dernier est raccourci d'une semaine à 24 heures.

Déclarations complémentaires aux résultats d'analyses cliniques (annexe 2)

- Tuberculose: en raison du nombre élevé de données manquantes, il est nécessaire de simplifier le processus de collecte des résultats de traitement. Les modifications doivent en particulier appeler davantage les médecins traitants à assumer leur part de responsabilité, tout en maintenant la pratique actuelle, à savoir la demande du médecin cantonal de déclarer le résultat du traitement. Les nouvelles dispositions permettent aussi de prendre en compte les modifications des recommandations thérapeutiques comprenant un raccourcissement du traitement. Ce changement de pratique en matière de déclaration s'accompagne de plus d'une adaptation conforme aux critères de déclaration de l'Organisation mondiale de la santé. Devront être déclarés:
 - la fin du traitement et/ou le changement de traitement pour passer de médicaments de première intention (isoniazide, rifampicine, éthambutol, pyrazinamide) à des médicaments de réserve (en particulier: fluoroquinolones, amikacine, kanamycine, bédaquiline, delamanid, linézolide); et/ou

- le changement de canton ; et/ou
- sur demande du médecin cantonal, le résultat du traitement.

NOUVEAUTÉS RELATIVES AUX DÉCLARATIONS DES LABORATOIRES

Déclarations de résultats d'analyses de laboratoire (annexe 3)

- SARS-CoV-2 : la déclaration est effectuée sur la base des critères de suspicion, de prélèvement d'échantillons et de déclaration fixés par l'OFSP dans leur version du 1^{er} janvier 2022. Ces critères définissent quels types de laboratoires doivent déclarer quelles catégories de résultats de laboratoire, indépendamment du contexte des tests. (www.bag.admin.ch/declaration-covid19). Parallèlement à la confirmation du diagnostic, il est important de surveiller l'évolution génétique du virus à l'origine du COVID-19. Certains nouveaux variants se distinguent par une infectiosité ou une virulence accrue, ou par une sensibilité moindre aux vaccins. Chaque caractérisation génomique effectuée pour le virus doit être déclarée, qu'elle ait été faite à des fins privées de recherche, dans le cadre de la surveillance de l'OFSP ou à la demande d'un médecin cantonal. L'OFSP a mis en place un programme de surveillance des mutations du virus. Il y est défini à quels laboratoires les échantillons peuvent être envoyés. Le réseau se compose d'un centre de référence, qui assume la coordination, et d'autres laboratoires. Les médecins cantonaux peuvent ordonner la caractérisation génomique d'échantillons.
- Fièvre du Nil occidental : en 2020, des cas humains autochtones sont apparus dans des régions proches de la frontière avec l'Italie. Le risque d'un premier cas autochtone de fièvre du Nil occidental en Suisse a augmenté. Pour que les mesures nécessaires puissent être prises à temps en présence de cas transmis localement, il est indispensable de raccourcir le délai de déclaration de résultat positif d'analyses de laboratoire. C'est pourquoi ce dernier est raccourci d'une semaine à 24 heures.

Statistiques sur les résultats d'analyses de laboratoire (annexe 4)

- L'annexe 4 est abrogée. Du fait de nombreuses difficultés méthodologiques, ces statistiques ne pouvaient être utilisées que de façon limitée. Les laboratoires ne doivent donc plus déclarer de statistiques agrégées à l'OFSP concernant leurs résultats d'analyses.

Nous vous remercions d'avance de bien vouloir effectuer vos déclarations complètes dans les délais : vous contribuez ainsi de façon déterminante à la protection de la population contre les maladies transmissibles.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone : 058 463 87 06

Revisione dell'Ordinanza del DFI sulla dichiarazione di osservazioni relative alle malattie trasmissibili dell'essere umano: modifiche dal 1° gennaio 2022

Il riesame di quest'anno dell'Ordinanza del DFI sulla dichiarazione di osservazioni prevede lo stralcio dell'allegato 4 (Statistiche dei referti delle analisi di laboratorio). A causa di numerose difficoltà metodologiche, infatti, è stato possibile utilizzare solo limitatamente tali statistiche. Inoltre, nell'allegato 2 il criterio per la dichiarazione complementare della tubercolosi deve essere modificato per facilitare il rilevamento dei risultati della terapia. Oltre a ciò, negli allegati 1 e 3 il termine di dichiarazione per la febbre del Nilo occidentale, rispettivamente per il virus del Nilo occidentale, deve essere ridotto da una settimana a 24 ore, per permettere la tempestiva adozione di misure qualora dovesse verificarsi un caso autoctono. Per quel che riguarda la COVID-19, rispettivamente il SARS-CoV-2, vi sono modifiche formali e tecniche negli allegati 1 e 3.

Una volta all'anno viene riesaminata la necessità e l'opportunità dell'Ordinanza del DFI sulla dichiarazione di osservazioni relative alle malattie trasmissibili dell'essere umano (RS 818.101.126), che indica singolarmente le malattie infettive soggette all'obbligo di dichiarazione e, se del caso, l'ordinanza viene rivista. Quest'anno le modifiche riguardano sia le dichiarazioni dei medici che quelle dei laboratori.

NOVITÀ NELLE DICHIARAZIONI DEI MEDICI

Dichiarazioni di referti clinici (allegato 1)

- COVID-19: la dichiarazione avviene secondo le direttive dei criteri di sospetto, di prelievo di campioni e di dichiarazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) nella versione del 1° gennaio 2022 (www.bag.admin.ch/covid19-meldung, www.bag.admin.ch/declaration-covid19, www.bag.admin.ch/dichiarazione-covid19). Tali criteri stabiliscono per quali categorie di pazienti sia necessaria una dichiarazione di referto clinico.
- Febbre del Nilo occidentale: nel 2020 si sono verificati casi autoctoni umani in regioni italiane vicine al confine svizzero. Il rischio di avere un primo caso autoctono di febbre del Nilo occidentale in Svizzera è aumentato. Per poter adottare tempestivamente le misure opportune nel caso in cui do-

vessero presentarsi casi trasmessi localmente, è necessario avere un termine di dichiarazione più breve. Per questa ragione il termine per la dichiarazione del referto clinico viene ridotto da una settimana a 24 ore.

Dichiarazioni complementari di referti clinici (allegato 2)

- Tubercolosi: la procedura di rilevamento dei risultati della terapia deve essere semplificata a causa dell'alto numero di informazioni mancanti. In particolare, con la presente modifica si intende responsabilizzare maggiormente i medici curanti mantenendo la prassi attuale con l'invito da parte del medico cantonale a dichiarare il risultato. La modifica permette di tener conto anche di cambiamenti delle raccomandazioni terapeutiche con diminuzione della durata del trattamento. A ciò si aggiunge il fatto che con la modifica della prassi di dichiarazione viene attuato un adeguamento in linea con i criteri di dichiarazione dell'OMS. Vanno dichiarati:
 - la conclusione del trattamento e/o il passaggio da un trattamento con farmaci di prima scelta (isoniazide, rifampicina, etambutolo, pirazinamide) a uno con farmaci di riserva (in particolare fluorochinoloni, amikacina, kanamicina, bedaquilina, delamanid, linezolid); e/o
 - il passaggio a un altro Cantone; e/o
 - dopo invito da parte del medico cantonale, il risultato della terapia.

NOVITÀ NELLE DICHIARAZIONI DEI LABORATORI

Dichiarazioni di referti delle analisi di laboratorio (allegato 3)

- SARS-CoV-2: la dichiarazione avviene secondo le direttive dei criteri di sospetto, di prelievo di campioni e di dichiarazione dell'UFSP nella versione del 1° gennaio 2022. Tali criteri stabiliscono quali laboratori debbano dichiarare quale tipo di risultati di laboratorio a seconda del contesto del test (www.bag.admin.ch/covid19-meldung, www.bag.admin.ch/declaration-covid19, www.bag.admin.ch/dichiarazione-covid19). Oltre alla conferma della diagnosi, è importante monitorare l'evoluzione genetica del virus COVID-19. Alcune nuove varianti si contraddistinguono per una maggiore infettività o virulenza oppure per una minore sensibilità ai vaccini. Ogni caratterizzazione genetica del virus deve dunque essere dichiarata, indipendentemente dal fatto che sia stata effettuata a scopo di ricerca privata, nell'ambito del monitoraggio dell'UFSP o su ordine del medico cantonale. L'UFSP ha elaborato un programma di monitoraggio delle mutazioni virali. In esso è indicato a quali laboratori è possibile inviare i campioni. La rete comprende, oltre al centro di riferimento, altri laboratori. Il centro di riferimento riveste il ruolo di coordinatore. I medici cantonali possono ordinare la caratterizzazione genetica di campioni.
- Febbre del Nilo occidentale: nel 2020 si sono verificati casi autoctoni umani in regioni italiane vicine al confine svizzero. Il rischio di avere un primo caso autoctono di febbre del Nilo occidentale in Svizzera è aumentato. Per poter adottare tempestivamente le misure opportune nel caso in cui dovessero presentarsi casi trasmessi localmente, è necessario avere un termine di dichiarazione più breve. Per questa ragione il termine per la dichiarazione di referti delle analisi di laboratorio viene ridotto da una settimana a 24 ore.

Statistiche dei referti delle analisi di laboratorio (allegato 4)

- L'allegato 4 viene abrogato. A causa di numerose difficoltà metodologiche, infatti, è stato possibile utilizzare solo limitatamente tali statistiche. I laboratori non devono dunque più dichiarare all'UFSP le statistiche globali in forma aggregata dei referti delle analisi di laboratorio.

Grazie per le vostre dichiarazioni tempestive e complete, in questo modo contribuite considerevolmente a proteggere la popolazione dalle malattie trasmissibili.

Contatto

Ufficio federale della sanità pubblica
Unità di direzione Sanità pubblica
Divisione Malattie trasmissibili
Telefono: 058 463 87 06

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 2021

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

I. Nouvelle admissions des préparations

01.99		EVRYSDI (Risdiplamum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	21253	pdr 0.75 mg/ml pour sol fl 80 ml Fr. 9825.55 (9345.92)		67251001	01.12.2021, A

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Pour le traitement de l'amyotrophie spinale (SMA) 5q d'apparition plus tardive (types II et III) chez les patients âgés de 20 ans et plus, après garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie avec consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de l'amyotrophie spinale (SMA) 5q (types I à III) chez les patients âgés de 2 mois à 20 ans révolus, la prise en charge des coûts d'EVRYSDI par l'AI s'applique, après garantie de prise en charge par l'office AI avec consultation préalable du service médical régional (SMR).

Patients pour lesquels une délétion homozygote, une mutation homozygote ou une hétérozygotie complexe est documentée (par ex. délétion dans l'exon 7 du SMN1 [allèle 1] et mutation du gène SMN1 [allèle 2] avec au moins deux copies du gène SMN2).

En cas de SMA de type I (forme infantile):

- Au moins 2 copies du gène SMN2.
- Apparition des symptômes et des signes cliniques ≤ 6 mois (180 jours).

En cas de SMA d'apparition plus tardive (types II et III):

- Au moins 2 copies du gène SMN2.
- Apparition des symptômes > 6 mois.

EVRYSDI ne peut être prescrit que par un médecin spécialiste en neurologie/neuropédiatrie dans des centres hospitaliers spécialisés dans les maladies neuromusculaires et appartenant au réseau Myosuisse (voir par ex. www.fsrm.ch/fr/projets/le-reseau-myosuisse). Le personnel médical traitant doit impérativement avoir de l'expérience dans le diagnostic et le traitement des patients atteints d'amyotrophie spinale.

Un maximum de 33 emballages d'EVRYSDI est remboursé par année de traitement.

Le médecin traitant a l'obligation de saisir les données nécessaires de façon continue dans le registre suisse des maladies neuromusculaires Swiss-Reg-NMD (www.swiss-reg-nmd.ch/registre-suisse-des-maladies-neuromusculaires).

Tous les patients traités par EVRYSDI sont régulièrement examinés par leur médecin spécialiste en neurologie traitant dans un centre spécialisé, en fonction des paramètres d'évaluation ou de la réponse à la préparation ; les évaluations sont effectuées en fonction de l'âge et des capacités motrices et sont consignées dans le registre. Selon le stade de la maladie, le 6MWT, le HFMSE, le RULM, le HFMS, le CHOP-INTEND et la fonction pulmonaire (VC, FEV1) sont généralement réalisés tous les 4 ou 6 mois et consignés dans le registre.

Les examens sont effectués au début du traitement et ensuite aux intervalles suivants:

- Pour les patients de moins de 6 ans: tous les 4 mois
- Pour les patients âgés de plus de 6 ans: tous les 6 mois
- Pendant les 2 premières années de traitement pour tous les patients: tous les 4 mois.

Une demande spécifique de prolongation du traitement après 12 mois doit être établie par le médecin traitant et soumise à nouveau au médecin-conseil de l'assurance-maladie ou à l'office AI.

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

Sont exclus:

- Patients atteints de SMA de type 0 et IV ainsi que les patients présymptomatiques et toutes les atrophies musculaires spinales et neurales qui ne sont pas attribuables à une délétion ou à une mutation génétique sur le chromosome 5q;
- Patients sous ventilation permanente (16 heures ou plus par jour pendant 21 jours consécutifs en l'absence d'infection aiguë réversible) ou nécessitant une trachéotomie permanente;
- EVRYSDI ne doit pas être utilisé avant, après ou en même temps qu'une thérapie génique spécifique à la SMA. EVRYSDI ne doit pas être administré en même temps qu'un autre traitement médicamenteux de l'amyotrophie spinale (SMA) agissant sur l'expression de la protéine SMN.

Le traitement doit être interrompu en cas de:

- Patients qui, sous traitement par EVRYSDI, ont nouvellement besoin d'une ventilation permanente (16 heures ou plus par jour pendant 21 jours consécutifs, en l'absence d'infection aiguë réversible) ou nécessitant une trachéotomie permanente sous traitement par EVRYSDI, avec détérioration simultanée des fonctions motrices selon l'une des scores mentionnées ci-dessous;
- Détérioration globale de la fonction motrice selon 2 scores différents (à l'exception de CHOP-INTEND comme seul critère chez les patients gravement atteints), confirmée par 2 mesures successives, sans justification alternative de la détérioration:
 - patients ambulants: 6MWT (réduction de > 10% par rapport au moment de l'initiation du traitement avec EVRYSDI) et HFMSE (> 3 points)
 - patients non ambulants: RULM et HFMS (>3 points chacun)
 - Patients gravement atteints: CHOP-INTEND (>4 points)

**CHOP-INTEND = Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders; 6MWT = Six-Minute Walk Test; HFMSE = Hammersmith Functional Motor Scale Expanded; RULM = Revised Upper limb Module; HFMS = Hammersmith Functional Motor Scale.

- Non-respect du plan de traitement.

A la première demande de l'assurance-maladie ou de l'assurance invalidité auprès de laquelle la personne concernée est assurée au moment de la remise, le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, rembourse à cette caisse une part fixe du prix de fabrique pour chaque emballage d'EVRYSDI remis.

Le titulaire de l'autorisation informe l'assureur-maladie du montant respectif du remboursement. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamée en plus. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

01.99	FAMPYRA (Fampridinum)	Biogen Switzerland AG		
	20960 cpr ret 10 mg blist 56 pce Fr. 295.55 (243.15)		67139002	01.12.2019, B

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

Pour améliorer la capacité de marche des patients adultes atteints de sclérose en plaques (SEP) et présentant un handicap à la marche (EDSS 4.0-7.0).

FAMPYRA doit être prescrit par un neurologue expérimenté dans le traitement de la SEP.

La prescription initiale doit être limitée de deux à quatre semaines de traitement, car les bénéfices cliniques du traitement sont généralement observés dans les deux à quatre semaines suivant l'instauration du traitement par FAMPYRA. Une évaluation de la capacité à la marche doit être effectuée, p.ex. par le biais du test chronométré de marche sur 25 pieds (Timed 25-Foot Walk (T25FW)) ou de l'échelle d'évaluation en 12 items de la marche lors de sclérose en plaques (Twelve Item Multiple Sclerosis Walking Scale (MSWS-12)), est recommandée afin d'évaluer l'amélioration de la marche après deux à quatre semaines de traitement. En l'absence d'amélioration, il convient d'interrompre le traitement par FAMPYRA. Le traitement par FAMPYRA doit être interrompu en l'absence d'effet suffisant rapporté par les patients:

- En cas de réduction de la capacité de marche, le neurologue doit envisager une interruption du traitement afin de réévaluer l'efficacité de FAMPYRA. La réévaluation doit inclure l'arrêt de FAMPYRA et une évaluation de la capacité de marche.
- En l'absence d'un effet bénéfique persistant de FAMPYRA sur la marche des patients, le traitement par FAMPYRA devra être interrompu.
- FAMPYRA doit être interrompu chez les patients souffrant d'une crise d'épilepsie au cours du traitement.

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
01.99		VYNDAQEL (Tafamidisum) 21057 caps 61 mg blist 30 pce Fr. 13154.75 (12593.89)	Pfizer AG	67518001	01.12.2021, B

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

Traitement de patients atteints de cardiomyopathie amyloïde à transthyrétine (ATTR-CM) de type sauvage ou héréditaire au stade **NYHA I à II** ayant déjà été hospitalisés au moins une fois pour une insuffisance cardiaque et/ou un épisode d'insuffisance cardiaque symptomatique documentée.

Les patients atteints de hATTR avec une manifestation principalement polyneuropathique n'ont pas droit au remboursement d'un traitement avec VYNDAQEL.

Le diagnostic de cardiomyopathie amyloïde ATTR doit être posé de la façon suivante : scintigraphie osseuse positive (score de Perugini de 2 à 3), échocardiographie positive (par ex. profil typique de strain) avec exclusion simultanée d'une amyloïdose AL (exclusion d'une gammopathie monoclonale par la mesure des chaînes légères libres dans le sérum et par électrophorèse avec immunofixation dans le sérum et l'urine).

En cas de résultat peu clair/peu sûr de la scintigraphie ou/et de défaut d'une exclusion claire de l'amyloïdose AL ou/et de résultat non manifeste de l'imagerie cardiaque, il faut pratiquer une biopsie avec mise en évidence histologique de l'amyloïde-transthyrétine.

Avant le début du traitement:

La pose du diagnostic de cardiomyopathie amyloïde à transthyrétine, la prescription et la surveillance du traitement avec VYNDAQEL ne peuvent se faire que par une équipe interdisciplinaire de médecins spécialistes, dans un centre de formation continue en cardiologie certifié de catégorie A: Hôpital universitaire de Bâle, Inselspital Berne, Hôpital cantonal de Fribourg, HUG Genève, CHUV Lausanne, Hôpital cantonal de Lucerne, EOC Ticino Lugano, Hôpital cantonal de St. Gall, Hôpital municipal Triemli Zurich, Clinique Hirslanden Zurich, Hôpital universitaire de Zurich.

Avant que le traitement puisse être instauré, le patient doit être informé par écrit des critères de remboursement (y compris des critères d'arrêt du traitement).

Avant le début du traitement, une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie doit être obtenue après consultation préalable du médecin-conseil.

Les critères d'inclusion suivants de l'étude ATTR-ACT doivent être remplis de façon cumulée pour qu'un traitement par VYNDAQEL puisse commencer:

- Concentration de NT-pro BNP \geq 600 pg/ml
- Distance au test de marche de 6 minutes $>$ 100 mètres
- Une espérance de vie de 2 ans au minimum (dans l'étude ATTR-ACT, ce critère s'est avéré procurer un avantage en termes de mortalité après un traitement par tafamidis d'une durée de 18 mois environ).

VYNDAQEL n'est pas remboursé chez les patients qui ont des antécédents de transplantation hépatique ou cardiaque, chez les patients chez lesquels des «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BiVAD) ont été implantés ou chez les patients souffrant d'insuffisance rénale (débit de filtration glomérulaire $<$ 25 ml/min/1,73 m²).

VYNDAQEL ne doit pas être combiné avec d'autres médicaments spécifiques pour le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine (par ex. Patisiran, Inotersen).

La posologie dans la cardiomyopathie amyloïde à transthyrétine (ATTR-CM) est fixée à une dose de 61 mg par jour.

La posologie de VYNDAQEL de 4 x 20 mg par jour n'est pas remboursée par l'AOS.

Poursuite du traitement:

Documentation du stade NYHA, NT-proBNP, test de marche de 6 minutes, hospitalisations dues à une insuffisance cardiaque et consommation de diurétiques avant le début du traitement et régulièrement pendant le traitement avec VYNDAQEL (au minimum tous les 6 mois) ainsi qu'échocardiographie transthoracique (au minimum tous les 12 mois).

Contrôle régulier de l'efficacité du traitement.

Arrêt du traitement:

Le traitement doit être arrêté si l'ATTR-CM entraîne

- une détérioration clinique substantielle pendant 6 mois (par ex. hospitalisations répétées pour décompensation cardiaque);
- une baisse des performances pendant 6 mois, associée à une élévation de NT-proBNP et à une augmentation de la consommation de diurétiques
- si le patient développe une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV malgré un traitement optimal
- une réduction cliniquement significative de la distance de marche au test de marche de 6 minutes
- une transplantation cardiaque ou hépatique
- l'implantation de «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BiVAD)

Pour chaque emballage de 30 capsules molles de VYNDAQEL de 61 mg, la titulaire de l'autorisation, Pfizer AG, rembourse sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat un pourcentage fixe du prix de fabrication. Elle informe l'assureur-maladie du montant correspondant qui est remboursé sur la base du prix de fabrication pour chaque emballage de VYNDAQEL 30 capsules molles de 61 mg. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être déposée dès l'administration.

Adresse du contact : Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
05.02		JINARC (Tolvaptanum, Tolvaptanum)	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH		
	20456	cpr 45 mg/15 mg 56 pce Fr. 1695.85 (1490.17)		65676006	01.11.2016, A
	20456	cpr 60 mg/30 mg 56 pce Fr. 1695.85 (1490.17)		65676009	01.11.2016, A
	20456	cpr 90 mg/30 mg 56 pce Fr. 1695.85 (1490.17)		65676012	01.11.2016, A
	20456	cpr 15 mg 28 pce Fr. 1695.85 (1490.17)		65676002	01.11.2016, A
	20456	cpr 30 mg 28 pce Fr. 1695.85 (1490.17)		65676004	01.11.2016, A
Limitation limitée jusqu'au 30.04.2022					
Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil. Pour freiner la progression du développement de kystes et de l'insuffisance rénale dans la polykystose rénale autosomique dominante typique (PKRAD classe 1) chez l'adulte atteint d'une maladie rénale chronique (MRC) de stade 1 à 3 au début du traitement, avec des signes d'évolution rapide de la maladie, lorsque le volume rénal total (VRT) est d'au moins 750 ml au début du traitement et le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) d'au moins 30 ml/min/1,73 m ² et lorsqu'il existe en outre une classe Mayo 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 1 ou une classe Mayo 1C, 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 2 et 3.					
Le diagnostic, la prescription et la surveillance du traitement avec JINARC doivent être effectués exclusivement par un spécialiste en néphrologie exerçant dans un hôpital possédant un centre de néphrologie selon la définition de l'OFSP. Les centres définis par l'OFSP (cf. http://www.bag.admin.ch/sl-ref) remplissent au moins deux des trois critères suivants:					
<ul style="list-style-type: none"> - Le centre est une clinique de néphrologie définie comme centre de formation postgraduée FMH de catégorie A ou B. - Au moins un spécialiste en néphrologie formé par Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH exerce dans le centre. - Le centre s'est engagé à participer à l'étude PASS portant sur JINARC. Dans ce contexte, les données suivantes doivent être relevées: âge du patient au début du traitement, sexe du patient, DFGe avant le début du traitement, stade de la MRC et volume rénal total au début du traitement, classe Mayo au début du traitement ainsi que posologie initiale. Doivent ensuite être communiqués, tous les 6 mois: le DFGe, les modifications de la dose, la raison d'une réduction de la dose, le cas échéant, et la raison de l'arrêt du traitement, le cas échéant. 					
La demande de prise en charge des frais doit comporter les mentions suivantes:					
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic de PKRAD typique (classe 1) confirmé par le nombre de kystes/rein et l'âge (selon les critères de Pei-Ravine) ou au moyen d'un test génétique. - Stade de la MRC, DFGe, volume rénal total, âge du patient et classe Mayo au début du traitement. - Posologie initiale. 					
Si un patient arrête le traitement au bout d'une durée de thérapie de 3 mois ou moins, le coût total du traitement, sur la base du prix «départ usine», est remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH à l'assureur-maladie auprès duquel ce patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrique. Est considéré comme arrêt du traitement le fait qu'un patient, après avoir acheté la première, les deux premières ou les trois premières boîtes mensuelles, n'achète plus de boîte pendant 2 mois. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. La demande doit avoir lieu dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement.					
Si en raison d'un ajustement de la dose, le coût annuel du traitement dépasse celui de 13 boîtes à CHF 1931.75, le surcoût excédant ce montant devra être remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH, sur la base du prix de fabrique, à l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrique. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. Une période d'achat de 15 mois sera prise en compte pour l'évaluation du coût annuel du traitement. La demande de remboursement doit être faite dans le mois qui suit cette période d'achat de 15 mois.					
07.10.60 G		METHOTREXAT ACCORD (Methotrexatum)	Accord Healthcare AG		
	21350	sol inj 7.5 mg/0.15 ml inj pré 0.15 ml Fr. 27.25 (13.04)		68244001	01.12.2021, A
	21350	sol inj 10 mg/0.2 ml inj pré 0.2 ml Fr. 29.20 (14.73)		68244002	01.12.2021, A
	21350	sol inj 12.5 mg/0.25 ml inj pré 0.25 ml Fr. 34.60 (15.86)		68244003	01.12.2021, A
	21350	sol inj 15 mg/0.3 ml inj pré 0.3 ml Fr. 35.90 (16.99)		68244004	01.12.2021, A
	21350	sol inj 17.5 mg/0.35 ml inj pré 0.35 ml Fr. 37.10 (18.01)		68244005	01.12.2021, A
	21350	sol inj 20 mg/0.4 ml inj pré 0.4 ml Fr. 38.25 (19.02)		68244006	01.12.2021, A
	21350	sol inj 22.5 mg/0.45 ml inj pré 0.45 ml Fr. 39.60 (20.23)		68244007	01.12.2021, A
	21350	sol inj 25 mg/0.5 ml inj pré 0.5 ml Fr. 41.00 (21.44)		68244008	01.12.2021, A
07.12 G		EZETIMIBE MSD (Ezetimibum)	Organon GmbH		
	20695	cpr 10 mg 28 pce Fr. 36.20 (17.25)		66551001	01.10.2017, B
	20695	cpr 10 mg 98 pce Fr. 85.60 (60.27)		66551002	01.10.2017, B

Groupe théer.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		ALUNBRIG (Brigatinibum)	Takeda Pharma AG		
	21205	cpr pell 30 mg blist 28 pce Fr. 951.95 (814.95)		66738001	01.12.2021, A
	21205	cpr pell 90 mg blist 7 pce Fr. 718.05 (611.21)		66738004	01.12.2021, A
	21205	cpr pell 90 mg blist 28 pce Fr. 2742.90 (2444.84)		66738005	01.12.2021, A
	21205	cpr pell 180 mg blist 28 pce Fr. 5257.90 (4889.68)		66738006	01.12.2021, A

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2024

Traitement de première ligne (sans modèle de prix)

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. Pour le traitement en monothérapie des patients adultes atteints de cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique ALK positif (exprimant la kinase du lymphome anaplasique), non précédemment traité par un inhibiteur de la tyrosine kinase ALK. En cas de progression, le traitement doit être interrompu.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21205.01

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2024

Ligne de thérapie ultérieure (avec modèle de prix)

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. Pour le traitement en monothérapie des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique ALK positif (exprimant la kinase du lymphome anaplasique) après progression lors d'un traitement antérieur par crizotinib. En cas de progression, le traitement doit être interrompu.

Dans le cadre de l'utilisation d'ALUNBRIG post-crizotinib, Takeda Pharma AG remboursera à l'assureur maladie, auprès duquel la personne assurée était assuré au moment de l'achat, 9.079 % du prix de fabrication pour chaque emballage d'ALUNBRIG acheté, à la demande de l'assureur maladie.

Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant. La demande de remboursement est faite à partir de la date de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21205.02

07.16.10		ALUNBRIG EMBALLAGE DÉPART (Brigatinibum, Brigatinibum)	Takeda Pharma AG		
	21205	7x90,21x180 mg blist 28 pce Fr. 5257.90 (4889.68)		66738007	01.12.2021, A

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2024

Traitement de première ligne (sans modèle de prix)

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. Pour le traitement en monothérapie des patients adultes atteints de cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique ALK positif (exprimant la kinase du lymphome anaplasique), non précédemment traité par un inhibiteur de la tyrosine kinase ALK. En cas de progression, le traitement doit être interrompu.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21205.01

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2024

Ligne de thérapie ultérieure (avec modèle de prix)

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. Pour le traitement en monothérapie des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique ALK positif (exprimant la kinase du lymphome anaplasique) après progression lors d'un traitement antérieur par crizotinib. En cas de progression, le traitement doit être interrompu.

Dans le cadre de l'utilisation d'ALUNBRIG post-crizotinib, Takeda Pharma AG remboursera à l'assureur maladie, auprès duquel la personne assurée était assuré au moment de l'achat, 9.079 % du prix de fabrication pour chaque emballage d'ALUNBRIG acheté, à la demande de l'assureur maladie.

Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant. La demande de remboursement est faite à partir de la date de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21205.02

07.16.10		BESREMI (Ropeginterferonum alfa-2b)	OrPha Swiss GmbH		
	21108	sol inj 250 mcg/0.5 ml stylo pré 0.5 ml Fr. 1712.70 (1505.56)		67488001	01.12.2021, A

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

BESREMI est remboursé par les caisses maladie, après consultation du médecin-conseil, en monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints de la maladie de Vaquez (Polycythémie vraie) sans splénomégalie symptomatique et avec indication de traitement cytoréducteur.

La société OrphaSwiss GmbH rembourse, sur demande de la caisse maladie auprès de laquelle le ou la patient(e) est assuré(e) au moment de la prise en charge, un montant forfaitaire sur le prix de fabrication de chaque boîte de BESREMI utilisée dans le cadre du traitement.

Orpha Swiss GmbH informe la caisse maladie du montant de ce remboursement. Le remboursement de la TVA ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrication.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		BRAFTOVI (Encorafenibum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	20874	caps 50 mg blist 28 pce Fr. 780.20 (665.32)		66795001	01.12.2019, A
	20874	caps 75 mg blist 42 pce Fr. 1703.30 (1496.97)		66795002	01.12.2019, A
	20874	caps 75 mg blist 168 pce Fr. 6383.60 (5987.88)		66795004	01.12.2019, A

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

Uniquement en association avec binimétinib pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600.

Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Le traitement doit être approuvé 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 Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Mektovi achetée en association avec Braftovi un pourcentage de 38.60% sur le prix fabricant de chaque boîte de Mektovi (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.

07.16.10		HERZUMA (Trastuzumabum)	iQone Healthcare Switzerland SA		
	21304	subst sèche 150 mg flac 1 pce Fr. 562.45 (475.67)		67892002	01.12.2021, A
	21304	subst sèche 440 mg c solv flac 1 pce Fr. 1586.75 (1390.68)		67892001	01.12.2021, A
07.16.10		LYNPARZA (Olaparibum)	AstraZeneca AG		
	20852	cpr pell 100 mg blist 112 pce Fr. 5360.25 (4989.53)		66745002	01.09.2019, A
	20852	cpr pell 150 mg blist 112 pce Fr. 5360.25 (4989.53)		66745004	01.09.2019, A

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2022

Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne

Monothérapie

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie et après accord de prise en charge par la caisse d'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil concernant le traitement d'entretien (en monothérapie) du cancer sévère de haut grade de l'ovaire de stade avancé (stades FIGO III et IV) avec une mutation du gène BRCA chez les patientes en rémission complète ou partielle (réduction $\geq 30\%$ du volume de la tumeur ou taux de CA-125 n'ayant pas baissé jusqu'aux valeurs normales) suite à une première ligne de chimiothérapie (néo)adjuvante à base de platine et sans signe clinique de progression ou taux de CA-125 en augmentation après la fin de la chimiothérapie, dans les conditions suivantes:

- au moins 6 cycles de chimiothérapie à base de platine ou au moins 4 cycles en cas d'interruption de la chimiothérapie en raison de toxicité
- Maintien du traitement jusqu'à la progression.
- La durée maximale de remboursement du traitement est de 24 mois pour les patientes en rémission complète (aucune tumeur mise en évidence par radiographie) après 2 ans.

Pour les patientes avec une tumeur résiduelle mesurable après un traitement d'une durée supérieure à 24 mois (à partir de 25 mois), la titulaire de l'autorisation rembourse 50% du prix départ usine pour l'achat de toute boîte supplémentaire de Lynparza, sur demande de la caisse d'assurance-maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat. Durant les 24 premiers mois, les montants remboursés sont ceux figurant sur la LS. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en sus de cette partie du prix départ usine. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration.

Des thérapies combinées telles que olaparib avec des traitements immuno-oncologiques ainsi que la reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute ne sont pas remboursés.

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

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne

Traitement en association avec bévacizumab

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie, et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Pour le traitement d'entretien en association avec le bévacizumab dans le cancer sévère de haut grade de l'ovaire de stade avancé (stades FIGO III et IV) avec une mutation du gène BRCA ou une autre déficience de recombinaison homologue (HRD) associée à une instabilité génomique (test Myriad myChoice CDx avec un score d'instabilité génomique [GIS] ≥ 42 ou un autre test validé avec un seuil équivalent) chez les patientes en rémission complète ou partielle suite à une première ligne de chimiothérapie à base de platine et de taxane associée au bévacizumab.

Dans les conditions suivantes:

- Pas de preuve clinique de progression ou taux de CA-125 en augmentation après la fin de la chimiothérapie.
- Au moins 6 cycles et jusqu'à maximum 9 cycles de chimiothérapie à base de platine et de taxane (au moins 4 cycles en cas de toxicité non hématologique due au platine).
- Au moins 3 cycles de bévacizumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine. En cas de chirurgie cytoréductrice d'intervalle, les patientes ne peuvent recevoir que deux cycles de bévacizumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine.
- Le traitement par bévacizumab peut être administré pendant une durée totale maximale de 15 mois (incluant la période d'administration avec la chimiothérapie).
- Le traitement par Lynparza est maintenu jusqu'à la progression de la maladie.
- Pour les patientes en rémission complète (aucune tumeur mise en évidence par radiographie) après 2 ans, la durée maximale de remboursement du traitement est de 24 mois.

En cas de rechute, toutes reprises du traitement pour des lignes de traitement ultérieures sont exclues du remboursement.

Pour l'association de Lynparza avec bévacizumab, une part fixe du prix départ usine doit être remboursée à l'assurance-maladie pour chaque emballage de Lynparza acheté et chaque emballage de bévacizumab acheté.

À la première demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne concernée est assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation de Lynparza rembourse à cette caisse une part fixe du prix départ usine pour tout emballage de Lynparza acheté et utilisé en association avec bévacizumab. Le titulaire de l'autorisation communique le montant du remboursement à l'assurance-maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration du traitement.

Pour une durée de traitement supérieure à 24 mois (à partir du 25e mois), le titulaire de l'autorisation rembourse 50% du prix départ usine pour tout emballage supplémentaire de Lynparza acheté, sur demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne concernée est assurée au moment de l'achat.

Le remboursement de la préparation de bévacizumab utilisée en association avec Lynparza est défini dans la limitation de la préparation de bévacizumab. Pour cette indication sont uniquement remboursées les préparations de bévacizumab qui ont été approuvées avec la limitation olaparib en association avec le bévacizumab correspondante.

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2022

Cancer de l'ovaire récidivant après chimiothérapie

Uniquement après prescription par un gynécologue ou un oncologue et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, comme traitement d'entretien (monothérapie) chez des patients atteints d'un cancer avancé sévère de haut grade de l'ovaire, sensible au platine, et suite à une réponse (partielle ou complète) à une chimiothérapie à base de platine dans les conditions suivantes:

- ≥ 2 chimiothérapies préalables à base de platine, la dernière de ces chimiothérapies à base de platine avec ≥ 4 cycles de thérapie.
- pas de traitement/traitement d'entretien préalable avec des inhibiteurs de PARP.
- Le traitement est poursuivi jusqu'à la progression de la maladie.

Des thérapies combinées telles que olaparib avec des traitements immuno-oncologiques ainsi que la reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute ne sont pas remboursés.

Durant les 24 premiers mois, les montants remboursés sont ceux figurant sur la LS. Pour un traitement d'une durée supérieure (à partir de 25 mois), le titulaire de l'autorisation rembourse 50% du prix départ usine pour l'achat de toute boîte supplémentaire de Lynparza, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat.

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 6 mois qui suivent l'administration.

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2022

Cancer du pancréas après thérapie de première ligne

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en oncologie et après accord de prise en charge par la caisse d'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil concernant le traitement d'entretien (monothérapie) chez des patients adultes atteints d'un adénocarcinome du pancréas métastatique avec mutation du gène gBRCA délétère suspectée ou confirmée dont la maladie n'a pas progressé pendant au moins 16 semaines d'une première ligne de chimiothérapie à base de platine dans les conditions suivantes:

- Statut de performance ECOG 0 - 1
- Le traitement est poursuivi jusqu'à la progression de la maladie.

La reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute n'est pas remboursée.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		MEKTOVI (Binimetinibum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	20875	cpr pell 15 mg blist 84 pce Fr. 2895.70 (2585.05)		66907001	01.12.2019, A
	20875	cpr pell 15 mg blist 168 pce Fr. 5545.35 (5170.10)		66907002	01.12.2019, A

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

Uniquement en association avec l'encorafenib pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600.

Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Le traitement doit être approuvé 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 Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Mektovi achetée en association avec Braftovi un pourcentage de 38.60% sur le prix fabricant de chaque boîte de Mektovi (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.

07.16.10 G		PEMETREXED ZENTIVA (Pemetrexedum)	Helvepharm AG		
	21352	conc perf 100 mg/4 ml flac 1 pce Fr. 143.40 (110.62)		68404001	01.12.2021, A
	21352	conc perf 500 mg/20 ml flac 1 pce Fr. 651.35 (553.10)		68404002	01.12.2021, A
	21352	conc perf 1000 mg/40 ml flac 1 pce Fr. 1274.70 (1106.20)		68404003	01.12.2021, A

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

L'emballage à 1000 mg / 40 ml ne peut être remboursé que pour les patients ayant une surface corporelle de 2 m² ou plus.

07.16.10 G		SUNITINIB ZENTIVA (Sunitinibum)	Helvepharm AG		
	21351	caps 12.5 mg blist 28 pce Fr. 1132.90 (976.88)		68134001	01.12.2021, A
	21351	caps 25 mg blist 28 pce Fr. 2204.15 (1953.62)		68134002	01.12.2021, A
	21351	caps 50 mg blist 28 pce Fr. 4055.05 (3716.13)		68134003	01.12.2021, A

Traitement de patients atteints de tumeurs stromales gastro-intestinales malignes (GIST) en cas de résistance ou d'intolérance au mésylate d'imatinib.

Traitement de patients atteints d'un néphrocarcinome avancé et/ou métastatique.

08.01.80		QUOFENIX (Delafloxacinum)	A. Menarini GmbH		
	21149	cpr 450 mg blist 10 pce Fr. 802.70 (684.95)		67238001	01.12.2021, A
	21195	subst sèche 300 mg flac 10 pce Fr. 802.70 (684.95)		67239001	01.12.2021, A

Pour le traitement des infections bactériennes aiguës de la peau et des tissus mous (IBAPTM) chez l'adulte. Cela inclut les types d'infection suivants: cellulite/érysipèle, infection de plaies, abcès cutané de grande taille ou infection brûlures avec érythème $\geq 75\text{cm}^2$ et ≥ 2 signes systémique d'infection.

Les comprimés de QUOFENIX ne peuvent être utilisés qu'après l'administration de 6 doses de QUOFENIX i.v. La durée totale du traitement est de 5 à 14 jours maximum, selon l'appréciation du médecin. Le traitement par QUOFENIX n'est indiqué que lorsque les autres antibiotiques habituellement recommandés en première intention dans le traitement de ces infections sont jugés inappropriés. Les directives établies concernant l'emploi approprié des principes actifs antimicrobiens, en particulier les recommandations visant à réduire l'augmentation de la résistance contre les antibiotiques, doivent être prises en compte. Par conséquent, la pose de l'indication et le traitement par QUOFENIX ne doivent se faire que sous la direction d'un infectiologue. QUOFENIX ne peut être utilisé qu'en cas d'infections graves et si aucune autre option thérapeutique appropriée ne peut être envisagée.

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
08.01.93 6		CO-AMOXICILLINE DEVATIS (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Devatis AG		
	21344	pdr 312.5 mg p susp fl 100 ml Fr. 20.05 (10.33)		67384001	01.12.2021, A
	21345	pdr 457 mg p susp fl 35 ml Fr. 8.05 (3.46)		67383001	01.12.2021, A
	21345	pdr 457 mg p susp fl 70 ml Fr. 16.15 (6.92)		67383002	01.12.2021, A
	21345	pdr 457 mg p susp fl 140 ml Fr. 25.65 (11.65)		67383003	01.12.2021, A
08.03		EPCLUSA (Sofosbuvirum, Velpatasvirum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	20566	cpr pell 400/100 28 pce Fr. 10317.40 (9825.75)		66095001	01.01.2017, A
<p>Pour le traitement des adultes et des patients pédiatriques âgés de 12 ans et plus ou pesant au moins 30 kg atteints d'hépatite C chronique (HCC) de génotype 1 à 6 ainsi qu'en association à la ribavirine pour le traitement des patients atteints d'HCC de génotype 3 avec cirrhose compensée et des patients atteints d'HCC de génotype 1 à 6 avec cirrhose décompensée.</p> <p>La durée maximale du remboursement est limitée de la manière suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients sans cirrhose: 12 semaines - patients avec cirrhose compensée (le cas échéant en association à la ribavirine chez les patients avec HCC de génotype 3): 12 semaines - patients avec cirrhose décompensée en association à la ribavirine: 12 semaines 					
08.03		HARVONI (Sofosbuvirum, Ledipasvirum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	20308	cpr pell 90/400 28 pce Fr. 14631.30 (14034.42)		65331001	01.02.2015, A
<p>Pour le traitement de l'hépatite C chronique (HCC) de génotype 1 chez l'adulte.</p> <p>La durée maximale du remboursement est limitée de la manière suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients naïfs de tout traitement, sans cirrhose, avec charge virale < 6 millions U.I./ml avant le traitement: 8 semaines ; - patients naïfs de tout traitement, sans cirrhose, avec charge virale ≥ 6 millions U.I./ml avant le traitement: 12 semaines ; - patients naïfs de tout traitement avec cirrhose: 12 semaines ; - patients pré-traités sans cirrhose: 12 semaines; - patients pré-traités avec cirrhose: 12 semaines; - patients après transplantation hépatique, sans cirrhose ou à cirrhose compensée: Harvoni + ribavirine pendant 12 semaines; - patients à cirrhose décompensée, indépendamment du statut de transplantation: Harvoni + ribavirine pendant 12 semaines. <p>Dans le cas d'un traitement de 12 semaines par Harvoni, Gilead Sciences Suisse Sàrl remboursera, sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée à la date de la délivrance du médicament, le prix de fabrique de la troisième boîte du médicament – soit CHF 14'034.42 – si son administration au patient est établie. Un remboursement de la TVA en plus de la somme susmentionnée est exclu. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration.</p> <p>Les thérapies combinées avec d'autres médicaments contre l'hépatite C ne sont pas remboursées.</p>					
08.03		MAVIRET (Glecaprevirum, Pibrentasvirum)	AbbVie AG		
	20698	cpr pell 100 mg/40 mg 84 pce Fr. 15353.10 (14738.63)		66472001	01.12.2017, A
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021</p> <p>Pour le traitement des adultes atteints d'hépatite C chronique (HCC) de génotype 1 à 6.</p> <p>La prescription doit se faire exclusivement par des spécialistes en gastro-entérologie, en particulier les détenteurs du titre d'hépatologue, ou par des spécialistes en infectiologie ainsi que par des médecins sélectionnés expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC. La liste correspondante des médecins expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC est consultable à l'adresse suivante: http://www.bag.admin.ch/sl-ref.</p> <p>Dans le cas d'un traitement de 12 ou 16 semaines avec MAVIRET®, AbbVie AG remboursera, sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée à la date de la délivrance du médicament, le prix de fabrique du troisième/quatrième emballage – soit CHF 14 738.63 par emballage – si son administration au patient est démontrée. Un remboursement de la TVA en plus de la somme susmentionnée est exclu. La demande de remboursement doit être soumise dans les 3 mois suivant l'administration du médicament.</p>					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
08.03		ZEPATIER (Grazoprevirum, Elbasvirum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20504	cpr pell 100/50 28 pce Fr. 9569.20 (9095.80)		65861001	01.05.2016, A
Pour le traitement de l'hépatite C chronique (HCC) de génotype 1 et 4 chez l'adulte.					
La durée maximale du remboursement pour les patients est limitée de la manière suivante:					
- patients naïfs de tout traitement et prétraités ayant le génotype 1a sans polymorphisme de la NS5A* associé à une résistance dans le génome du VHC: 12 semaines					
- patients naïfs de tout traitement et prétraités ayant le génotype 1a avec polymorphisme de la NS5A* associé à une résistance dans le génome du VHC: 16 semaines avec ribavirine					
- patients naïfs de tout traitement ayant le génotype 1b** avec fibrose hépatique de degré 0, 1 ou 2: 8 jusqu'à 12 semaines.					
- patients naïfs de tout traitement ayant le génotype 1b** avec fibrose hépatique de degré 3 ou 4 (score Métavir) et patients prétraités: 12 semaines.					
- patients naïfs de tout traitement ou prétraités ayant le génotype 4 avec récédive (Relapser): 12 semaines.					
- patients prétraités* ayant le génotype 4 avec un échec virologique*** pendant le traitement, sans cirrhose et avec une charge virale basale < 2 000 000 UI/ml: 12 semaines.					
- patients prétraités* ayant le génotype 4 avec un échec virologique*** pendant le traitement: 16 semaines avec ribavirine.					
Lors d'un traitement de 16 semaines avec Zepatier, à la demande de la caisse maladie chez qui la personne assurée était affiliée au moment de la perception, MSD Merck Sharp & Dohme AG rembourse le prix de fabrique de Fr. 9095.80 du quatrième emballage administré de manière démontrable.					
La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration.					
A l'exception de la ribavirine, des combinaisons avec d'autres médicaments pour le traitement de l'HCC ne seront pas remboursées.					
Lors d'une hépatite C chronique du génotype 1a, les coûts du test des polymorphismes de la NS5A associés à une résistance seront pris en charge par la firme MSD Merck Sharp & Dohme AG.					
* Polymorphismes de la NS5A (M28T/A, Q30E/H/R/G/K/L/D, L31M/V/F, H58D et Y93C/H/N)					
** Inclut les patients avec des sous-types connus du génotype 1 chez qui il ne s'agit pas du sous-type 1a ou 1b.					
*** Chez des patients avec un échec virologique pendant le traitement, il s'agit de ceux chez qui, dans le cadre d'un traitement précédent, une non-réponse (Null-Response), une réponse partielle, une percée virologique, respectivement une remontée de la charge virologique (Rebound) ou une intolérance est apparue.					
08.04.10		ATOVAQUON PROGUANIL MEPHA (Atovaquonum, Proguanil hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
G	21346	cpr pell 250/100 blist 12 pce Fr. 39.95 (20.53)		67872001	01.12.2021, A
Traitements des souches de Plasmodium falciparum résistantes et éventuellement comme traitement d'urgence, pour les voyageurs chez lesquels la méfloquine est contre-indiquée.					
⌚ Utilisation à des fins prophylactiques non admise à la charge des assureurs-maladie.					
08.06		POSACONAZOL MYLAN (Posaconazolium)	Mylan Pharma GmbH		
G	21347	cpr pell 100 mg blist 24 pce Fr. 660.65 (561.21)		68121001	01.12.2021, B
	21347	cpr pell 100 mg blist 96 pce Fr. 2523.55 (2244.86)		68121002	01.12.2021, B
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-dysplasique, 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.					
3. Chromoblastomycose et mycétome chez des patients résistants au traitement par l'itraconazole ou présentant une intolérance à l'itraconazole.					
4. Coccidioïdomycose chez des patients résistants au traitement par l'amphotéricine B, l'itraconazole ou le fluconazole ou présentant une intolérance à ces substances.					
11.07.20		VIRGAN (Ganciclovirum)	Théa PHARMA SA		
	21238	gel opht 1.5 mg/g tb 5 g Fr. 26.30 (12.20)		67710001	01.12.2021, A

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
01.01.30		KAPANOL (Morphini sulfas pentahydricus (2:1))	Lipomed AG		
	16626	caps ret 50 mg fl 100 pce Fr. 105.85 (77.91)			01.12.2021, A
	16626	caps ret 100 mg fl 50 pce Fr. 100.80 (73.50)			01.12.2021, A
01.03.10 0		STILNOX (Zolpidemi tartras (2:1))	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	15711	cpr 10 mg blist 14 pce Fr. 8.05 (3.42)		49106001	01.12.2021, B
01.09 0		ZOFAN (Ondansetronum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	^{LI} 15858	conc perf 4 mg/2 ml 10 amp 2 ml Fr. 134.50 (102.88)		50709003	01.12.2021, B
	^{LI} 15858	conc perf 8 mg/4 ml 8 amp 4 ml Fr. 190.65 (151.78)		50709004	01.12.2021, B
Chimiothérapie fortement émétogène.					
^{LI} Seule l'emballage individuel nécessaire pour la thérapie est remboursé. Le prix de l'emballage individuel remis est calculé proportionnellement au prix public de l'emballage utilisé.					
01.10.20		ATTENTIN (Dexamphetamini sulfas)	Salmon Pharma GmbH		
	21176	cpr 20 mg blist 30 pce Fr. 121.15 (91.25)		67475003	01.12.2021, A
Uniquement en traitement de seconde ligne du trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH), soit en cas d'intolérance, de contre-indication ou d'absence de réponse au méthylphénidate chez les enfants à partir de 6 ans et les adolescents jusqu'à 18 ans, dans le cadre d'une stratégie thérapeutique globale. Le diagnostic, l'initiation, ainsi que le suivi du traitement se fait par un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, un spécialiste en médecine de l'enfant et de l'adolescent spécialisé en pédiatrie du développement ou un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Pour les patients traités sur une durée supérieure à un an, il doit être réalisé une nouvelle évaluation de la nécessité de traitement par l'un des médecins spécialistes listés ci-dessus.					
02.07.10 G		TELMISARTAN MEPHA (Telmisartanum)	Mepha Pharma AG		
	20475	cpr 40 mg 30 pce Fr. 28.65 (14.23)		62921009	01.12.2021, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.09 0		ZOFRAN (Ondansetronum)	GlaxoSmithKline AG		
	16638	sirop 4 mg/5 ml 50 ml Fr. 72.65 (48.99)		53591019	01.12.2021, B
02.07.10		LONITEN (Minoxidilum)	Pfizer AG		
	13857	cpr 2.500 mg 30 pce Fr. 17.50 (8.12)		43328018	01.12.2021, B
	13857	cpr 2.500 mg blist 30 pce Fr. 17.50 (8.12)		43328043	01.12.2021, B
	13857	cpr 2.500 mg 100 pce Fr. 43.80 (23.91)		43328026	01.12.2021, B
	13857	cpr 2.500 mg blist 100 pce Fr. 43.80 (23.91)		43328044	01.12.2021, B
		cpr 10 mg blist 100 pce Fr. 90.35 (64.43)		43328046	01.12.2021, B
	13857	cpr 10 mg 100 pce Fr. 90.35 (64.43)		43328042	01.12.2021, B
05.01		LASIX LONG (Furosemidum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	13849	caps 30 mg 50 pce Fr. 9.40 (4.61)		42482021	01.12.2021, B
07.06.20 6		PIOGLITAZON MEPHA (Pioglitazonum)	Mepha Pharma AG		
	19943	cpr 15 mg 28 pce Fr. 36.60 (17.61)		62100001	01.12.2021, B
	19943	cpr 15 mg 98 pce Fr. 87.05 (61.54)		62100002	01.12.2021, B
	19943	cpr 30 mg 28 pce Fr. 43.85 (23.91)		62100003	01.12.2021, B
	19943	cpr 30 mg 98 pce Fr. 112.00 (83.26)		62100004	01.12.2021, B
	19943	cpr 45 mg 28 pce Fr. 49.30 (28.68)		62100005	01.12.2021, B
	19943	cpr 45 mg 98 pce Fr. 131.00 (99.82)		62100006	01.12.2021, B
07.08.30		PRODAFEM (Medroxyprogesteroni acetat)	Pharmacia AG		
	11445	cpr 2.500 mg 3x 28 pce Fr. 17.45 (8.07)		30773160	01.12.2021, B
	11445	cpr 5 mg 3x 10 pce Fr. 14.10 (5.13)		30773101	01.12.2021, B
	11445	cpr 5 mg 3x 12 pce Fr. 15.65 (6.47)		30773128	01.12.2021, B
	11445	cpr 5 mg 3x 28 pce Fr. 27.40 (13.14)		30773136	01.12.2021, B
	11445	cpr 10 mg 3x 10 pce Fr. 18.45 (8.94)		30773144	01.12.2021, B
	11445	cpr 10 mg 3x 12 pce Fr. 20.50 (10.70)		30773152	01.12.2021, B
07.13.30		ALUTARD SQ MÉLANGE 6-GRAMINÉS (Pollinis allergeni extractum, Pollinis allergeni extractum, Pollinis allergeni extractum)	ALK-Abelló AG		
	19814	susp inj trait dép 4x 5 ml Fr. 359.40 (298.80)		60709001	01.12.2021, A
07.13.30		ALUTARD SQ EQUUS CABALLUS (Pellis allergeni extractum (Equus caballus), Pellis allergeni extractum (Equus caballus), Pellis allergeni extractum (Equus caballus))	ALK-Abelló AG		
	19822	susp inj trait dép 4x 5 ml Fr. 359.40 (298.80)		60690001	01.12.2021, A
	19822	susp inj trait cont 5 ml Fr. 291.10 (239.28)		60690002	01.12.2021, A
07.16.10		KEYTRUDA (Pembrolizumabum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20416	conc perf 100 mg/4 ml flac 1 pce Fr. 2548.15 (2267.29)		66231001	01.12.2021, A

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
10.02		AIROL (Tretinoinum)	Pierre Fabre (Suisse) S.A.		
	11936	crème 0.050% tb 20 g Fr. 7.70 (3.13)		38009028	01.12.2021, B
	11937	lot 0.050% fl 50 ml Fr. 9.45 (4.64)		38008013	01.12.2021, B
10.02		AKNILOX (Erythromycinum)	Drossapharm AG		
	16173	gel 2% 30 g Fr. 15.80 (6.64)		51303032	01.12.2021, B
	16173	gel 4% 30 g Fr. 16.65 (7.36)		51303040	01.12.2021, B
14.02		MULTIHANCE (Dimeglumini gadobenas)	Bracco Suisse SA		
	18030	sol inj 5.290 g/10 ml flac 10 ml Fr. 76.05 (51.97)		56212001	01.12.2021, B
	18030	sol inj 5.290 g/10 ml ser prête 10 ml Fr. 76.05 (51.97)		56212006	01.12.2021, B
	18030	sol inj 7.935 g/15 ml flac 15 ml Fr. 97.55 (70.68)		56212003	01.12.2021, B
	18030	sol inj 10.580 g/20 ml flac 20 ml Fr. 119.00 (89.38)		56212005	01.12.2021, B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS					
ORKAMBI cpr pell 100 mg/125 mg (à partir de 6 ans) 112 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20543	11885.00	11355.11
cpr pell 200 mg/125 mg (à partir de 12 ans) 112 pce			20543	11885.00	11355.11
gran 100 mg/125 mg (à partir de 2 ans) sach 56 pce			20543	11885.00	11355.11
gran 150 mg/188 mg (à partir de 2 ans) sach 56 pce			20543	11885.00	11355.11
SYMDEKO cpr pell 56 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20914	13464.85	12896.42
TALZENNA caps 0.25 mg fl 30 pce	Pfizer AG	071610	20978	1980.90	1750.07
caps 1 mg fl 30 pce			20978	5628.15	5250.89
IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
ABILIFY sirop 1 mg/ml (nouv) fl 150 ml	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH	010500	19044	131.30	100.08
ABILIFY MAINTENA DEPOT susp inj 400 mg ser. préremplie 1 pce	Lundbeck (Schweiz) AG	010500	20501	409.05	342.02
susp inj 300 mg kit inj 1 pce			20241	409.05	342.02
ACCOFIL sol inj 300 mcg/0.5 ml ser pré 5 ser pré 0.5 ml	Accord Healthcare AG	060730	20992	479.65	403.51
sol inj 480 mcg/0.5 ml ser pré 5 ser pré 0.5 ml			20992	668.45	568.00
ACETALGINE supp 125 mg 10 pce	Streuli Pharma AG	010110	15570	2.90	1.56
supp 250 mg 10 pce			15570	3.15	1.72
supp 500 mg 10 pce			15570	3.65	1.97
ACTIQ cpr buccogingivaux av applicateur intégré 200 mcg 3 pce	Teva Pharma AG	010130	18126	44.95	24.86
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 200 mcg 30 pce			18126	287.45	236.11
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 400 mcg 3 pce			18126	44.95	24.86
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 400 mcg 30 pce			18126	287.45	236.11
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 600 mcg 3 pce			18126	44.95	24.86
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 600 mcg 30 pce			18126	287.45	236.11
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 800 mcg 3 pce			18126	44.95	24.86
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 800 mcg 30 pce			18126	287.45	236.11
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 1200 mcg 3 pce			18126	44.95	24.86
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 1200 mcg 30 pce			18126	287.45	236.11
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 1600 mcg 3 pce			18126	44.95	24.86
cpr buccogingivaux av applicateur intégré 1600 mcg 30 pce			18126	287.45	236.11

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ACYCLOVIR HELVEPHARM crème 50 mg/g 5 g	Helvepharm AG	100930	17652	9.65	4.85
crème 50 mg/g 2x5 g			17652	19.35	9.70
ACYCLOVIR ZENTIVA crème 50 mg/g tb 5 g	Helvepharm AG	100930	17652	9.65	4.85
crème 50 mg/g 2 x tb 5 g			17652	19.35	9.70
ADVANTAN crème 0.100 % 30 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100510	15967	14.70	5.66
crème 0.100 % 50 g			15967	18.10	8.63
ong 0.100 % 30 g			15968	14.70	5.66
ong 0.100 % 50 g			15968	18.10	8.63
ong gras 0.100 % 30 g			15969	14.70	5.66
ADVATE subst sèche 250 UI c solv 2 ml flac 1 pce	Takeda Pharma AG	060110	18009	247.30	201.26
subst sèche 500 UI c solv 2 ml flac 1 pce			18009	452.35	401.32
subst sèche 1000 UI c solv 2 ml flac 1 pce			18009	863.30	802.25
subst sèche 1500 UI c solv 2 ml flac 1 pce			18009	1272.60	1201.54
subst sèche 2000 UI c solv 5 ml flac 1 pce			18009	1683.20	1602.14
subst sèche 3000 UI c solv 5 ml flac 1 pce			18009	2504.25	2403.18
ADYNOVI subst sèche 250 UI cum solv 5 ml 1 pce	Takeda Pharma AG	060110	20527	268.20	221.68
subst sèche 500 UI cum solv 5 ml 1 pce			20527	495.45	443.36
subst sèche 1000 UI cum solv 5 ml 1 pce			20527	949.90	886.73
subst sèche 1500 UI cum solv 2 ml 1 pce			20527	1404.30	1330.07
subst sèche 2000 UI cum solv 5 ml 1 pce			20527	1858.75	1773.42
subst sèche 3000 UI cum solv 5 ml 1 pce			20527	2767.65	2660.14
AFSTYLA subst sèche 250 UI c solv+set flac 1 pce	CSL Behring Lengnau AG	060110	20609	257.35	211.09
subst sèche 500 UI c solv+set flac 1 pce			20609	473.10	421.58
subst sèche 1000 UI c solv+set flac 1 pce			20609	906.35	844.22
subst sèche 1500 UI c solv flac 1 pce			20609	1329.25	1256.83
subst sèche 2000 UI c solv+set flac 1 pce			20609	1766.90	1683.82
subst sèche 3000 UI c solv+set flac 1 pce			20609	2618.90	2515.01
ALBUMIN CSL 20 % sol perf 100 ml			CSL Behring AG	060110	8329
sol perf 50 ml	8329	56.60			35.00
ALBUMIN CSL 5 % sol perf 100 ml	CSL Behring AG	060110	8329	37.90	18.73
sol perf 250 ml			8329	68.75	45.60
sol perf 500 ml			8329	117.90	88.42

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ALDACTONE cpr pell 25 mg 20 pce cpr pell 25 mg 100 pce cpr pell 50 mg 20 pce cpr pell 50 mg 50 pce cpr pell 100 mg 30 pce cpr pell 100 mg 100 pce	Pfizer AG	050100	9413 9413 9413 9413 9413 9413	5.80 15.75 7.40 15.15 17.05 39.75	1.48 6.58 2.88 6.04 7.69 20.33
ALFUZOSINE AXAPHARM cpr ret 10 mg 10 pce cpr ret 10 mg 30 pce cpr ret 10 mg 90 pce	Axapharm AG	050200	19005 19005 19005	9.85 28.35 60.15	4.99 13.97 38.12
ALFUZOSIN MEPHA RETARD cpr ret 10 mg blist 10 pce cpr ret 10 mg blist 30 pce cpr ret 10 mg blist 90 pce	Mepha Pharma AG	050200	21190 21190 21190	9.70 28.25 60.15	4.89 13.91 38.12
ALFUZOSINE SANDOZ cpr ret 10 mg 10 pce cpr ret 10 mg 30 pce cpr ret 10 mg 90 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	050200	18334 18334 18334	9.70 28.25 60.15	4.89 13.91 38.12
ALFUZOSINE UNO ZENTIVA cpr ret 10 mg 10 pce cpr ret 10 mg 30 pce cpr ret 10 mg 90 pce	Helvepharm AG	050200	18465 18465 18465	9.70 28.25 60.15	4.89 13.91 38.12
ALOXI caps 500 mcg 1 pce	Vifor SA	010900	20104	92.95	66.66
ALPROLIX subst sèche 250 UI cum solv flac 1 pce subst sèche 500 UI cum solv flac 1 pce subst sèche 1000 UI cum solv flac 1 pce subst sèche 2000 UI cum solv flac 1 pce subst sèche 3000 UI c solv (nouv) flac 1 pce	Swedish Orphan Biovitrum AG	060110	20572 20572 20572 20572 20572	390.85 740.70 1440.45 2839.90 4239.30	341.33 682.65 1365.31 2730.61 4095.92
ANAFRANIL drag 10 mg 30 pce drag 10 mg 200 pce drag 25 mg 30 pce drag 25 mg 200 pce	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	010600	10585 10585 10585 10585	5.80 17.60 6.95 28.20	1.47 8.19 2.47 13.84
ANAFRANIL SR 75 Divitabs 75 mg 20 pce Divitabs 75 mg 100 pce	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	010600	14239 14239	9.80 41.80	4.96 22.14
ARICEPT EVESS cpr orodisp 10 mg 28 pce cpr orodisp 5 mg 28 pce cpr orodisp 5 mg 98 pce cpr orodisp 10 mg 98 pce	Pfizer AG	019900	19112 19112 19112 19112	77.20 77.20 229.25 229.25	52.97 52.97 185.42 185.42
ARIPIPRAZOL NOBEL sirop 1 mg/ml fl 150 ml	NOBEL Pharma Schweiz AG	010500	21224	119.80	90.07

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ASPIRINE CARDIO cpr pell 100 mg 28 pce cpr pell 100 mg 90 pce cpr pell 100 mg 98 pce cpr pell 300 mg 30 pce cpr pell 300 mg 90 pce	Bayer (Schweiz) AG	060320	16068 16068 16068 16068 16068	6.45 14.90 15.50 7.05 16.15	2.05 5.84 6.35 2.58 6.91
ASS CARDIO SPIRIG HC cpr pell 100 mg 30 pce cpr pell 100 mg 60 pce cpr pell 100 mg 100 pce cpr pell 100 mg fl 100 pce cpr pell 100 mg 120 pce	Spirig HealthCare AG	060320	18690 18690 18690 18690 18690	6.60 9.15 14.85 14.85 16.70	2.19 4.38 5.79 5.79 7.42
AUBAGIO cpr pell 14 mg 28 pce cpr pell 14 mg 84 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	20065 20065	1313.35 3755.90	1141.42 3424.27
AVODART caps 0.500 mg 30 pce caps 0.500 mg 90 pce	GlaxoSmithKline AG	059900	17837 17837	41.00 90.05	21.41 64.14
AVONEX sol inj avec aiguilles 4 ser prêt 0.500 ml	Biogen Switzerland AG	019900	18019	1095.30	942.59
AVONEX PEN sol inj 4 stylo prérempl 0.500 ml	Biogen Switzerland AG	019900	19514	1095.30	942.59
AXURA cpr pell 10 mg 50 pce cpr pell 20 mg 98 pce	Merz Pharma (Schweiz) AG	019900	17962 17962	72.05 228.80	48.48 185.02
AXURA SOLUTION sol fl dos 100 g	Merz Pharma (Schweiz) AG	019900	17963	149.45	115.89
AXURA EMB DÉPART cpr pell 7x5,7x10,7x15,7x20 mg 28 pce	Merz Pharma (Schweiz) AG	019900	17962	51.60	30.68
BAIN EXTRA DOUX liq Widmer 250 ml	Louis Widmer AG	101000	12915	12.45	6.75
BALMED HERMAL F BAIN HUILE liq 200 ml liq 500 ml	Almirall AG	101000	13131 13131	9.25 15.25	5.01 8.27
BALMED HERMAL BAIN HUILE liq 200 ml liq 500 ml	Almirall AG	101000	12524 12524	9.25 14.50	5.01 7.87
BALMED HERMAL PLUS BAIN HUILE liq 200 ml liq 500 ml	Almirall AG	101000	15386 15386	9.25 14.45	5.01 7.82
BENEFIX subst sèche 250 UI c solv flac 5 ml subst sèche 500 UI c solv flac 5 ml subst sèche 1000 UI c solv flac 5 ml subst sèche 2000 UI c solv flac 5 ml subst sèche 3000 UI c solv flac 5 ml	Pfizer AG	060110	17063 17063 17063 17063 17063	241.50 442.40 843.35 1645.70 2394.80	195.59 391.59 782.78 1565.55 2296.41
BEN-U-RON sirop 200 mg/5 ml av sering doseu fl 100 ml	Nutrimed SA	010110	13550	3.50	1.89

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
BERIATE subst sèche 500 UI c solv + set flac 1 pce	CSL Behring AG	060110	17540	408.50	358.55
subst sèche 1000 UI c solv + set flac 1 pce			17540	775.95	717.02
BERINERT subst sèche 500 UI/10 ml c solv nouv set 1 pce	CSL Behring AG	060110	16778	736.20	678.25
BETAFERON subst sèche c solv ser prêt 15 pce	Bayer (Schweiz) AG	019900	16480	1051.95	903.06
BETMIGA cpr ret 25 mg 30 pce	Astellas Pharma AG	050200	20198	58.60	36.74
cpr ret 25 mg 90 pce			20198	140.55	108.15
cpr ret 50 mg 30 pce			20198	58.60	36.74
cpr ret 50 mg 90 pce			20198	140.55	108.15
BETNOVATE crème 30 g	GlaxoSmithKline AG	100510	12092	8.20	3.58
lot 20 ml			12441	6.90	2.44
ong 30 g			12089	8.20	3.58
BETNOVATE SCALP APPL liq 30 ml	GlaxoSmithKline AG	100510	12095	9.40	4.61
liq 100 ml			12095	25.45	11.45
BINOCRIT sol inj 1000 UI/0.5 ml 6 ser prête 0.500 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	060730	19007	66.15	43.32
sol inj 2000 UI/ml 6 ser prête 1 ml			19007	115.70	86.50
sol inj 3000 UI/0.3 ml 6 ser prête 0.300 ml			19007	165.25	129.68
sol inj 4000 UI/0.4 ml 6 ser prête 0.400 ml			19007	214.70	172.74
sol inj 5000 UI/0.5 ml 6 ser prête 0.500 ml			19007	264.50	216.12
sol inj 6000 UI/0.6 ml 6 ser prête 0.600 ml			19007	313.85	259.11
sol inj 8000 UI/0.8 ml 6 ser prête 0.800 ml			19007	412.55	345.09
sol inj 10000 UI/ml 6 ser prête 1 ml			19007	512.10	431.79
BRIVIACT cpr pell 10 mg 14 pce	UCB-Pharma SA	010710	20506	56.15	34.62
cpr pell 25 mg 56 pce			20506	170.55	134.27
cpr pell 50 mg 56 pce			20506	170.55	134.27
cpr pell 75 mg 56 pce			20506	170.55	134.27
cpr pell 100 mg 56 pce			20506	170.55	134.27
sol 10 mg/ml buvable 300 ml			20510	183.25	145.34
CABASER cpr 1 mg (nouv) fl 20 pce	Pfizer AG	010800	17357	58.65	36.82
cpr 2 mg (nouv) fl 20 pce			17357	70.70	47.29
CARBAMIDE VAS 0.03 crème Widmer 30 ml	Louis Widmer AG	100700	12215	9.65	4.82
crème Widmer 100 ml			12215	17.55	8.14
CARDIAX ASS cpr pell 100 mg 60 pce	Drossapharm AG	060320	14277	9.15	4.38
cpr pell 100 mg 120 pce			14277	17.00	7.66
CICLOPOLI VERNIS À ONGLES liq 8 % 3.300 ml	Polichem SA, Lussemburgo, succursale di Mendrisio	100941	19124	26.80	12.61
liq 8 % 6.600 ml			19124	40.00	20.54

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
CINRYZE subst sèche 500 U c solv (nouv) flac 2 pce	Takeda Pharma AG	060110	19896	1457.60	1382.03
CLARISCAN sol inj 2.793 g/10 ml flac 10 ml	GE Healthcare AG	140200	20689	54.80	33.46
sol inj 2.793 g/10 ml ser pré 10 ml			20689	54.80	33.46
sol inj 4.189 g/15 ml flac 15 ml			20689	68.60	45.47
sol inj 4.189 g/15 ml ser pré 15 ml			20689	68.60	45.47
sol inj 5.586 g/20 ml flac 20 ml			20689	82.35	57.46
sol inj 5.586 g/20 ml ser pré 20 ml			20689	82.35	57.46
sol inj 13.965 g/50 ml fl pp 50 ml			20689	170.05	133.86
sol inj 27.930 g/100 ml fl pp 100 ml			20689	323.75	267.71
CLOPIN ECO cpr 25 mg 50 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010500	17998	18.20	8.69
cpr 100 mg 50 pce			17998	42.65	22.86
CODICONTIN cpr ret 60 mg (nouv) 30 pce	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	16445	27.30	13.07
cpr ret 60 mg (nouv) 60 pce			16445	42.85	23.05
cpr ret 90 mg (nouv) 30 pce			16445	36.90	17.87
cpr ret 90 mg (nouv) 60 pce			16445	54.85	33.51
cpr ret 120 mg (nouv) 30 pce			16445	41.05	21.48
cpr ret 120 mg (nouv) 60 pce			16445	63.45	41.00
COMTAN cpr pell 200 mg bte 30 pce	Orion Pharma AG	010800	17305	42.50	22.72
cpr pell 200 mg bte 100 pce			17305	99.75	72.60
CONTRACTUBEX gel tb 20 g	Merz Pharma (Schweiz) AG	109900	11086	13.50	7.31
gel tb 50 g			11086	29.05	15.74
COPAXONE sol inj 20 mg/ml 28 ser pré 1 ml	Teva Pharma AG	019900	18034	1004.70	860.87
sol inj 40 mg/ml 12 ser pré 1 ml			18034	952.35	815.29
COPAXONE PEN sol inj 40 mg/ml 12 stylo pré 1 ml	Teva Pharma AG	019900	21051	952.35	815.29
CUTIVATE ong tb 30 g	GlaxoSmithKline AG	100510	16421	8.80	4.08
CYKLOKAPRON cpr 500 mg 30 pce	MEDA Pharma GmbH	060600	11586	26.10	12.02
DAIVOBET ong tb 30 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100300	17792	46.05	25.84
ong tb 60 g			17792	68.60	45.45
gel 60 g			19430	62.40	40.08
gel 2x 60 g			19430	97.40	70.56
DALACIN T ÉMULSION ANTI ACNÉ émuls 1 % 60 ml	Pfizer AG	100200	15277	25.70	11.68
DALMADORM cpr 30 mg 10 pce	MEDA Pharmaceuticals Switzerland GmbH	010310	12711	7.70	3.12
cpr 30 mg 30 pce			12711	17.40	8.03
cpr 30 mg 100 pce			12711	47.10	26.76
DALMADORM MITE cpr 15 mg 10 pce	MEDA Pharmaceuticals Switzerland GmbH	010310	12711	6.70	2.25
cpr 15 mg 30 pce			12711	14.85	5.78
cpr 15 mg 100 pce			12711	38.50	19.25

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
DEPAKINE CHRONO cpr pell 300 mg sécables 100 pce cpr pell 500 mg sécables 60 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010720	15111 15111	26.90 28.05	12.73 13.71
DETRUSITOL SR caps ret 4 mg 14 pce caps ret 4 mg 56 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	050200	17637 17637	26.00 71.15	11.93 47.69
DICYNONE sol inj 250 mg 4 amp 2 ml	OM Pharma SA	060200	10996	9.35	4.59
DIPROGENTA ong tb 30 g crème tb 10 g crème tb 30 g	Organon GmbH	100520	12171 12172 12172	19.35 8.75 19.35	9.73 4.04 9.73
DIPROSALIC ong 30 g sol 30 ml sol 100 ml	Organon GmbH	100520	12281 13151 13151	15.95 17.35 38.65	6.77 7.95 19.38
DIPROSONE crème 0.050% 30 g	Organon GmbH	100510	12068	8.65	3.95
DONÉPÉZIL MEPHA lactabs 5 mg 30 pce lactabs 5 mg 50 pce lactabs 5 mg 100 pce lactabs 10 mg 30 pce lactabs 10 mg 50 pce lactabs 10 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	019900	19911 19911 19911 19911 19911 19911	72.50 109.70 201.00 72.50 109.70 201.00	48.86 81.28 160.82 48.86 81.28 160.82
DONÉPÉZIL SANDOZ cpr pell 5 mg 28 pce cpr pell 5 mg 98 pce cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 98 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	019900	19921 19921 19921 19921	68.10 197.35 68.10 197.35	45.03 157.61 45.03 157.61
DONÉPÉZIL SPIRIG HC cpr pell 5 mg 28 pce cpr pell 5 mg 98 pce cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 98 pce	Spirig HealthCare AG	019900	20237 20237 20237 20237	68.70 197.35 68.70 197.35	45.55 157.61 45.55 157.61
DONEPEZIL ZENTIVA cpr pell 5 mg blist 28 pce cpr pell 5 mg blist 98 pce cpr pell 10 mg blist 28 pce cpr pell 10 mg blist 98 pce	Helvepharm AG	019900	20888 20888 20888 20888	68.10 197.35 68.10 197.35	45.03 157.61 45.03 157.61
DOTAGRAF sol inj 2.793 g/10 ml amp 10 ml sol inj 4.189 g/15 ml amp 15 ml sol inj 5.586 g/20 ml amp 20 ml sol inj 16.760 g/60 ml amp 60 ml sol inj 27.930 g/100 ml amp 100 ml	Berlis AG	140200	20448 20448 20448 20448 20448	54.80 68.60 82.35 200.80 323.75	33.46 45.47 57.46 160.63 267.71

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
DOTAREM sol inj 2.793 g/10 ml flac 10 ml sol inj 4.189 g/15 ml flac 15 ml sol inj 5.586 g/20 ml flac 20 ml sol inj 16.760 g/60 ml flac 60 ml sol inj 2.793 g/10 ml ser prêt plast 10 ml sol inj 4.189 g/15 ml ser prêt plast 15 ml sol inj 5.586 g/20 ml ser prêt plast 20 ml	Guerbet AG	140200	15913 15913 15913 15913 15913 15913 15913	71.25 90.95 110.65 299.10 71.25 90.95 110.65	47.80 64.96 82.09 246.27 47.80 64.96 82.09
DUAC ACNÉ gel tb 30 g	GlaxoSmithKline AG	100200	18829	29.20	14.73
DUOFER cpr pell adult (nouv) blist 40 pce cpr pell adult (nouv) blist 100 pce	Andreabal AG	060711	12038 12038	12.25 26.80	6.63 14.53
DUOFER FOL cpr pell (nouveau) blist 40 pce cpr pell (nouveau) blist 100 pce	Andreabal AG	060711	16285 16285	14.20 31.20	7.69 16.90
DUOPLAVIN cpr 75/100 28 pce cpr 75/100 84 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	060320	19292 19292	50.75 119.50	29.93 89.80
EBIXA cpr pell 10 mg 50 pce cpr pell 20 mg 98 pce	Lundbeck (Schweiz) AG	019900	17960 17960	74.95 228.80	51.01 185.02
EBIXA EMB DÉPART cpr pell 7x5,7x10,7x15,7x20 mg 28 pce	Lundbeck (Schweiz) AG	019900	17960	54.50	33.18
EFFENTORA cpr bucc 100 mcg 4 pce cpr bucc 100 mcg 28 pce cpr bucc 200 mcg 4 pce cpr bucc 200 mcg 28 pce cpr bucc 400 mcg 28 pce cpr bucc 600 mcg 28 pce cpr bucc 800 mcg 28 pce	Teva Pharma AG	010130	19449 19449 19449 19449 19449 19449 19449	51.35 261.00 52.65 270.10 270.10 270.10 270.10	30.45 213.07 31.57 220.98 220.98 220.98 220.98
EFIENT cpr pell 5 mg 28 pce cpr pell 5 mg 98 pce cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 98 pce	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	060320	19071 19071 19071 19071 19071	58.00 162.10 58.00 61.00 162.10	36.25 126.90 36.25 38.84 126.90
ELIDEL crème 1 % 30 g crème 1 % 60 g	MEDA Pharma GmbH	100400	17886 17886	48.85 73.35	28.28 49.60
ELIQUIS cpr pell 2.5 mg 20 pce cpr pell 2.5 mg blist 56 pce cpr pell 2.5 mg 100 pce cpr pell 2.5 mg blist 168 pce cpr pell 5 mg 56 pce cpr pell 5 mg 100 pce cpr pell 5 mg 168 pce	Bristol-Myers Squibb SA	060340	19459 19459 19459 19459 19459 19459 19459	43.25 91.60 150.65 242.00 91.60 150.65 242.00	23.39 65.50 116.95 196.51 65.50 116.95 196.51

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ELOCOM crème 1 mg/g 30 g sol 1 mg/g 30 ml sol 1 mg/g 100 ml crème 1 mg/g 50 g ong 1 mg/g 30 g ong 1 mg/g 50 g	Organon GmbH	100510	15644 16094 16094 15644 15645 15645	14.50 15.20 34.05 17.50 14.50 17.50	5.48 6.08 15.37 8.10 5.48 8.10
ELOCTA subst sèche 250 UI c solv set 1 pce subst sèche 500 UI c solv set 1 pce subst sèche 1000 UI c solv set 1 pce subst sèche 1500 UI c solv set 1 pce subst sèche 2000 UI c solv set 1 pce subst sèche 3000 UI c solv set 1 pce	Swedish Orphan Biovitrum AG	060110	20508 20508 20508 20508 20508 20508	265.45 489.90 938.80 1387.75 1836.65 2734.45	218.98 437.95 875.92 1313.88 1751.83 2627.75
ELOTRANS pdr 20 sach 6.030 g	Helvepharm AG	059900	14383	8.45	4.58
EMEND caps 1x125 mg, 2x80 mg 3 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	010900	17967	84.90	59.67
EMOVATE crème 30 g ong 30 g	GlaxoSmithKline AG	100510	13839 13840	8.05 8.05	3.46 3.46
EMSELEX cpr ret 7.500 mg 14 pce cpr ret 7.500 mg 56 pce cpr ret 15 mg 14 pce cpr ret 15 mg 56 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	050200	18253 18253 18253 18253	33.90 86.30 33.90 86.30	15.24 60.90 15.24 60.90
EPLERENON MEPHA Lactab 25 mg 30 pce Lactab 25 mg 100 pce Lactab 50 mg 30 pce Lactab 50 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	050100	20560 20560 20560 20560	64.75 177.70 64.75 177.70	42.11 140.52 42.11 140.52
EPLÉRENONE SANDOZ cpr pell 25 mg 30 pce cpr pell 25 mg 100 pce cpr pell 50 mg 30 pce cpr pell 50 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	050100	20583 20583 20583 20583	64.75 177.70 64.75 177.70	42.10 140.52 42.10 140.52
EPLERENON SPIRIG HC cpr pell 25 mg 30 pce cpr pell 25 mg 100 pce cpr pell 50 mg 30 pce cpr pell 50 mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	050100	20564 20564 20564 20564	64.75 177.70 64.75 177.70	42.10 140.52 42.10 140.52
EPOGAM 1000 VEGICAPS SOFT caps 1000 mg 120 pce caps 1000 mg 240 pce	Zeller Medical AG Pflanzliche Heilmittel	600400	17685 17685	77.10 135.55	41.80 73.48

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
EPOTHETA TEVA	Teva Pharma AG	060730			
sol inj 1000 UI/0.5 ml avec capuchon 6 pce			19293	69.05	45.86
sol inj 2000 UI/0.5 ml avec capuchon 6 pce			19293	121.70	91.73
sol inj 3000 UI/0.5 ml avec capuchon 6 pce			19293	174.35	137.60
sol inj 4000 UI/0.5 ml avec capuchon 6 pce			19293	227.00	183.47
sol inj 5000 UI/0.5 ml avec capuchon 6 pce			19293	278.90	228.64
sol inj 10000 U/ml avec capuchon 6 pce			19293	517.00	436.08
sol inj 20000 U/ml avec capuchon 4 pce			19293	707.20	601.74
sol inj 30000 U/ml avec capuchon 4 pce			19293	1030.95	883.95
EPREX	Janssen-Cilag AG	060730			
sol inj 1000 UI/0.5 ml (Protecs) 6 ser prête 0.500 ml			15497	71.50	47.98
sol inj 2000 UI/0.5 ml (Protecs) 6 ser prête 0.500 ml			15497	126.55	95.96
sol inj 3000 UI/0.3 ml (Protecs) 6 ser prête 0.300 ml			15497	181.65	143.94
sol inj 4000 UI/0.4 ml (Protecs) 6 ser prête 0.400 ml			15497	236.75	191.93
sol inj 5000 UI/0.5 ml (Protecs) 6 ser prête 0.500 ml			15497	291.80	239.91
sol inj 10000 U/ml (Protecs) 6 ser prête 1 ml			15497	567.20	479.81
sol inj 20000 UI/0.5 ml (Protecs) ser prête 0.500 ml			15497	200.00	159.93
sol inj 30000 UI/0.75 ml (Protecs) ser prête 0.750 ml			15497	291.80	239.91
sol inj 40000 U/ml (Protecs) ser prête 1 ml			15497	383.60	319.88
EQUASYM XR	Takeda Pharma AG	011020			
caps ret 10 mg 30 pce			19948	41.00	21.41
caps ret 10 mg 60 pce			19948	59.65	37.69
caps ret 20 mg 30 pce			19948	50.90	30.06
caps ret 20 mg 60 pce			19948	77.15	52.90
caps ret 30 mg 30 pce			19948	61.05	38.89
caps ret 30 mg 60 pce			19948	95.00	68.45
ESPEROCT	Novo Nordisk Pharma AG	060110			
subst sèche 500 UI c solv flac 1 pce			20921	494.40	442.32
subst sèche 1000 UI c solv flac 1 pce			20921	947.75	884.65
subst sèche 1500 UI c solv flac 1 pce			20921	1401.15	1326.98
subst sèche 2000 UI c solv flac 1 pce			20921	1854.55	1769.30
subst sèche 3000 UI c solv flac 1 pce			20921	2761.30	2653.95
EUCERIN URÉE	Beiersdorf AG Derma	101000			
crème 10% 100 ml			18148	7.75	4.20
EUCERIN URÉE LOTION	Beiersdorf AG Derma	101000			
lot 10% 250 ml			18149	10.80	5.85

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
EXELON	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
caps 1.500 mg 28 pce			16871	43.65	23.73
caps 1.500 mg 56 pce			16871	65.20	42.53
caps 1.500 mg 112 pce			16871	123.45	93.27
caps 3 mg 28 pce			16871	43.65	23.73
caps 3 mg 56 pce			16871	65.20	42.53
caps 3 mg 112 pce			16871	123.45	93.27
caps 4.500 mg 28 pce			16871	43.65	23.73
caps 4.500 mg 112 pce			16871	123.45	93.27
caps 6 mg 28 pce			16871	43.65	23.73
caps 6 mg 112 pce			16871	123.45	93.27
sol 2 mg/ml 120 ml			17359	95.60	68.98
EXELON PATCH 10	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
patchs mat 9.500 mg/24h 30 pce			18730	77.50	53.24
patchs mat 9.500 mg/24h 60 pce			18730	138.65	106.48
EXELON PATCH 15	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
patchs mat 13.300 mg/24h 30 pce			18730	77.50	53.24
patchs mat 13.300 mg/24h 60 pce			18730	138.65	106.48
EXELON PATCH 5	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
patchs mat 4.600 mg/24h 30 pce			18730	77.50	53.24
FERRIPROX	Nordic Pharma GmbH	069900			
cpr pell 500 mg 100 pce			17705	240.35	195.09
FERRUM HAUSMANN	Vifor (International) Inc.	060711			
caps 100 mg 30 pce			11257	8.65	4.68
caps 100 mg 100 pce			11257	24.40	13.23
FIBRYGA	Octapharma AG	060110			
subst sèche 1 g flac 1 pce			20857	493.15	441.12
subst sèche 1 g c solv flac 1 pce			20857	493.15	441.12
FILGRASTIM TEVA	Teva Pharma AG	060730			
sol inj 30 mio U/0.5 ml ser prête 0.500 ml			19196	106.90	78.83
sol inj 30 mio U/0.5 ml 5 ser prête 0.500 ml			19196	479.65	403.51
sol inj 48 mio U/0.8 ml ser prête 0.800 ml			19196	146.80	113.60
sol inj 48 mio U/0.8 ml 5 ser prête 0.800 ml			19196	668.45	568.00
FOCALIN XR	Novartis Pharma Schweiz AG	011020			
caps ret 5 mg 30 pce			19167	50.45	29.68
caps ret 5 mg 100 pce			19167	112.95	84.12
caps ret 10 mg 30 pce			19167	56.50	34.92
caps ret 10 mg 100 pce			19167	130.00	98.96
caps ret 15 mg 30 pce			19167	68.50	45.38
caps ret 15 mg 100 pce			19167	163.95	128.54
caps ret 20 mg 30 pce			19167	76.55	52.39
caps ret 20 mg 100 pce			19167	186.80	148.44
FUCIDIN	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100920			
crème 2% tb 15 g			16612	8.60	3.90
ong 2% tb 15 g			16611	8.60	3.90
crème 2% tb 30 g			16612	16.45	7.20
ong 2% tb 30 g			16611	16.45	7.20

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
GADOVIST 1.0 sol inj ser pré 5 ml sol inj ser pré 7.500 ml sol inj ser pré 10 ml sol inj ser pré 15 ml sol inj vial 2 ml sol inj vial 30 ml sol inj vial 65 ml	Bayer (Schweiz) AG	140200	17102 17102 17102 17102 17102 17102 17102	71.85 99.55 110.65 167.10 28.40 257.95 515.15	48.29 72.43 82.09 131.28 14.02 210.42 434.47
GADOVIST CARTOUCHES PRÉREM- PLIES sol inj 15 ml sol inj 30 ml	Bayer (Schweiz) AG	140200	17102 17102	167.10 257.95	131.28 210.42
GALANTAMINE SR HELVEPHARM caps ret 8 mg 28 pce caps ret 16 mg 28 pce caps ret 24 mg 28 pce	Helvepharm AG	019900	20184 20184 20184	61.45 61.45 61.45	39.25 39.25 39.25
GASTROGRAFIN sol fl 100 ml sol 10 fl 100 ml	Bayer (Schweiz) AG	140121	15892 15892	36.05 213.05	17.13 171.30
GORGONIUM ong (nouv) 30 g	Drossapharm AG	109900	16327	20.60	11.16
GRANISETRON FRESENIUS conc perf 1 mg/1 ml 5x 1 ml conc perf 3 mg/3 ml 5x 3 ml	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	010900	20317 20317	54.40 103.90	33.08 76.21
GRANOCYTE subst sèche 13.400 mio U c solv 5 pce subst sèche 33.600 mio U c solv 5 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	060730	16286 16286	175.15 419.20	138.27 350.86
HAEMOCTIN subst sèche 250 UI c solv flac 1 pce subst sèche 250 UI c solv (nouv) flac 1 pce subst sèche 500 UI c solv flac 1 pce subst sèche 500 UI c solv (5 ml) flac 1 pce subst sèche 1000 UI c solv (5 ml) flac 1 pce	Biotest (Schweiz) AG	060110	19423 19423 19423 19423 19423	237.15 237.15 433.25 433.25 825.50	191.35 191.35 382.70 382.70 765.39
HELICOBACTER TEST INFAL pdr 75 mg adult fl 1 pce	INFAL CH GmbH	140300	17294	46.45	26.17
HYDROMORPHONI HCL STREULI gouttes 1 mg/ml (nouv) fl 50 ml	Streuli Pharma AG	010130	18562	20.70	10.90
HYTRIN BPH cpr 5 mg 20 pce cpr 5 mg 60 pce	Recordati AG	050200	16381 16381	14.70 33.95	5.67 15.30
HYTRIN BPH EMBALLAGE DÉPART cpr 7x1 mg-7x2 mg 1 pce	Recordati AG	050200	16381	6.75	2.33
INSPRA cpr pell 25 mg 30 pce cpr pell 25 mg 100 pce cpr pell 50 mg 30 pce cpr pell 50 mg 100 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	050100	18249 18249 18249 18249	70.10 195.65 70.10 195.65	46.76 156.13 46.76 156.13
INTEGRILIN sol inj 20 mg/10 ml 10 ml sol perf 75 mg/100 ml i.v. 100 ml	GlaxoSmithKline AG	060320	18265 18272	36.50 79.55	17.52 55.00

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IOMERON	Bracco Suisse SA	140113			
sol inj 300 mg/ml fl 50 ml			17213	47.40	26.99
sol inj 300 mg/ml fl 100 ml			17213	76.35	52.24
sol inj 300 mg/ml fl 200 ml			17213	132.55	101.16
sol inj 300 mg/ml fl 500 ml			17213	306.70	252.89
sol inj 350 mg/ml fl 50 ml			17213	50.35	29.59
sol inj 350 mg/ml fl 100 ml			17213	81.95	57.12
sol inj 350 mg/ml fl 200 ml			17213	143.45	110.65
sol inj 350 mg/ml fl 500 ml			17213	333.95	276.63
sol inj 400 mg/ml fl 50 ml			17213	55.20	33.81
sol inj 400 mg/ml fl 100 ml			17213	91.50	65.40
sol inj 400 mg/ml fl 150 ml			17213	128.90	97.98
sol inj 400 mg/ml fl 200 ml			17213	161.50	126.38
sol inj 400 mg/ml fl 500 ml			17213	379.10	315.95
IOPAMIRO	Bracco Suisse SA	140113			
sol inj 200 mg/ml amp 10 ml			15907	14.45	5.45
sol inj 200 mg/ml flac 1 pce 10 ml			15907	14.45	5.45
sol inj 300 mg/ml amp 10 ml			15907	17.20	7.86
sol inj 300 mg/ml fl 50 ml			15907	47.40	27.02
sol inj 300 mg/ml fl 100 ml			15907	76.45	52.30
sol inj 300 mg/ml fl 200 ml			15907	132.65	101.26
sol inj 300 mg/ml fl 500 ml			15907	307.00	253.14
sol inj 300 mg/ml flac 1 pce 10 ml			15907	17.20	7.86
sol inj 370 mg/ml amp 10 ml			15907	18.85	9.29
sol inj 370 mg/ml fl 50 ml			15907	52.35	31.30
sol inj 370 mg/ml fl 100 ml			15907	85.80	60.45
sol inj 370 mg/ml fl 200 ml			15907	150.65	116.95
sol inj 370 mg/ml fl 500 ml			15907	352.05	292.38
IIVEMEND	MSD Merck Sharp & Dohme AG	010900			
subst sèche 150 mg flac 1 pce			18818	93.60	67.26
JIVI	Bayer (Schweiz) AG	060110			
subst sèche 500 UI c solv set 1 pce			20878	568.45	514.58
subst sèche 1000 UI c solv set 1 pce			20878	1095.90	1029.16
subst sèche 2000 UI c solv set 1 pce			20878	2150.80	2058.32
subst sèche 3000 UI c solv set 1 pce			20878	3205.65	3087.48
KENACORT A	Dermapharm AG	100520			
teint 15 ml			11743	14.45	5.44
teint 50 ml			11743	28.90	14.46
KENTERA	Teva Pharma AG	050200			
patchs mat 3.900 mg/24h 8 pce			18585	49.35	28.70
KEPPRA	UCB-Pharma SA	010710			
sol 100 mg/ml seringue doseuse 10 ml 300 ml			18365	80.25	55.61
sol 100 mg/ml seringue doseuse 1 ml 150 ml			18365	65.20	42.53
sol 100 mg/ml seringue doseuse 3 ml 150 ml			18365	65.20	42.53
KOVALTRY	Bayer (Schweiz) AG	060110			
subst sèche 250 UI c solv flac 1 pce			20529	259.45	213.12
subst sèche 500 UI c solv flac 1 pce			20529	477.90	426.24
subst sèche 1000 UI c solv flac 1 pce			20529	914.25	851.96
subst sèche 2000 UI c solv flac 1 pce			20529	1783.15	1699.67

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
KYTRIL conc perf 1 mg/ml 5 amp 1 ml conc perf 3 mg/3 ml 5 amp 3 ml	Future Health Pharma GmbH	010900	15935 15935	58.60 113.60	36.75 84.66
LAMICTAL cpr disp 5 mg fl 60 pce cpr disp 25 mg 56 pce cpr disp 50 mg 56 pce cpr disp 100 mg 56 pce cpr disp 200 mg 56 pce	GlaxoSmithKline AG	010710	16046 16046 16046 16046 16046	7.05 25.10 44.55 65.60 111.75	2.59 11.17 24.51 42.86 83.07
LAMOTRIGIN DESITIN cpr 25 mg 50 pce cpr disp 5 mg 50 pce cpr 50 mg 50 pce cpr 100 mg 50 pce cpr 100 mg 100 pce cpr 200 mg 50 pce	Desitin Pharma GmbH	010710	18569 18971 18569 18569 18569 18569	17.25 5.95 35.25 49.35 74.35 82.10	7.88 1.62 16.41 28.70 50.50 57.21
LAMOTRIGIN HELVEPHARM cpr disp 5 mg 50 pce cpr disp 25 mg 50 pce cpr disp 50 mg 50 pce cpr disp 100 mg 50 pce cpr disp 200 mg 50 pce	Helvepharm AG	010710	18367 18367 18367 18367 18367	5.95 17.25 35.25 49.35 82.10	1.62 7.89 16.41 28.70 57.21
LAMOTRIGIN SANDOZ cpr disp 25 mg 56 pce cpr disp 50 mg 56 pce cpr disp 100 mg 56 pce cpr disp 200 mg 56 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010710	18366 18366 18366 18366	18.35 37.90 53.30 90.05	8.85 18.72 32.15 64.14
LAMOTRIGIN ZENTIVA cpr disp 5 mg blist 50 pce cpr disp 25 mg blist 50 pce cpr disp 50 mg blist 50 pce cpr disp 100 mg blist 50 pce cpr disp 200 mg blist 50 pce	Helvepharm AG	010710	18367 18367 18367 18367 18367	5.95 17.25 35.25 49.35 82.10	1.62 7.89 16.41 28.70 57.21
LAMOTRIN MEPHA cpr disp 5 mg 60 pce cpr disp 25 mg 60 pce cpr disp 50 mg 60 pce cpr disp 100 mg 60 pce cpr disp 200 mg 60 pce	Mepha Pharma AG	010710	18216 18216 18216 18216 18216	6.55 19.10 39.90 55.95 93.00	2.13 9.49 20.45 34.44 66.74

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LECAPON MEPHA lactabs 50 mg/12.5 mg/200 mg 30 pce	Mepha Pharma AG	010800	20434	39.20	19.86
lactabs 50 mg/12.5 mg/200 mg 100 pce			20434	88.10	62.47
lactabs 75 mg/18.75 mg/200 mg 30 pce			20434	40.25	20.77
lactabs 75 mg/18.75 mg/200 mg 100 pce			20434	90.95	64.95
lactabs 100 mg/25 mg/200 mg 30 pce			20434	41.30	21.68
lactabs 100 mg/25 mg/200 mg 100 pce			20434	93.80	67.44
lactabs 125 mg/31.25 mg/200 mg 30 pce			20434	42.15	22.45
lactabs 125 mg/31.25 mg/200 mg 100 pce			20434	96.20	69.53
lactabs 150 mg/37.5 mg/200 mg 30 pce			20434	43.05	23.23
lactabs 150 mg/37.5 mg/200 mg 100 pce			20434	98.60	71.61
lactabs 200 mg/50 mg/200 mg 30 pce			20434	44.95	24.89
lactabs 200 mg/50 mg/200 mg 100 pce			20434	103.70	76.04
LEPONEX cpr 25 mg 50 pce cpr 100 mg 50 pce	Mylan Pharma GmbH	010500	11732 11732	18.60 45.55	9.07 25.40
LINOLA GRAS émuls 40 g	Alcina AG	101000	14011	5.40	2.93
LIORESAL INTRATHÉCAL sol inj 10 mg/5 ml amp 1 pce sol inj 10 mg/20 ml amp 1 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	011200	16266 16266	115.00 115.00	85.89 85.89
LIXIANA cpr pell 15 mg 10 pce cpr pell 15 mg 10 x 1 pce cpr pell 30 mg 28 pce cpr pell 30 mg 98 pce cpr pell 30 mg blist 10 x 10 x 1 pce cpr pell 60 mg 28 pce cpr pell 60 mg 98 pce cpr pell 60 mg 10 blist 10 pce	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	060340	20333 20333 20333 20333 20333 20333 20333 20333	42.65 42.65 89.90 273.85 279.10 89.90 273.85 279.10	22.88 22.88 64.02 224.25 228.83 64.02 224.25 228.83
LOCOID crème 0.100 % 30 g	CPS Cito Pharma Services GmbH	100510	12438	8.20	3.59
LOCOID CRELO émuls 0.100 % 30 g émuls 0.100 % 100 g	CPS Cito Pharma Services GmbH	100510	16323 16323	9.30 25.50	4.53 11.48
L-POLAMIDON SOLUTION BUVABLE sol 5 mg/ml 100 ml sol 5 mg/ml 3 x 100 ml sol 5 mg/ml 500 ml	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	20357 20357 20357	34.15 68.05 100.70	15.46 44.98 73.43
LUBEX EXTRA DOUX liq pH 5.5 150 ml liq pH 5.5 500 ml	Permamed AG Betriebsstandort Therwil	101000	12850 12850	11.65 29.50	6.32 15.99

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LYRICA	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010710			
caps 25 mg 14 pce			18130	14.85	5.79
caps 25 mg 56 pce			18130	35.20	16.37
caps 50 mg 14 pce			18130	16.10	6.86
caps 50 mg 84 pce			18130	58.05	36.26
caps 75 mg 14 pce			18130	17.40	8.00
caps 75 mg 56 pce			18130	53.05	31.91
caps 100 mg 84 pce			18130	63.80	41.27
caps 150 mg 56 pce			18130	63.80	41.27
caps 150 mg 168 pce			18130	155.70	121.33
caps 200 mg 84 pce			18130	78.25	53.88
caps 300 mg 56 pce			18130	78.25	53.88
caps 300 mg 168 pce			18130	198.25	158.41
MADOPAR 125	Roche Pharma (Schweiz) AG	010800			
cpr 125 mg 30 pce			13861	14.00	5.07
cpr 125 mg 100 pce			13861	28.70	14.30
caps 125 mg 100 pce			11877	28.70	14.30
MADOPAR 250	Roche Pharma (Schweiz) AG	010800			
cpr 250 mg 30 pce			13861	18.25	8.76
cpr 250 mg 100 pce			13861	47.00	26.64
MADOPAR 62.5	Roche Pharma (Schweiz) AG	010800			
caps 62.500 mg 100 pce			11877	17.95	8.48
MADOPAR LIQ	Roche Pharma (Schweiz) AG	010800			
cpr 62.500 mg 100 pce			16201	17.95	8.48
cpr 125 mg 30 pce			16201	14.00	5.07
cpr 125 mg 100 pce			16201	28.70	14.30
MARCOUMAR	MEDA Pharma GmbH	060310			
cpr 3 mg 25 pce			6909	7.20	2.69
cpr 3 mg 100 pce			6909	19.20	9.60
MEDIKINET MR	Salmon Pharma GmbH	011020			
caps 5 mg 30 pce			18368	15.45	6.33
caps 10 mg 50 pce			18369	40.60	21.08
caps 10 mg 100 pce			18369	59.00	37.10
caps 20 mg 50 pce			18369	56.10	34.57
caps 20 mg 100 pce			18369	86.25	60.85
caps 30 mg 50 pce			18369	91.25	65.18
caps 30 mg 100 pce			18369	141.35	108.85
caps 40 mg 50 pce			18369	107.35	79.21
caps 40 mg 100 pce			18369	176.45	139.41
MEMANTIN MEPHA	Mepha Pharma AG	019900			
lactabs 10 mg 50 pce			20238	66.50	43.64
lactabs 20 mg 98 pce			20238	207.55	166.52
MEMANTIN MEPHA EMB DÉP	Mepha Pharma AG	019900			
lactabs 7x5/7x10/7x15/7x20 mg 28 pce			20238	48.10	27.61
MÉMANTINE SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	019900			
cpr pell 10 mg 50 pce			20387	67.75	44.74
cpr pell 20 mg 98 pce			20387	207.55	166.52
MÉMANTINE SANDOZ EMBALLAGE DÉPART	Sandoz Pharmaceuticals AG	019900			
cpr pell 7x5/7x10/7x15/7x20 mg 28 pce			20387	49.10	28.50
MÉMANTINE ZENTIVA	Helvepharm AG	019900			
cpr pell 10 mg 50 pce			20414	67.75	44.74
cpr pell 20 mg 98 pce			20414	207.55	166.52

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
MESTINON cpr 10 mg 250 pce drag 60 mg 150 pce	MEDA Pharmaceuticals Switzerland GmbH	011400	7098 7099	27.70 61.20	13.43 39.02
METAMIZOLE SPIRIG HC gouttes 500 mg/ml nouv fl 20 ml gouttes 500 mg/ml nouv fl 100 ml	Spirig HealthCare AG	010110	20469 20469	6.70 18.40	2.25 8.88
METHYLPHENIDAT MEPHA depotabs 18 mg bte 30 pce depotabs 18 mg bte 60 pce depotabs 27 mg bte 30 pce depotabs 27 mg bte 60 pce depotabs 36 mg bte 30 pce depotabs 36 mg bte 60 pce depotabs 54 mg bte 30 pce depotabs 54 mg bte 60 pce	Mepha Pharma AG	011020	20701 20701 20701 20701 20701 20701 20701 20701	47.20 70.60 54.70 83.85 60.00 93.10 68.25 107.65	26.83 47.23 33.38 58.74 37.96 66.81 45.16 79.48
MÉTHYLPHÉNIDATE SANDOZ cpr ret 18 mg 30 pce cpr ret 18 mg 60 pce cpr ret 27 mg 30 pce cpr ret 27 mg 60 pce cpr ret 36 mg 30 pce cpr ret 36 mg 60 pce cpr ret 54 mg 30 pce cpr ret 54 mg 60 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	011020	19893 19893 19893 19893 19893 19893 19893 19893	47.20 70.60 54.70 83.85 60.00 93.10 68.25 107.65	26.83 47.23 33.38 58.74 37.96 66.81 45.16 79.48
MICROPAQUE susp 500 ml	Guerbet AG	140122	15923	15.20	6.10
MICROPAQUE SCANNER susp 150 ml	Guerbet AG	140122	15925	9.60	4.79
MIRCERA FSP sol inj 30 mcg/0.3 ml ser prête 1 pce sol inj 50 mcg/0.3 ml ser prêt 1 pce sol inj 75 mcg/0.3 ml ser prêt 1 pce sol inj 100 mcg/0.3 ml ser prêt 1 pce sol inj 120 mcg/0.3 ml ser prête 1 pce sol inj 150 mcg/0.3 ml ser prêt 1 pce sol inj 200 mcg/0.3 ml ser prêt 1 pce sol inj 250 mcg/0.3 ml ser prêt 1 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	060730	18691 18691 18691 18691 18691 18691 18691 18691 18691	86.35 133.00 191.30 249.60 296.25 366.20 482.80 599.40	60.94 101.57 152.36 203.14 243.77 304.71 406.28 507.85
MIRVASO gel 3.3000 mg/g 30 g	Galderma SA	109900	20314	62.30	39.98
MODASOMIL cpr 100 mg 30 pce cpr 100 mg 90 pce	Teva Pharma AG	011020	17532 17532	67.55 159.05	44.54 124.25
MONOVO crème 35 g crème 70 g	Almirall AG	100510	19994 19994	16.25 26.50	7.03 12.37
MYCOSTER crème 10 mg/g tb 30 g	Pierre Fabre (Suisse) S.A.	100941	19241	8.05	3.45
NEUPOGEN AMGEN sol inj 30 mio U/ml vial 5 pce sol inj 30 mio U/0.5 ml ser prêt 5 pce sol inj 48 mio U/0.5 ml ser prêt 5 pce	Amgen Switzerland AG	060730	16142 16142 16142	531.10 531.10 740.90	448.34 448.34 631.10

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NEUPRO	UCB-Pharma SA	010800			
patchs mat 1 mg/24h (nouveau) sach 7 pce			18459	27.65	13.37
patchs mat 1 mg/24h (nouveau) sach 28 pce			18459	66.75	43.86
patchs mat 2 mg/24h (nouveau) sach 7 pce			18459	40.30	20.84
patchs mat 2 mg/24h (nouveau) sach 28 pce			18459	94.85	68.34
patchs mat 3 mg/24h (nouveau) sach 7 pce			18459	40.40	20.91
patchs mat 3 mg/24h (nouveau) sach 28 pce			18459	95.10	68.57
patchs mat 4 mg/24h (nouveau) sach 7 pce			18459	55.65	34.17
patchs mat 4 mg/24h (nouveau) sach 28 pce			18459	145.05	112.07
patchs mat 6 mg/24h (nouveau) sach 7 pce			18459	60.05	38.02
patchs mat 6 mg/24h (nouveau) sach 28 pce			18459	159.55	124.70
patchs mat 8 mg/24h (nouveau) sach 28 pce			18459	192.20	153.15
NEURONTIN	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010710			
caps 100 mg 50 pce			16353	19.30	9.66
caps 100 mg 100 pce			16353	35.95	17.01
caps 300 mg 50 pce			16353	40.75	21.23
caps 300 mg 100 pce			16353	64.25	41.68
caps 400 mg 50 pce			16353	50.85	29.99
caps 400 mg 100 pce			16353	81.40	56.62
cpr pell 600 mg 50 pce			17568	68.90	45.71
cpr pell 600 mg 100 pce			17568	115.20	86.08
cpr pell 800 mg 50 pce			17568	85.85	60.48
cpr pell 800 mg 100 pce			17568	147.40	114.09
NIZORAL	Janssen-Cilag AG	100941			
crème 2 % 30 g			14675	14.90	5.85
NOOTROPIL	UCB-Pharma SA	019900			
sol buv 33 % fl 125 ml			18278	14.80	5.73
NORMISON	MEDA Pharma GmbH	010310			
caps 20 mg 30 pce			14509	17.00	7.65
caps 20 mg 100 pce			14509	45.65	25.50
NORMISON MITE	MEDA Pharma GmbH	010310			
caps 10 mg 30 pce			14509	14.50	5.49
caps 10 mg 100 pce			14509	37.40	18.31
NOVALGINE	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010110			
gouttes 0.500 g/ml 10 ml			11986	5.55	1.25
gouttes 0.500 g/ml 20 ml			11986	6.65	2.20
gouttes 0.500 g/ml 100 ml			11986	19.55	9.87
supp 1 g adult 5 pce			11988	6.20	1.84
NOVOEIGHT	Novo Nordisk Pharma AG	060110			
subst sèche 250 UI c solv flac 1 pce			20147	249.75	203.66
subst sèche 500 UI c solv flac 1 pce			20147	428.10	377.66
subst sèche 1000 UI c solv flac 1 pce			20147	815.20	755.33
subst sèche 1500 UI c solv flac 1 pce			20147	1202.30	1132.99
subst sèche 2000 UI c solv flac 1 pce			20147	1589.45	1510.66
subst sèche 3000 UI c solv flac 1 pce			20147	2363.65	2265.99

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NUWIQ subst sèche 250 UI c solv flac 2.500 ml	Octapharma AG	060110	20400	256.35	210.12
subst sèche 500 UI c solv flac 2.500 ml			20400	470.45	418.99
subst sèche 1000 UI c solv flac 2.500 ml			20400	898.55	836.65
subst sèche 2000 UI c solv flac 2.500 ml			20400	1745.85	1663.29
OCTANATE subst sèche 250 UI c solv+set applicat 1 pce	Octapharma AG	060110	18686	248.90	202.85
subst sèche 500 UI c solv+set applicat 1 pce			18686	433.20	382.61
subst sèche 1000 UI c solv+set applicat 1 pce			18686	825.15	765.04
OCTAPLEX 1000 subst sèche c solv flac 1 pce	Octapharma AG	060110	18688	635.15	579.66
OCTAPLEX 500 subst sèche c solv flac 1 pce	Octapharma AG	060110	18688	338.10	289.83
ONDANSETRON LABATEC cpr pell 4 mg 10 pce	Labatec Pharma SA	010900	20323	43.00	23.19
cpr pell 8 mg 6 pce			20323	43.00	23.19
ONDANSETRON ODT LABATEC cpr orodisp 4 mg 10 pce	Labatec Pharma SA	010900	20306	45.65	25.49
cpr orodisp 8 mg 6 pce			20306	45.75	25.58
ONDANSETRON ODT SANDOZ cpr orodisp 4 mg blist 10 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010900	20896	45.65	25.49
cpr orodisp 8 mg blist 6 pce			20896	45.75	25.58
ONDANSETRON SANDOZ cpr pell 4 mg blist 10 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010900	20895	43.00	23.19
ONDANSÉTRON SANDOZ cpr pell 8 mg blist 6 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010900	20895	43.00	23.19
ONDANSETRON TEVA cpr pell 4 mg 10 pce	Teva Pharma AG	010900	18407	43.00	23.19
cpr pell 8 mg 6 pce			18407	43.00	23.19
ONDANSÉTRON TEVA ORO cpr orodisp 4 mg 10 pce	Teva Pharma AG	010900	18780	45.65	25.49
cpr orodisp 8 mg 6 pce			18780	45.75	25.58
OPTIRAY 300 sol inj 300 mg/ml flac 100 ml	Guerbet AG	140113	15917	67.85	44.82
sol inj 300 mg/ml 10 flac 200 ml			15917	1044.75	896.49
sol inj 300 mg/ml 5 flac 500 ml			15917	1290.55	1120.61
sol inj HH ser prê 50 ml			15917	47.55	27.13
sol inj HP ser prê 75 ml			15917	62.85	40.45
sol inj HP ser prê 100 ml			15917	76.70	52.51
sol inj HP ser prê 125 ml			15917	91.75	65.64
OPTIRAY 350 sol inj 350 mg/ml flac 50 ml	Guerbet AG	140113	15917	45.55	25.38
sol inj 350 mg/ml flac 100 ml			15917	72.65	49.00
sol inj 350 mg/ml 10 flac 200 ml			15917	1136.40	980.06
sol inj HH ser prê 50 ml			15917	50.50	29.72
sol inj HP ser prê 75 ml			15917	67.30	44.34
sol inj HP ser prê 100 ml			15917	82.30	57.41
sol inj HP ser prê 125 ml			15917	98.80	71.77

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ORFIRIL sirop 300 mg/5 ml av ser doseuse (nouveau) fl 250 ml	Desitin Pharma GmbH	010710	14409	19.15	9.53
ORFIRIL LONG 150 caps ret 150 mg 100 pce	Desitin Pharma GmbH	010710	17258	17.50	8.10
ORFIRIL LONG 300 caps ret 300 mg 100 pce	Desitin Pharma GmbH	010710	17258	27.55	13.28
ORFIRIL LONG MINIPACKS cpr ret 500 mg 100 pce cpr ret 1000 mg 100 pce	Desitin Pharma GmbH	010710	17719 17719	38.75 58.40	19.48 36.59
OXYCODON MEPHA cpr ret 5 mg blist 30 pce cpr ret 5 mg blist 60 pce cpr ret 10 mg blist 30 pce cpr ret 10 mg blist 60 pce cpr ret 20 mg blist 30 pce cpr ret 20 mg blist 60 pce cpr ret 40 mg blist 30 pce cpr ret 40 mg blist 60 pce cpr ret 80 mg blist 30 pce cpr ret 80 mg blist 60 pce	Mepha Pharma AG	010130	20381 20381 20381 20381 20381 20381 20381 20381 20381 20381	16.70 27.35 19.80 36.90 36.05 54.05 57.25 95.35 88.10 159.75	7.42 13.10 10.12 17.85 17.13 32.79 35.58 68.78 62.46 124.89
OXYCODON SANDOZ cpr ret 5 mg 30 pce cpr ret 5 mg 60 pce cpr ret 10 mg 30 pce cpr ret 10 mg 60 pce cpr ret 20 mg 30 pce cpr ret 20 mg 60 pce cpr ret 40 mg 30 pce cpr ret 40 mg 60 pce cpr ret 80 mg 30 pce cpr ret 80 mg 60 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010130	19975 19975 19975 19975 19975 19975 19975 19975 19975 19975	16.75 27.40 19.85 36.95 36.10 54.05 57.25 95.30 88.05 159.60	7.46 13.14 10.16 17.88 17.15 32.79 35.57 68.72 62.41 124.72
OXYCODON STREULI cpr ret 5 mg 30 pce cpr ret 5 mg 60 pce cpr ret 10 mg 30 pce cpr ret 10 mg 60 pce cpr ret 20 mg 30 pce cpr ret 20 mg 60 pce cpr ret 40 mg 30 pce cpr ret 40 mg 60 pce cpr ret 80 mg 30 pce cpr ret 80 mg 60 pce	Streuli Pharma AG	010130	20419 20419 20419 20419 20419 20419 20419 20419 20419 20419	16.75 27.40 19.85 36.95 36.10 54.05 57.25 95.30 88.05 159.60	7.45 13.14 10.16 17.88 17.15 32.79 35.58 68.72 62.41 124.73
OXYCONTIN cpr ret 5 mg 30 pce cpr ret 5 mg 60 pce cpr ret 10 mg 30 pce cpr ret 10 mg 60 pce cpr ret 20 mg 30 pce cpr ret 20 mg 60 pce cpr ret 40 mg 30 pce cpr ret 40 mg 60 pce cpr ret 80 mg 30 pce cpr ret 80 mg 60 pce	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	17356 17356 17356 17356 17356 17356 17356 17356 17356 17356	17.70 29.05 25.25 39.20 38.30 58.20 61.75 102.05 95.95 170.55	8.29 14.58 11.30 19.87 19.06 36.43 39.52 74.59 69.31 134.27

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
OXYNORM Solution orale 10 mg/ml fl 30 ml	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	17964	35.55	16.69
caps 5 mg 30 pce			19289	19.55	9.89
caps 5 mg 60 pce			19289	36.40	17.40
caps 10 mg 30 pce			19289	35.00	16.22
caps 10 mg 60 pce			19289	49.15	28.54
caps 20 mg 30 pce			19289	46.95	26.59
caps 20 mg 60 pce			19289	70.15	46.80
cpr orodisp 5 mg 28 pce			20288	18.80	9.23
cpr orodisp 5 mg 56 pce			20288	35.05	16.24
cpr orodisp 10 mg 28 pce			20288	33.80	15.14
cpr orodisp 10 mg 56 pce			20288	47.00	26.64
cpr orodisp 20 mg 28 pce			20288	44.90	24.83
cpr orodisp 20 mg 56 pce			20288	66.55	43.68
PALLADON caps 1.300 mg 30 pce	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	16627	19.55	9.89
caps 2.600 mg 30 pce			16627	36.50	17.52
caps ret 4 mg 30 pce			16628	40.35	20.87
caps ret 4 mg 60 pce			16628	64.30	41.73
caps ret 8 mg 30 pce			16628	61.05	38.88
caps ret 8 mg 60 pce			16628	94.90	68.39
caps ret 16 mg 30 pce			16628	92.60	66.36
caps ret 16 mg 60 pce			16628	150.50	116.81
caps ret 24 mg 30 pce			16628	111.10	82.50
caps ret 24 mg 60 pce			16628	183.00	145.12
PALONOSÉTRON SANDOZ sol inj 0.250 mg/5 ml vial 5 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	010900	20626	68.45	45.36
PALONOSÉTRON TEVA sol inj 0.250 mg/5 ml flac 5 ml	Teva Pharma AG	010900	20656	68.45	45.36
PELSANO MED ÉMULSION BAIN émuls 300 ml	VERFORA SA	101000	1	6.30	3.42
émuls 1000 ml			1	16.10	8.73
PEVARYL crème 1 % 30 g	Medius AG	100941	11969	8.00	4.34
pdr 30 g			14881	7.85	4.26
vapo 30 ml			15789	10.50	5.68
PLEGRIDY sol inj 125 mcg/0.5 ml stylo pré 2 pce	Biogen Switzerland AG	019900	20332	1109.10	955.18
PLEGRIDY 63MCG/0.5 ML+94M- CG/0.5 ML sol inj stylo pré 2 pce	Biogen Switzerland AG	019900	20332	1067.35	917.13
PRADAXA caps 110 mg (nouveau) 60 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	060320	19764	96.45	69.73
caps 110 mg (nouveau) 3 x 60 pce			19764	256.55	209.18
caps 150 mg (nouveau) 60 pce			19764	96.45	69.73
caps 150 mg (nouveau) 3 x 60 pce			19764	256.55	209.18
PRAMIPEXOLE ER SANDOZ cpr ret 0.3750 mg 10 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010800	20577	14.25	5.27
cpr ret 0.7500 mg 10 pce			20577	19.40	9.74
cpr ret 0.7500 mg 30 pce			20577	47.65	27.20
cpr ret 1.5000 mg 30 pce			20577	78.85	54.40
cpr ret 3 mg 30 pce			20577	141.30	108.81
cpr ret 4.5000 mg 30 pce			20577	203.80	163.22

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
PRAMIPEXOL ER ZENTIVA cpr ret 0.375 mg 10 pce cpr ret 0.750 mg 10 pce cpr ret 0.750 mg 30 pce cpr ret 1.500 mg 30 pce cpr ret 3 mg 30 pce cpr ret 4.500 mg 30 pce	Helvepharm AG	010800	20585 20585 20585 20585 20585 20585	14.25 19.40 47.65 78.85 141.30 203.75	5.27 9.74 27.20 54.40 108.80 163.20
PRAMIPEXOL MEPHA ER depotabs 0.3750 mg 10 pce depotabs 0.7500 mg 10 pce depotabs 0.7500 mg 30 pce depotabs 1.5000 mg 30 pce depotabs 3 mg 30 pce depotabs 4.5000 mg 30 pce	Mepha Pharma AG	010800	65797 19218 19218 19218 65797 19218	14.25 19.40 47.65 78.85 141.30 203.75	5.27 9.74 27.20 54.40 108.80 163.20
PREDNICUTAN crème 2.500 mg/g 30 g ong gras 2.500 mg/g 30 g ong 2.500 mg/g 30 g	Dermapharm AG	100510	19523 19524 19525	9.05 9.05 9.05	4.31 4.31 4.31
PREDNICUTAN CRINALE sol 2.500 mg/g 50 ml	Dermapharm AG	100510	20155	16.90	7.57
PRIMOVIAT sol inj 0.250 mmol/ml ser prêt 10 ml	Bayer (Schweiz) AG	140200	18153	215.30	173.27
PROHANCE sol inj 5 mmol/10 ml fl 10 ml sol inj 7.5000 mmol/15 ml flacon 15 ml sol inj 10 mmol/20 ml flacon 20 ml sol inj 25 mmol/50 ml flacon 1 pce	Bracco Suisse SA	140200	16614 16614 16614 16614	70.00 92.05 114.30 265.20	46.68 65.89 85.28 216.74
PROHANCE PFS sol inj 5 mmol/10 ml ser prêt 10 ml sol inj 8.5000 mmol/17 ml ser prêt 17 ml	Bracco Suisse SA	140200	18359 18359	70.00 101.95	46.68 74.53
PROLASTIN subst sèche 1 g c solv incl Mix2Vial set flac 1 pce	Vifor SA	060110	18782	386.30	336.87
PROSCAR cpr 5 mg 28 pce cpr 5 mg blist 30 pce cpr 5 mg 98 pce cpr 5 mg blist 105 pce	Organon GmbH	059900	16067 16067 16067 16067	38.75 40.35 93.20 98.70	19.49 20.88 66.91 71.69
PROSTAPLANT F caps 60 pce caps 120 pce	Schwabe Pharma AG	550200	20669 20669	27.80 43.65	13.48 23.72
PROTOPIC ong 0.030 % 30 g ong 0.030 % 60 g ong 0.100 % 30 g ong 0.100 % 60 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100400	17771 17771 17771 17771	49.05 73.75 52.60 80.00	28.42 49.97 31.52 55.42
REBIF sol inj 22 mcg/0.5 ml ser prête 12 pce sol inj 44 mcg/0.5 ml ser prête 12 pce	Merck (Schweiz) AG	019900	17286 17286	1003.90 1160.80	860.20 1002.33
REBIF 22 MULTIDOSE sol inj 66 mcg/1.5 ml cartouches 4 pce	Merck (Schweiz) AG	019900	19189	1003.90	860.20

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
REBIF 22 REBIDOSE sol inj 22 mcg/0.5 ml stylo pré 12 pce	Merck (Schweiz) AG	019900	20066	1003.90	860.20
REBIF 44 MULTIDOSE sol inj 132 mcg/1.5 ml cartouches 4 pce	Merck (Schweiz) AG	019900	19189	1160.80	1002.33
REBIF 44 REBIDOSE sol inj 44 mcg/0.5 ml stylo pré 12 pce	Merck (Schweiz) AG	019900	20066	1160.80	1002.33
REBIF REBIDOSE START sol inj 6x8.8mcg, 6x22mcg stylo pré 12 pce	Merck (Schweiz) AG	019900	20066	840.90	718.21
REBIF EMBALLAGE DÉPART sol inj 6x8.8mcg, 6x22mcg ser prête 12 pce	Merck (Schweiz) AG	019900	17286	840.90	718.21
RECORMON PS sol inj 2000 UI/0.3 ml +aiguille ser pré 6 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	060730	17227	131.50	100.25
sol inj 3000 UI/0.3 ml +aiguille ser pré 6 pce			17227	189.05	150.39
sol inj 4000 UI/0.3 ml +aiguille ser pré 6 pce			17227	246.60	200.51
sol inj 5000 UI/0.3 ml +aiguille ser pré 6 pce			17227	304.15	250.64
sol inj 10000 UI/0.6 ml +aiguille ser pré 6 pce			17227	569.40	481.72
sol inj 30000 UI/0.6 ml +aiguille ser pré 4 pce			17227	1118.15	963.45
REFACTO AF FUSENGO subst sèche 250 UI c solv ser pré 1 pce	Pfizer AG	060110	19763	239.05	193.24
subst sèche 500 UI c solv ser prête 1 pce			19763	437.15	386.47
subst sèche 1000 UI c solv ser prête 1 pce			19763	832.85	772.56
subst sèche 2000 UI c solv ser prête 1 pce			19763	1624.75	1545.12
subst sèche 3000 UI c solv ser prête 1 pce			19763	2416.65	2317.72
REMINYL PROLONGED RELEASE caps 8 mg 28 pce	Janssen-Cilag AG	019900	18168	66.45	43.61
caps 16 mg 28 pce			18168	66.45	43.61
caps 24 mg 28 pce			18168	66.45	43.61
REQUIP cpr pell 0.250 mg 21 pce	GlaxoSmithKline AG	010800	16748	7.55	2.99
cpr pell 2 mg 84 pce			16748	86.00	60.64
cpr pell 5 mg 84 pce			16748	163.50	128.12
cpr pell 1 mg 84 pce			16748	55.55	34.09
REQUIP MODUTAB cpr pell 2 mg 28 pce	GlaxoSmithKline AG	010800	18670	37.00	17.94
cpr pell 4 mg 28 pce			18670	53.05	31.91
cpr pell 8 mg 28 pce			18670	77.25	53.01
RESPREEZA subst sèche 1000 mg c Solv flac 1 pce	CSL Behring AG	060110	20393	373.65	324.56
subst sèche 4000 mg c Solv flac 1 pce			20393	1371.70	1298.24
RILUTEK cpr pell 56 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	16750	237.85	192.90

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
RITALINE LA caps 20 mg 30 pce caps 20 mg 100 pce caps 30 mg 30 pce caps 30 mg 100 pce caps 40 mg 30 pce caps 40 mg 100 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	011020	17775 17775 17775 17775 17775 17775	53.15 120.50 64.10 151.60 71.50 172.50	32.00 90.66 41.57 117.77 48.00 135.99
RITALINE SR cpr ret 20 mg 100 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	011020	17358	55.10	33.72
RIVOTRIL cpr 0.500 mg 50 pce cpr 2 mg 100 pce sol inj 1 mg i.m./i.v. 5 amp 1 ml	CPS Cito Pharma Services GmbH	010710	11874 11874 11876	7.05 19.10 8.65	2.58 9.48 3.96
RIXUBIS subst sèche 250 UI cum solv 1 pce subst sèche 500 UI cum solv 1 pce subst sèche 1000 UI cum solv 1 pce subst sèche 2000 UI cum solv 1 pce subst sèche 3000 UI cum solv 1 pce	Takeda Pharma AG	060110	20199 20199 20199 20199 20199	212.50 384.30 727.30 1413.60 2099.90	167.30 334.95 669.56 1339.11 2008.66
ROPINIROL MEPHA RETARD depotabs 2 mg 28 pce depotabs 4 mg 28 pce depotabs 8 mg 28 pce	Mepha Pharma AG	010800	20125 20125 20125	34.95 49.35 71.15	16.16 28.72 47.71
ROPINIROL SANDOZ RETARD cpr ret 2 mg 28 pce cpr ret 4 mg 28 pce cpr ret 8 mg 28 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010800	20022 20022 20022	35.35 50.05 71.15	16.50 29.31 47.71
SABRIL cpr pell 500 mg 100 pce pdr 500 mg sach 100 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010710	15986 16200	80.50 96.50	55.85 69.77
SAROTEN cpr pell 10 mg bte 50 pce cpr pell 10 mg bte 100 pce cpr pell 25 mg bte 50 pce cpr pell 25 mg bte 100 pce	Lundbeck (Schweiz) AG	010600	11997 11997 11997 11997	5.75 6.90 8.10 15.25	1.44 2.45 3.48 6.12
SCABI-MED crème 5% tb 30 g	Permamed AG Betriebsstandort Therwil	100950	20758	28.45	14.05
SERESTA cpr 15 mg 20 pce cpr 15 mg 50 pce cpr 50 mg forte 20 pce cpr 50 mg forte 100 pce	MEDA Pharma GmbH	010410	10762 10762 10762 10762	6.35 9.00 9.60 37.75	1.96 4.26 4.79 18.58
SEVREDOL cpr pell 10 mg 20 pce cpr pell 20 mg (nouv) 20 pce	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	16872 16872	16.95 19.20	7.62 9.57
SEVRE-LONG caps ret 30 mg 30 pce caps ret 60 mg 30 pce caps ret 120 mg 30 pce caps ret 120 mg 100 pce caps ret 200 mg 30 pce caps ret 200 mg 100 pce	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	16736 16736 16736 16736 16736 16736	39.70 54.60 79.00 214.60 86.35 237.85	20.28 33.27 54.52 172.64 60.92 192.89

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SIFROL cpr 0.125 mg 30 pce cpr 0.250 mg 30 pce cpr 0.250 mg 100 pce cpr 0.500 mg 100 pce cpr 1 mg 100 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	010800	17040 17040 17040 17040 17040	17.30 29.05 68.45 120.65 224.25	7.92 14.60 45.32 90.80 181.07
SIFROL ER cpr ret 0.375 mg 10 pce cpr ret 0.750 mg 10 pce cpr ret 0.750 mg 30 pce cpr ret 1.500 mg 30 pce cpr ret 3 mg 30 pce cpr ret 4.500 mg 30 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	010800	19218 19218 19218 19218 19218 19218	15.30 25.45 53.15 89.85 163.35 236.80	6.20 11.45 32.00 64.00 128.00 192.00
SIRDALUD MR caps ret 6 mg 30 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	011200	15417	29.40	14.89
SKINOREN crème tb 30 g gel tb 30 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100200	17017 17791	17.00 17.00	7.65 7.65
SONOVUE subst sèche c solv kit inj 1 pce	Bracco Suisse SA	140300	17850	109.25	80.90
SOOLANTRA crème 10 mg/g 30 g	Galderma SA	109900	20586	36.95	17.92
SPASMEX cpr pell 20 mg (nouv) blist 30 pce cpr pell 20 mg (nouv) blist 100 pce	Zeller Medical AG Pflanzliche Heilmittel	050200	20108 20108	25.40 56.80	11.43 35.18
SPASMO URGENIN NEO drag 20 pce drag 60 pce	MEDA Pharma GmbH	050200	14567 14567	16.95 39.05	7.64 19.72
STALEVO cpr pell 50/12.5/200 mg 30 pce cpr pell 50/12.5/200 mg 100 pce cpr pell 75/18.75/200 mg 30 pce cpr pell 75/18.75/200 mg 100 pce cpr pell 100/25/200 mg 30 pce cpr pell 100/25/200 mg 100 pce cpr pell 125/31.25/200 mg 30 pce cpr pell 125/31.25/200 mg 100 pce cpr pell 150/37.5/200 mg 30 pce cpr pell 150/37.5/200 mg 100 pce cpr pell 200/50/200 mg 30 pce cpr pell 200/50/200 mg 100 pce	Orion Pharma AG	010800	18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001	41.75 96.10 42.90 99.25 44.05 102.40 45.05 105.10 46.05 107.75 48.15 113.40	22.07 69.41 23.08 72.17 24.09 74.93 24.95 77.26 25.81 79.57 27.66 84.50
SUBOXONE cpr subling 2/0.5 mg (nouv) 7 pce cpr subling 2/0.5 mg (nouv) 28 pce cpr subling 8/2 mg (nouv) 7 pce cpr subling 8/2 mg (nouv) 28 pce	Indivior Schweiz AG	010130	18922 18922 18922 18922	15.75 43.50 42.80 113.75	6.59 23.62 23.00 84.80
SURMONTIL gouttes 4% 30 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010600	9860	14.70	5.67
TALOXIA cpr 600 mg 100 pce susp 600 mg/5 ml 230 ml	Organon GmbH	010710	16743 16744	249.25 124.60	202.84 94.26
TANNOSYNT LIQUIDE sol fl 100 g	Almirall AG	100800	15189	8.20	4.44

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TASMAR cpr pell 100 mg 30 pce cpr pell 100 mg 100 pce	MEDA Pharma GmbH	010800	16749 16749	67.25 185.40	44.28 147.20
TECFIDERA caps 120 mg 14 pce caps 240 mg 56 pce caps 240 mg 168 pce	Biogen Switzerland AG	019900	20242 20242 20242	356.50 1361.20 3890.05	296.26 1185.06 3555.18
TEGRETOL CR 200 Divitabs 200 mg 50 pce Divitabs 200 mg 200 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	010710	15011 15011	15.65 41.85	6.51 22.15
TEGRETOL CR 400 Divitabs 400 mg 30 pce Divitabs 400 mg 200 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	010710	15011 15011	15.70 61.60	6.55 39.39
TELEBRIX 12 SODIUM sol perf 120 mg 250 ml	Guerbet AG	140111	15918	27.10	12.90
TELEBRIX GASTRO sol fl 50 ml sol 10 fl 100 ml	Guerbet AG	140121	15921 15921	15.85 169.55	6.67 133.40
TEMGESIC cpr subling 0.200 mg 10 pce cpr subling 0.200 mg 50 pce cpr subling 0.400 mg 10 pce cpr subling 0.400 mg 50 pce	Indivior Schweiz AG	010130	14481 14481 14481 14481	14.80 45.30 18.95 63.80	5.73 25.19 9.37 41.29
TIAPRIDAL cpr 100 mg 20 pce cpr 100 mg 50 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010500	14060 14060	7.30 15.20	2.80 6.09
TIMONIL 200 RETARD cpr ret 200 mg 50 pce cpr ret 200 mg 200 pce	Desitin Pharma GmbH	010710	15005 15005	15.60 35.95	6.45 17.03
TIMONIL 300 RETARD cpr ret 300 mg 100 pce	Desitin Pharma GmbH	010710	15005	36.20	17.26
TIMONIL 400 RETARD cpr ret 400 mg 100 pce	Desitin Pharma GmbH	010710	15005	34.65	15.89
TIMONIL 600 RETARD cpr ret 600 mg 50 pce	Desitin Pharma GmbH	010710	15005	29.20	14.73
TOCTINO caps 10 mg 30 pce caps 30 mg 30 pce	GlaxoSmithKline AG	100400	19123 19123	562.25 562.25	475.49 475.49
TOPAMAX cpr pell 25 mg 60 pce cpr pell 50 mg 60 pce cpr pell 100 mg 60 pce cpr pell 200 mg 60 pce caps 15 mg 60 pce caps 50 mg 60 pce	Janssen-Cilag AG	010710	16516 16516 16516 16516 17320 17320	38.25 54.30 83.90 130.70 25.65 54.30	19.04 33.03 58.78 99.56 11.61 33.03
TOPIRAMATE SANDOZ cpr pell 25 mg 60 pce cpr pell 50 mg 60 pce cpr pell 100 mg 60 pce cpr pell 200 mg 60 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010710	18669 18669 18669 18669	34.90 49.30 77.15 120.90	16.10 28.64 52.90 91.03

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TOPIRAMAT SPIRIG HC cpr pell 25 mg bte 60 pce cpr pell 50 mg bte 60 pce cpr pell 100 mg bte 60 pce cpr pell 200 mg bte 60 pce	Spirig HealthCare AG	010710	19380 19380 19380 19380	34.90 49.25 77.15 120.85	16.10 28.63 52.90 90.99
TOPSYM crème tb 15 g crème tb 30 g	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	100510	14092 14092	6.70 8.85	2.25 4.15
TOPSYM POLYVALENT ong tb 15 g ong tb 30 g crème tb 15 g crème tb 30 g	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	100520	12313 12313 14013 14013	15.65 26.10 15.65 26.10	6.47 12.00 6.47 12.00
TOVIAZ cpr ret 4 mg 14 pce cpr ret 4 mg 84 pce cpr ret 8 mg 14 pce cpr ret 8 mg 84 pce	Pfizer AG	050200	18898 18898 18898 18898	35.90 130.30 36.85 136.20	16.99 99.23 17.80 104.34
TRAMADOL HELVEPHARM caps 50 mg (nouv) 10 pce caps 50 mg (nouv) 20 pce caps 50 mg (nouv) 60 pce gouttes 100 mg/ml (nouv) fl 10 ml gouttes 100 mg/ml (nouv) 3 fl 10 ml	Helvepharm AG	010130	16873 16873 16873 16874 16874	5.20 6.05 14.00 7.80 17.95	0.97 1.71 5.07 3.21 8.51
TRAMADOL MEPHA caps 50 mg (nouv) 10 pce caps 50 mg (nouv) 20 pce caps 50 mg (nouv) 60 pce sol inj 100 mg/2 ml 5 amp 2 ml gouttes 100 mg/ml 10 ml gouttes 100 mg/ml 3x 10 ml gouttes 100 mg/ml av pomp dos 50 ml	Mepha Pharma AG	010130	16192 16192 16192 16193 16195 16195 16195	5.20 6.05 14.00 7.45 7.30 17.60 26.05	0.94 1.72 5.07 2.91 2.77 8.20 11.99
TRAMADOL MEPHA RETARD depotabs 50 mg 10 pce depotabs 50 mg 30 pce depotabs 50 mg 50 pce depotabs 100 mg 10 pce depotabs 100 mg 30 pce depotabs 100 mg 50 pce depotabs 150 mg 10 pce depotabs 150 mg 30 pce depotabs 150 mg 50 pce depotabs 200 mg 10 pce depotabs 200 mg 30 pce depotabs 200 mg 50 pce	Mepha Pharma AG	010130	18452 18452 18452 18452 18452 18452 18452 18452 18452 18452 18452 18452	5.85 9.15 15.85 7.30 17.70 20.80 8.40 18.95 29.35 8.60 19.65 34.20	1.51 4.38 6.66 2.80 8.28 10.98 3.74 9.37 14.86 3.90 9.99 15.50
TRAMADOL PLUS SPIRIG HC cpr pell 37.5/325 mg 10 pce cpr pell 37.5/325 mg 20 pce cpr pell 37.5/325 mg 60 pce cpr pell 37.5/325 mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	010140	20277 20277 20277 20277	5.75 7.15 17.30 25.65	1.45 2.64 7.92 11.61

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TRAMADOL RETARD HELVEPHARM	Helvepharm AG	010130			
cpr pell ret 100 mg 10 pce			18083	7.60	3.04
cpr pell ret 100 mg 30 pce			18083	18.55	9.00
cpr pell ret 100 mg 60 pce			18083	27.45	13.18
cpr pell ret 150 mg 10 pce			18083	8.35	3.70
cpr pell ret 150 mg 30 pce			18083	18.75	9.20
cpr pell ret 150 mg 60 pce			18083	38.90	19.59
cpr pell ret 200 mg 10 pce			18083	7.85	3.28
cpr pell ret 200 mg 30 pce			18083	19.05	9.47
cpr pell ret 200 mg 60 pce			18083	39.85	20.43
TRAMADOL RETARD ZENTIVA	Helvepharm AG	010130			
cpr pell ret 100 mg blist 10 pce			18083	7.60	3.04
cpr pell ret 100 mg blist 30 pce			18083	18.55	9.00
cpr pell ret 100 mg blist 60 pce			18083	27.45	13.18
cpr pell ret 150 mg blist 10 pce			18083	8.35	3.70
cpr pell ret 150 mg blist 30 pce			18083	18.75	9.20
cpr pell ret 150 mg blist 60 pce			18083	38.90	19.59
cpr pell ret 200 mg blist 10 pce			18083	7.85	3.28
cpr pell ret 200 mg blist 30 pce			18083	19.05	9.47
cpr pell ret 200 mg blist 60 pce			18083	39.85	20.43
TRAMADOL SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	010130			
caps 50 mg 10 pce			17161	5.20	0.96
caps 50 mg 20 pce			17161	6.05	1.71
caps 50 mg 60 pce			17161	14.00	5.07
gouttes 100 mg/ml a pomp dos 50 ml			17856	26.05	11.99
gouttes 100 mg/ml fl 10 ml			17856	7.30	2.80
gouttes 100 mg/ml 3 fl 10 ml			17856	17.60	8.20
cpr ret 100 mg 10 pce			18158	7.35	2.81
cpr ret 100 mg 30 pce			18158	17.70	8.29
cpr ret 100 mg 50 pce			18158	20.80	10.98
cpr ret 150 mg 10 pce			18158	8.40	3.76
cpr ret 150 mg 30 pce			18158	18.95	9.37
cpr ret 150 mg 50 pce			18158	29.35	14.85
cpr ret 200 mg 10 pce			18158	8.60	3.93
cpr ret 200 mg 30 pce			18158	19.70	10.00
cpr ret 200 mg 50 pce			18158	34.15	15.48
TRAMADOL ZENTIVA	Helvepharm AG	010130			
caps 50 mg blist 10 pce			16873	5.20	0.97
caps 50 mg blist 20 pce			16873	6.05	1.71
caps 50 mg blist 60 pce			16873	14.00	5.07
gouttes 100 mg/ml fl 10 ml			16874	7.80	3.21
gouttes 100 mg/ml 3 fl 10 ml			16874	17.95	8.51
TRAMADOL-PARACÉTAMOL MEPHA	Mepha Pharma AG	010140			
lacktab 37.5/325 mg 10 pce			20213	5.80	1.46
lacktab 37.5/325 mg 20 pce			20213	7.15	2.64
lacktab 37.5/325 mg 60 pce			20213	17.30	7.92
lacktab 37.5/325 mg blist 100 pce			20213	25.65	11.61
Lactab 75/650 mg 10 pce			20213	6.85	2.40
Lactab 75/650 mg 20 pce			20213	9.05	4.33
Lactab 75/650 mg 60 pce			20213	27.20	12.98

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TRAMAL	Grünenthal Pharma AG	010130			
caps 50 mg 10 pce			14191	5.35	1.08
caps 50 mg 20 pce			14191	6.30	1.90
caps 50 mg 60 pce			14191	14.65	5.63
gouttes 100 mg/ml 10 ml			15796	7.40	2.88
gouttes 100 mg/ml av pompe dosage 30 ml			15796	19.05	9.45
gouttes 100 mg/ml av pompe dosage 50 ml			15796	27.60	13.32
sol inj 100 mg/2 ml i.m./i.v. 5 amp 2 ml			15798	7.80	3.23
TRANXILIUM	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010410			
caps 5 mg 20 pce			11478	6.25	1.86
caps 5 mg 50 pce			11478	7.90	3.33
caps 10 mg 20 pce			11478	7.60	3.06
caps 10 mg 50 pce			11478	14.90	5.83
caps 20 mg 20 pce			11478	9.05	4.32
caps 20 mg 50 pce			11478	19.55	9.90
TRANXILIUM TABS	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010410			
cpr pell 20 mg 20 pce			15414	14.25	5.27
cpr pell 20 mg 50 pce			15414	26.10	12.03
TRIMIPRAMINE SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	010600			
gouttes 40 mg/ml 30 ml			19262	14.05	5.10
TRIMIPRAMINE ZENTIVA	Helvepharm AG	010600			
gouttes 40 mg/ml 30 ml			19594	14.05	5.10
TYSABRI	Biogen Switzerland AG	019900			
conc perf 300 mg/15 ml fl 15 ml			18520	1784.15	1570.68
ULTRAVIST 150	Bayer (Schweiz) AG	140113			
sol inj 150 mg fl 50 ml			15897	34.35	15.63
sol inj 150 mg fl 200 ml			15897	73.80	49.99
ULTRAVIST 240	Bayer (Schweiz) AG	140113			
sol inj 240 mg fl 50 ml			15897	45.20	25.07
ULTRAVIST 300	Bayer (Schweiz) AG	140113			
sol inj 300 mg fl 10 ml			15897	16.00	6.80
sol inj 300 mg amp 20 ml			15897	27.90	13.59
sol inj 300 mg fl 50 ml			15897	50.30	29.52
sol inj 300 mg fl 100 ml			15897	81.95	57.12
sol inj 300 mg fl 200 ml			15897	143.40	110.61
sol inj 300 mg 10 fl 50 ml			15897	355.25	295.17
sol inj 300 mg 10 fl 100 ml			15897	672.20	571.25
sol inj 300 mg 10 fl 200 ml			15897	1274.60	1106.08
sol inj 300 mg 8 fl 500 ml			15897	2487.70	2212.15
ULTRAVIST 370	Bayer (Schweiz) AG	140113			
sol inj 370 mg amp 30 ml			15897	42.20	22.48
sol inj 370 mg fl 50 ml			15897	55.60	34.15
sol inj 370 mg fl 100 ml			15897	92.20	66.01
sol inj 370 mg fl 200 ml			15897	162.95	127.65
sol inj 370 mg 10 fl 50 ml			15897	408.40	341.46
sol inj 370 mg 10 fl 100 ml			15897	774.20	660.11
sol inj 370 mg 10 fl 200 ml			15897	1461.55	1276.53
sol inj 370 mg 8 fl 500 ml			15897	2861.55	2553.06

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ULTRAVIST CARTOUCHES PRÉ REMPL sol inj 300 mg 75 ml	Bayer (Schweiz) AG	140113	15897	63.20	40.78
sol inj 300 mg 100 ml			15897	81.95	57.12
sol inj 300 mg 125 ml			15897	94.45	67.97
sol inj 300 mg 10x 100 ml			15897	672.20	571.25
ULTRAVIST CARTOUCHES PRÉ REMPL sol inj 370 mg 100 ml	Bayer (Schweiz) AG	140113	15897	92.20	66.01
sol inj 370 mg 10x 100 ml			15897	774.20	660.11
URBANYL cpr 10 mg 30 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010410	13383	8.20	3.56
URISPAS cpr pell 200 mg 30 pce	Recordati AG	050200	19004	16.15	6.93
cpr pell 200 mg 100 pce			19004	38.95	19.63
UROREC caps 4 mg 30 pce	Recordati AG	059800	20526	26.05	11.99
caps 4 mg 100 pce			20526	59.85	37.87
caps 8 mg 30 pce			20526	26.05	11.99
caps 8 mg 100 pce			20526	59.85	37.87
VALIUM sol inj 10 mg/2 ml i.m./i.v. 5 amp 2 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	010410	10164	7.10	2.62
VESICARE cpr pell 5 mg 30 pce	Astellas Pharma AG	050200	18336	45.65	25.46
cpr pell 5 mg 90 pce			18336	97.95	71.02
cpr pell 10 mg 30 pce			18336	51.30	30.42
cpr pell 10 mg 90 pce			18336	113.85	84.89
VIMPAT cpr pell 50 mg 14 pce	UCB-Pharma SA	010710	19049	26.90	12.71
cpr pell 100 mg 14 pce			19049	45.25	25.14
cpr pell 100 mg 56 pce			19049	125.15	94.75
cpr pell 100 mg 168 pce			19049	334.10	276.76
cpr pell 150 mg 14 pce			19049	58.70	36.83
cpr pell 150 mg 56 pce			19049	177.05	139.96
cpr pell 150 mg 3x 56 pce			19049	486.20	409.23
cpr pell 200 mg 14 pce			19049	72.75	49.09
cpr pell 200 mg 56 pce			19049	230.50	186.52
cpr pell 200 mg 3x 56 pce			19049	642.80	545.64
sirop 10 mg/ml fl 200 ml			19051	60.50	38.43
XAMIOL gel 30 g			LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100300	18918
gel 60 g	18918	63.40			40.94
XANAX cpr 0.250 mg 30 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010410	13803	5.75	1.43
cpr 0.250 mg 100 pce			13803	8.75	4.06
cpr 0.500 mg 30 pce			13803	6.70	2.26
cpr 0.500 mg 100 pce			13803	15.85	6.67
cpr 1 mg 30 pce			13803	8.75	4.06
cpr 1 mg 100 pce			13803	25.10	11.17
cpr 2 mg 30 pce			13803	17.55	8.13
cpr 2 mg 100 pce			13803	42.70	22.91

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
XANAX RETARD cpr ret 0.500 mg 30 pce cpr ret 0.500 mg 100 pce 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 3 mg 30 pce cpr ret 3 mg 100 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010410	16446 16446 16446 16446 16446 16446 16446 16446	7.80 19.05 14.80 34.55 25.50 53.70 34.45 71.70	3.22 9.45 5.76 15.83 11.52 32.47 15.71 48.15
XATRAL UNO cpr ret 10 mg 10 pce cpr ret 10 mg 30 pce cpr ret 10 mg 90 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	050200	17464 17464 17464	14.65 33.75 65.00	5.63 15.12 42.35
XENAZINE cpr 25 mg 112 pce	Curatis AG	019900	18880	166.50	130.77
XENETIX sol inj 300 mg amp 50 ml sol inj 300 mg amp 100 ml sol inj 300 mg 10 sach 100 ml sol inj 300 mg 10 amp 200 ml sol inj 300 mg 10 sach 200 ml sol inj 300 mg 10 amp 500 ml sol inj 300 mg 10 sach 500 ml sol inj 300 mg vial 200 ml sol inj 300 mg vial 500 ml sol inj 350 mg amp 20 ml sol inj 350 mg amp 50 ml sol inj 350 mg amp 100 ml sol inj 350 mg 10 sach 100 ml sol inj 350 mg 10 amp 200 ml sol inj 350 mg 10 sach 200 ml sol inj 350 mg 10 amp 500 ml sol inj 350 mg 10 sach 500 ml sol inj 350 mg vial 200 ml sol inj 350 mg vial 500 ml	Guerbet AG	140113	16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503 16503	47.30 76.20 614.40 1204.10 1204.10 2915.60 2915.60 136.00 315.40 28.00 50.25 81.80 670.20 1310.70 1310.70 3164.70 3164.70 147.15 343.30	26.92 52.09 520.90 1041.80 1041.80 2604.50 2604.50 104.18 260.45 13.68 29.49 56.95 569.50 1139.01 1139.01 2847.52 2847.52 113.90 284.75
XEPLION susp inj 25 mg/0.25 ml ser prête 0.250 ml susp inj 50 mg/0.5 ml ser prête 0.500 ml susp inj 75 mg/0.75 ml ser prête 0.750 ml susp inj 100 mg/ml ser prête 1 ml susp inj 150 mg/1.5 ml ser prête 1.500 ml	Janssen-Cilag AG	010500	19290 19290 19290 19290 19290	199.15 316.05 432.20 525.70 652.25	159.17 261.03 362.21 443.64 553.89
XYREM sol 500 mg/ml fl 180 ml	UCB-Pharma SA	019900	18370	353.10	293.30
ZARZIO sol inj 30 mio U/0.5 ml ser prête 5 pce sol inj 48 mio U/0.5 ml ser prête 5 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	060730	19217 19217	479.65 668.45	403.51 567.99
ZOFRAN cpr pell 4 mg 10 pce cpr pell 8 mg 6 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	010900	15857 15857	50.85 50.95	29.99 30.09

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ZOFRAN ZYDIS cpr ling 4 mg 10 pce cpr ling 8 mg 6 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	010900	16886	50.85	29.99
			16886	50.95	30.09
ZOVIRAX crème 10 g	GlaxoSmithKline AG	100930	14623	20.60	10.78
ZYCLARA crème 37.500 mg/g sach 28 pce	MEDA Pharma GmbH	109900	20285	141.30	108.80
IV.c. Baissement de prix exceptionnel					
MAGNESIUM DIASPORAL CITRACAPS caps 100 mg 120 pce	Doetsch Grether AG Hersteller/ Importeur	070210	21271	35.80	16.92
IV.d. Baissement de prix volontairement					
ADRIPLASTIN SOL sol inj 10 mg/5 ml cytosafe 5 ml sol inj 50 mg/25 ml 2 cytosafe 25 ml	Pfizer AG	071610	15876	26.75	12.60
			15876	161.20	126.12
AERIUS cpr pell 5 mg 10 pce cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 90 pce	Organon GmbH	071310	17673	7.75	3.20
			17673	18.90	9.30
			17673	45.55	25.41
AMARYL cpr 4 mg 30 pce cpr 4 mg 120 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	16476	17.25	7.88
			16476	48.40	27.89
AMBRISANTAN MEPHA Lactab 5 mg blist 30 pce Lactab 10 mg blist 30 pce	Mepha Pharma AG	020710	21191	1313.90	1141.90
			21191	1313.90	1141.90
AMOXI MEPHA 1000 lactabs 1000 mg 20 pce	Mepha Pharma AG	080123	15470	20.70	10.90
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	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071060	17279	28.05	13.70
			17279	69.25	46.04
			17279	44.00	24.03
			17279	113.15	84.28
ARIMIDEX cpr pell 1 mg 30 pce cpr pell 1 mg 100 pce	Medius AG	071620	16688	110.65	82.10
			16688	274.40	224.72
AROMASIN drag 25 mg 30 pce drag 25 mg 100 pce	Pfizer AG	071620	17410	98.50	71.50
			17410	290.05	238.38
BRUFEN cpr pell 200 mg blist 30 pce cpr pell 400 mg 20 pce cpr pell 400 mg 50 pce cpr pell 600 mg 20 pce cpr pell 600 mg 100 pce	Mylan Pharma GmbH	071010	14248	6.90	2.44
			11185	7.35	2.82
			11185	15.60	6.46
			14248	8.45	3.77
			14248	35.85	16.94
BRUFEN RETARD cpr ret 800 mg 20 pce cpr ret 800 mg 50 pce cpr ret 800 mg 100 pce	Mylan Pharma GmbH	071010	15616	9.00	4.28
			15616	18.90	9.32
			15616	37.20	18.12
CAMPTO conc perf 40 mg/2 ml cytosafe 2 ml conc perf 100 mg/5 ml cytosafe 5 ml conc perf 300 mg/15 ml cytosafe 15 ml	Pfizer AG	071610	17119	73.20	49.46
			17119	153.85	119.75
			17119	385.00	321.10

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
CARBOPLATINE SANDOZ sol perf 50 mg/5 ml flac 1 pce sol perf 150 mg/15 ml flac 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	17732 17732	18.35 47.05	8.85 26.72
CASODEX cpr 50 mg blist 30 pce cpr 50 mg blist 100 pce	Medius AG	071620	16483 16483	123.15 219.80	92.98 177.16
CIPROFLOXACINE AXAPHARM cpr pell 250 mg 10 pce cpr pell 250 mg 20 pce	Axapharm AG	080180	18709 18709	15.75 18.55	6.59 9.00
CIPROFLOXACINE SPIRIG HC cpr pell 250 mg 10 pce cpr pell 250 mg 20 pce	Spirig HealthCare AG	080180	17766 17766	15.75 18.50	6.58 8.99
CLORAZEPATE ZENTIVA cpr pell 20 mg 20 pce cpr pell 20 mg 50 pce	Helvepharm AG	010410	19588 19588	8.90 19.10	4.16 9.48
CO-AMOXI MEPHA cpr disp 625 mg 10 pce cpr disp 625 mg 20 pce lactabs 1000 mg 12 pce lactabs 1000 mg 20 pce pdr 312.500 mg p susp fl 100 ml	Mepha Pharma AG	080193	18550 18550 17739 17739 17513	25.10 34.15 34.20 36.25 25.35	11.15 15.48 15.49 17.28 11.35
CORDARONE cpr 200 mg 20 pce cpr 200 mg 60 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020200	10918 10918	16.20 36.40	6.97 17.43
DAONIL cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	11244 11244	8.00 19.35	3.40 9.70
DIENOGEST MEPHA cpr 2 mg blist 28 pce cpr 2 mg 3 blist 28 pce	Mepha Pharma AG	099900	21015 21015	66.25 143.50	43.43 110.73
DIENOGEST SANDOZ cpr 2 mg blist 28 pce cpr 2 mg 3 blist 28 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	099900	21165 21165	66.25 143.50	43.43 110.73
DOXORUBICIN TEVA sol inj 10 mg/5 ml flac 5 ml	Teva Pharma AG	071610	19199	26.75	12.60
DUTASTERID SPIRIG HC caps 0.5 mg blist 30 pce caps 0.5 mg blist 90 pce	Spirig HealthCare AG	059900	20749 20749	34.40 70.40	15.69 47.05
ECOFENAC SANDOZ lipogel 1 % 50 g lipogel 1 % 100 g	Sandoz Pharmaceuticals AG	071040	17278 17278	5.60 7.60	3.03 4.13
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	119.95 222.70 371.30	90.19 179.72 309.13
ESCITALOPRAM HELVEPHARM cpr pell 20 mg 100 pce	Helvepharm AG	010600	20231	95.75	69.11
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	38.70 182.70 251.95	19.41 144.88 205.17
FLUIMUCIL gran 200 mg adult sach 30 pce gran 200 mg adult sach 90 pce	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796 11796	6.20 19.15	3.37 9.54

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
FLUOXÉTINE AXAPHARM cpr pell 20 mg blist 30 pce cpr pell 20 mg blist 100 pce	Axapharm AG	010600	18981 18981	19.25 56.90	9.62 35.28
FLUOXETIN HELVEPHARM cpr disp 20 mg 10 pce cpr disp 20 mg 30 pce cpr disp 20 mg 100 pce	Helvepharm AG	010600	18568 18568 18568	8.45 19.10 56.90	3.81 9.51 35.27
FLUOXÉTINE MEPHA DISPERSIBLE cpr 20 mg 10 pce cpr 20 mg 30 pce cpr 20 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	010600	18400 18400 18400	7.80 19.30 56.90	3.21 9.66 35.27
FLUOXÉTINE SANDOZ cpr disp 20 mg 14 pce cpr disp 20 mg 28 pce cpr disp 20 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010600	18242 18242 18242	9.30 18.55 56.90	4.52 9.03 35.28
FLUOXETIN ZENTIVA cpr disp 20 mg blist 10 pce cpr disp 20 mg blist 30 pce cpr disp 20 mg blist 100 pce	Helvepharm AG	010600	18568 18568 18568	8.45 19.10 56.90	3.81 9.51 35.27
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	38.80 38.80	19.52 19.52
GEMCITABIN TEVA subst sèche 200 mg flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	19018	38.80	19.52
GEMCITABIN TEVA LIQUID conc perf 200 mg/5 ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	20301	38.80	19.52
IBUPROFÈNE SANDOZ cpr pell ret 800 mg 20 pce cpr pell ret 800 mg 50 pce cpr pell ret 800 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010	19755 19755 19755	9.00 18.90 35.30	4.28 9.30 16.46
IMODIUM caps 2 mg 20 pce caps 2 mg 60 pce	Janssen-Cilag AG	040900	12893 12893	7.15 19.00	3.87 9.40
INFLAMAC LOTION émuls 1 % tb 50 g émuls 1 % tb 100 g	Spirig HealthCare AG	071040	18224 18224	5.65 7.60	3.07 4.12
IRFEN 200 lactabs 200 mg 30 pce lactabs 200 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	071010	15527 15527	6.90 16.90	2.44 7.58
IVABRADINE SANDOZ cpr pell 5 mg 56 pce cpr pell 5 mg 112 pce cpr pell 7.500 mg 56 pce cpr pell 7.500 mg 112 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	029900	20748 20748 20748 20748	59.10 101.55 59.10 101.55	37.19 74.19 37.19 74.19
JEVTANA conc perf 60 mg a solv flac 1 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19436	3261.60	2942.06
LIVIAL cpr 2.500 mg 28 pce cpr 2.500 mg 3x 28 pce	Organon GmbH	070830	17141 17141	26.05 51.50	11.99 30.57
METHOTREXAT SANDOZ cpr 10 mg 10 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	18949	15.65	6.47

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
OMEPRAX cpr pell 10 mg 14 pce cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 56 pce cpr pell 10 mg 98 pce	Drossapharm AG	049900	18415 18415 18415 18415	14.25 18.30 37.00 44.15	5.27 8.80 17.95 24.16
OMÉPRAZOLE HELVEPHARM cpr pell 10 mg 14 pce cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 56 pce cpr pell 10 mg 98 pce	Helvepharm AG	049900	18103 18103 18103 18103	14.30 18.40 37.20 44.35	5.32 8.88 18.10 24.35
OMEPRAZOL ZENTIVA cpr pell 10 mg blist 14 pce cpr pell 10 mg blist 28 pce cpr pell 10 mg blist 56 pce cpr pell 10 mg blist 98 pce	Helvepharm AG	049900	18103 18103 18103 18103	14.30 18.40 37.20 44.35	5.32 8.88 18.10 24.35
PARAPLATIN sol perf 150 mg/15 ml i.v. flac 15 ml sol perf 450 mg/45 ml i.v. flac 45 ml	Bristol-Myers Squibb SA	071610	15149 15149	47.05 117.65	26.72 88.19
PROPRANOLOL HELVEPHARM cpr 10 mg 60 pce	Helvepharm AG	020300	14921	6.10	1.73
PROPRANOLOL ZENTIVA cpr pell 10 mg bte 60 pce	Helvepharm AG	020300	14921	6.10	1.73
SIMCORA cpr pell 80 mg blist 30 pce cpr pell 80 mg blist 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200	18013 18013	37.50 83.50	18.36 58.46
SIMVASINE SPIRIG HC cpr pell 80 mg 28 pce cpr pell 80 mg 98 pce	Spirig HealthCare AG	071200	18347 18347	36.85 82.15	17.82 57.28
SIMVASTATINE MEPHA lactabs 80 mg 30 pce lactabs 80 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	071200	20188 20188	37.80 83.50	18.64 58.46
SIMVASTATINE SPIRIG HC cpr pell 20 mg blist 30 pce cpr pell 40 mg blist 30 pce cpr pell 40 mg blist 100 pce cpr pell 80 mg blist 30 pce cpr pell 80 mg blist 100 pce	Spirig HealthCare AG	071200	21274 21274 21274 21274 21274	38.30 38.30 83.50 38.30 83.50	19.09 19.09 58.45 19.09 58.45
SINGULAIR cpr mâcher 4 mg petit enf 28 pce cpr mâcher 4 mg petit enf 98 pce	Organon GmbH	030450	17253 17253	38.60 93.85	19.32 67.45
TAVANIC cpr 250 mg 5 pce cpr 250 mg 7 pce cpr 250 mg 10 pce cpr 500 mg 5 pce cpr 500 mg 7 pce cpr 500 mg 10 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080180	17089 17089 17089 17089 17089 17089	17.85 25.05 29.35 26.85 35.55 42.00	8.42 11.09 14.84 12.68 16.67 22.32
TAXOL conc perf 30 mg/5 ml flac 5 ml conc perf 100 mg/16.7 ml flac 16.700 ml conc perf 300 mg/50 ml flac 50 ml	Bristol-Myers Squibb SA	071610	16236 16236 16236	42.50 100.80 269.55	22.72 73.50 220.51

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TAXOTERE conc perf 20 mg/ml flac 1 ml conc perf 80 mg/4 ml flac 4 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	16819 16819	96.80 338.10	70.05 280.22
VALSARTAN AXAPHARM cpr pell 80 mg 28 pce cpr pell 80 mg 98 pce cpr pell 160 mg 28 pce cpr pell 160 mg 98 pce	Axapharm AG	020710	20176 20176 20176 20176	19.65 53.40 26.10 65.10	9.98 32.23 12.00 42.40
VALSARTAN HELVEPHARM cpr pell 80 mg 28 pce cpr pell 80 mg 98 pce cpr pell 160 mg (nouveau) 28 pce cpr pell 160 mg (nouveau) 98 pce	Helvepharm AG	020710	19748 19748 19748 19748	15.85 53.40 18.90 65.05	6.65 32.22 9.30 42.39
VALSARTAN SANDOZ cpr pell 80 mg 28 pce cpr pell 80 mg 98 pce cpr pell 160 mg 28 pce cpr pell 160 mg 98 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020710	19445 19445 19445 19445	19.65 53.40 26.10 65.10	9.97 32.23 12.01 42.40
VALSARTAN ZENTIVA cpr pell 80 mg 28 pce cpr pell 80 mg 98 pce cpr pell 160 mg 28 pce cpr pell 160 mg 98 pce	Helvepharm AG	020710	19748 19748 19748 19748	15.85 53.40 18.90 65.05	6.65 32.22 9.30 42.39
VALTAN MEPHA cpr pell 80 mg 28 pce cpr pell 80 mg 98 pce cpr pell 160 mg 28 pce cpr pell 160 mg 98 pce	Mepha Pharma AG	020710	19583 19583 19583 19583	19.65 53.40 26.10 65.10	9.97 32.23 12.01 42.40
VENLAFAXINE ER SANDOZ caps 75 mg 14 pce caps 75 mg 28 pce caps 75 mg 98 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010600	20062 20062 20062	16.45 27.80 70.10	7.20 13.48 46.77
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	16.25 28.05 70.10	7.02 13.72 46.76
VENLAFAXIN PFIZER ER caps ret 75 mg 14 pce caps ret 75 mg 28 pce caps ret 75 mg 98 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010600	19601 19601 19601	16.60 28.05 70.10	7.33 13.71 46.76
VENLAFAXINE RET HELVEPHARM caps ret 75 mg 14 pce caps ret 75 mg 28 pce caps ret 75 mg 98 pce	Helvepharm AG	010600	18989 18989 18989	16.60 28.05 70.10	7.33 13.73 46.76
VENLAFAXIN RET ZENTIVA caps ret 75 mg 14 pce caps ret 75 mg 28 pce caps ret 75 mg 98 pce	Helvepharm AG	010600	18989 18989 18989	16.60 28.05 70.10	7.33 13.73 46.76
VENLAFAXINE SPIRIG HC caps ret 75 mg 14 pce caps ret 75 mg 28 pce caps ret 75 mg 98 pce	Spirig HealthCare AG	010600	19180 19180 19180	15.10 26.95 70.10	6.00 12.75 46.76

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
VENLAFAXINE SPIRIG HC RETARD caps ret 75 mg (nouv) blist 14 pce caps ret 75 mg (nouv) blist 28 pce caps ret 75 mg (nouv) blist 98 pce	Spirig HealthCare AG	010600	21254 21254 21254	15.10 26.95 70.10	6.00 12.75 46.76
VISANNETTE cpr 2 mg 2x blist 14 pce cpr 2 mg 6x blist 14 pce	Berlis AG	099900	20917 20917	66.25 143.50	43.42 110.72
IV.e. Mutation de prix normale					
ENSTILAR mousse 60 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100300	20549	70.00	46.67
NPLATE subst sèche 250 mcg c solv flac 1 pce subst sèche 500 mcg c solv flac 1 pce	Amgen Switzerland AG	069900	19472 19472	716.55 1399.30	609.89 1219.78
ZEPATIER cpr pell 100/50 28 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	20504	9569.20	9095.80
IV.f. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet					
ZYTIGA cpr pell 500 mg 56 pce	Janssen-Cilag AG	071620	19608	3313.50	2992.67

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

V. Modifications de la limitation/de l'indication

CABAZITAXEL ACCORD conc perf 60 mg/3 ml flac 3 ml	Accord Healthcare AG	071610	21332	3261.60	2942.06
---	----------------------	--------	-------	---------	---------

Vieille limitation :

En association avec la prednisone ou la prednisolone, pour le traitement de patients atteints d'un cancer métastatique de la prostate hormonorésistant (mHRPC) ayant été traités au préalable avec une chimiothérapie à base de docétaxel, mais qui n'ont pas répondu au traitement ou chez lesquels le carcinome a progressé dans les 6 mois après l'arrêt de la thérapie avec le docétaxel.

Après entente préalable par le médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie.

Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 10.

En cas d'arrêt de la thérapie avant le 2^{ème} cycle de Cabazitaxel Accord, la firme Accord Healthcare sa remboursera au payeur, sur demande de l'assureur, les coûts de la dose de Cabazitaxel Accord administrée pour le 1er cycle en termes de prix public.

Nouvelle limitation :

En association avec la prednisone ou la prednisolone, pour le traitement de patients atteints d'un cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC) ayant été traités au préalable avec une chimiothérapie à base de docétaxel, mais qui n'ont pas répondu au traitement ou chez lesquels le carcinome a progressé dans les 6 mois après l'arrêt de la thérapie avec le docétaxel.

Après entente préalable par le médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie.

Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 10.

En cas d'arrêt de la thérapie avant le 2^{ème} cycle de Cabazitaxel Accord, la firme Accord Healthcare SA remboursera au payeur, sur demande de l'assureur, les coûts de la dose de Cabazitaxel Accord administrée pour le 1er cycle en termes de prix public

DARZALEX conc perf 100 mg/5 ml flac 5 ml	Janssen-Cilag AG	071610	20589	546.10	461.43
conc perf 400 mg/20 ml flac 20 ml			20589	2052.95	1815.77

Vieille limitation :

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Après prise en charge des frais par l'assureur à la suite d'une consultation préalable du médecin-conseil.

Seulement jusqu'à la progression de la maladie.

Uniquement en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple, chez les patients qui ont déjà reçu au moins trois lignes de traitement antérieur, incluant >1 inhibiteur du protéasome (IP) et >1 principe actif immunomodulateur (IMiD) et n'ont encore jamais été traités par Darzalex ou en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple qui ont été doublement réfractaires à >1 IP et IMiD et n'ont encore jamais été traités par Darzalex.

La prise en charge des frais est tout d'abord valable pour 4 semaines et sera prolongée ensuite par l'assureur-maladie uniquement si le médecin traitant annonce à l'assureur après 4 semaines que le traitement sera poursuivi. Dans ce cas-là, la prolongation de la prise en charge des frais doit être accordée sans exiger de documents supplémentaires. Si le traitement ne se poursuit pas au-delà des 4 semaines initiales, la société Janssen-Cilag AG remboursera, sur demande de l'assureur-maladie auprès de qui la personne assurée était assurée au moment de l'achat, les coûts correspondant aux emballages remis jusqu'à ce moment-là ou aux quantités de Darzalex administrées. La TVA ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit normalement être effectuée dans les 6 mois. Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.01

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

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

Daratumumab est remboursé lorsqu'il est utilisé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur. Le traitement par Darzalex sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Dans cette indication, Janssen-Cilag AG remboursera un montant fixe du prix de fabrication du traitement à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'administration du traitement. Janssen-Cilag AG informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de fabrication.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.02

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2023

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

DARZALEX est remboursé en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple, non préalablement traités et non éligibles à une autogreffe de cellules souches. Le traitement par DARZALEX est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

À la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, Janssen-Cilag SA remboursera une proportion fixe du prix de fabrication pour chaque emballage de DARZALEX. Janssen-Cilag SA informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication.

Si la durée du traitement dépasse les 24 mois (dès le 25^{ème} mois), Janssen-Cilag SA remboursera, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, un montant fixe du prix économique du traitement (P-Exf - remboursement) pour chaque emballage de DARZALEX. Ce remboursement ne s'applique qu'aux traitements initiés à partir du 1er août 2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20589.03

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

Nouvelle limitation:

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Après prise en charge des frais par l'assureur à la suite d'une consultation préalable du médecin-conseil.

Seulement jusqu'à la progression de la maladie.

Uniquement en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple, chez les patients qui ont déjà reçu au moins trois lignes de traitement antérieur, incluant >1 inhibiteur du protéasome (IP) et >1 principe actif immunomodulateur (IMiD) et n'ont encore jamais été traités par Darzalex ou en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple qui ont été doublement réfractaires à >1 IP et IMiD et n'ont encore jamais été traités par Darzalex.

La prise en charge des frais est tout d'abord valable pour 4 semaines et sera prolongée ensuite par l'assureur-maladie uniquement si le médecin traitant annonce à l'assureur après 4 semaines que le traitement sera poursuivi. Dans ce cas-là, la prolongation de la prise en charge des frais doit être accordée sans exiger de documents supplémentaires. Si le traitement ne se poursuit pas au-delà des 4 semaines initiales, la société Janssen-Cilag AG remboursera, sur demande de l'assureur-maladie auprès de qui la personne assurée était assurée au moment de l'achat, les coûts correspondant aux emballages remis jusqu'à ce moment-là ou aux quantités de Darzalex administrées. La TVA ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit normalement être effectuée dans les 6 mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.01

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

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

Daratumumab est remboursé lorsqu'il est utilisé en association avec le lénelalidomide et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur. Le traitement par Darzalex sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Dans cette indication, Janssen-Cilag AG remboursera un montant fixe du prix de fabrique du traitement à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'administration du traitement. Janssen-Cilag AG informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.02

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2023

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

DARZALEX est remboursé en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple, non préalablement traités et non éligibles à une autogreffe de cellules souches. Le traitement par DARZALEX est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

À la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, Janssen-Cilag SA remboursera une proportion fixe du prix de fabrique pour chaque emballage de DARZALEX. Janssen-Cilag SA informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette réduction sur le prix de fabrique.

Si la durée du traitement dépasse les 24 mois (dès le 25^{ème} mois), Janssen-Cilag SA remboursera, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, un montant fixe du prix économique du traitement (P-Exf - remboursement) pour chaque emballage de DARZALEX. Ce remboursement ne s'applique qu'aux traitements initiés à partir du 1er août 2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20589.03

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

Daratumumab est remboursé en association avec le bortézomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Le traitement sera remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.05

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

DARZALEX SC sol inj 1800 mg/15 ml flac 15 ml	Janssen-Cilag AG	071610	21150	5829.50	5447.31
---	------------------	--------	-------	---------	---------

Vieille limitation :

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Après prise en charge des frais par l'assureur à la suite d'une consultation préalable du médecin-conseil.

Seulement jusqu'à la progression de la maladie.

Uniquement en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple, chez les patients qui ont déjà reçu au moins trois lignes de traitement antérieur, incluant >1 inhibiteur du protéasome (IP) et >1 principe actif immunomodulateur (IMiD) et n'ont encore jamais été traités par Darzalex ou en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple qui ont été doublement réfractaires à >1 IP et IMiD et n'ont encore jamais été traités par Darzalex.

La prise en charge des frais est tout d'abord valable pour 4 semaines et sera prolongée ensuite par l'assureur-maladie uniquement si le médecin traitant annonce à l'assureur après 4 semaines que le traitement sera poursuivi. Dans ce cas-là, la prolongation de la prise en charge des frais doit être accordée sans exiger de documents supplémentaires. Si le traitement ne se poursuit pas au-delà des 4 semaines initiales, la société Janssen-Cilag AG remboursera, sur demande de l'assureur-maladie auprès de qui la personne assurée était assurée au moment de l'achat, les coûts correspondant aux emballages remis jusqu'à ce moment-là ou aux quantités de Darzalex administrées. La TVA ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit normalement être effectuée dans les 6 mois. Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.01

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

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

Daratumumab est remboursé lorsqu'il est utilisé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur. Le traitement par Darzalex sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Dans cette indication, Janssen-Cilag AG remboursera un montant fixe du prix de fabrique du traitement à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'administration du traitement. Janssen-Cilag AG informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.02

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2023

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

DARZALEX est remboursé en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple, non préalablement traités et non éligibles à une autogreffe de cellules souches. Le traitement par DARZALEX est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

À la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, Janssen-Cilag SA remboursera une proportion fixe du prix de fabrique pour chaque emballage de DARZALEX. Janssen-Cilag SA informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette réduction sur le prix de fabrique.

Si la durée du traitement dépasse les 24 mois (dès le 25^{ème} mois), Janssen-Cilag SA remboursera, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, un montant fixe du prix économique du traitement (P-Exf - remboursement) pour chaque emballage de DARZALEX. Ce remboursement ne s'applique qu'aux traitements initiés à partir du 1er août 2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20589.03

Limitation limitée jusqu'au 30.09.2023

AL-Amyloïdose

Après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

DARZALEX SC en association avec le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone est remboursé pour le traitement de patients atteints d'amyloïdose AL (amylose à chaînes légères) non traité antérieurement et ne présentant pas de cardiopathie de stade IIIB ou IV selon la NYHA.

Le traitement par le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone est remboursé pendant 6 cycles au maximum.

Le traitement par DARZALEX SC est remboursé pendant 24 cycles au maximum.

Janssen-Cilag AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, une part convenue du prix de fabrique pour chaque emballage remis de DARZALEX.

Janssen-Cilag AG informe l'assureur-maladie du montant du remboursement.

Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20589.04.

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

Nouvelle limitation :

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Après prise en charge des frais par l'assureur à la suite d'une consultation préalable du médecin-conseil.

Seulement jusqu'à la progression de la maladie.

Uniquement en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple, chez les patients qui ont déjà reçu au moins trois lignes de traitement antérieur, incluant >1 inhibiteur du protéasome (IP) et >1 principe actif immunomodulateur (IMiD) et n'ont encore jamais été traités par Darzalex ou en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple qui ont été doublement réfractaires à >1 IP et IMiD et n'ont encore jamais été traités par Darzalex.

La prise en charge des frais est tout d'abord valable pour 4 semaines et sera prolongée ensuite par l'assureur-maladie uniquement si le médecin traitant annonce à l'assureur après 4 semaines que le traitement sera poursuivi. Dans ce cas-là, la prolongation de la prise en charge des frais doit être accordée sans exiger de documents supplémentaires. Si le traitement ne se poursuit pas au-delà des 4 semaines initiales, la société Janssen-Cilag AG remboursera, sur demande de l'assureur-maladie auprès de qui la personne assurée était assurée au moment de l'achat, les coûts correspondant aux emballages remis jusqu'à ce moment-là ou aux quantités de Darzalex administrées. La TVA ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit normalement être effectuée dans les 6 mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.01

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

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

Daratumumab est remboursé lorsqu'il est utilisé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur. Le traitement par Darzalex sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Dans cette indication, Janssen-Cilag AG remboursera un montant fixe du prix de fabrication du traitement à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'administration du traitement. Janssen-Cilag AG informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de fabrication.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.02

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2023

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

DARZALEX est remboursé en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple, non préalablement traités et non éligibles à une autogreffe de cellules souches. Le traitement par DARZALEX est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

À la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, Janssen-Cilag SA remboursera une proportion fixe du prix de fabrication pour chaque emballage de DARZALEX. Janssen-Cilag SA informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication.

Si la durée du traitement dépasse les 24 mois (dès le 25^{ème} mois), Janssen-Cilag SA remboursera, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, un montant fixe du prix économique du traitement (P-Exf - remboursement) pour chaque emballage de DARZALEX. Ce remboursement ne s'applique qu'aux traitements initiés à partir du 1er août 2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20589.03

Limitation limitée jusqu'au 30.09.2023

AL-Amyloïdose

Après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

DARZALEX SC en association avec le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone est remboursé pour le traitement de patients atteints d'amyloïdose AL (amylose à chaînes légères) non traité antérieurement et ne présentant pas de cardiopathie de stade IIIB ou IV selon la NYHA.

Le traitement par le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone est remboursé pendant 6 cycles au maximum.

Le traitement par DARZALEX SC est remboursé pendant 24 cycles au maximum.

Janssen-Cilag AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, une part convenue du prix de fabrication pour chaque emballage remis de DARZALEX.

Janssen-Cilag AG informe l'assureur-maladie du montant du remboursement.

Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrication.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20589.04.

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

Daratumumab est remboursé en association avec le bortézomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Le traitement sera remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.05

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ENSTILAR mousse 60 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100300	20549	70.00	46.67
Vieille limitation: Ne pas utiliser plus de 60g (= 1 flacon spray) pour 4 jours. La durée maximale de traitement est de 4 semaines.					
Nouvelle limitation: Ne pas utiliser plus de 60g (= 1 flacon aérosol) pour 4 jours. La durée maximale de traitement est de 4 semaines. En cas de réponse clinique au traitement initial et de récurrence des lésions psoriasiques après la fin du traitement, celui-ci peut être répété au maximum 3 fois dans les 12 mois suivants.					
JEVTANA conc perf 60 mg c Solv flac 1 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19436	3261.60	2942.06
Vieille limitation: En association avec la prednisone ou la prednisolone, pour le traitement de patients atteints d'un cancer métastatique de la prostate hormonorésistant (mHRPC) ayant été traités au préalable avec une chimiothérapie à base de docétaxel, mais qui n'ont pas répondu au traitement ou chez lesquels le carcinome a progressé dans les 6 mois après l'arrêt de la thérapie avec le docétaxel. Après entente préalable par le médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie. Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 10. En cas d'arrêt de la thérapie avant le 2 ^{ème} cycle de JEVTANA, la firme sanofi-aventis (suisse) sa remboursera au payeur, sur demande de l'assureur, les coûts de la dose de JEVTANA administrée pour le 1er cycle en termes de prix public.					
Nouvelle limitation: En association avec la prednisone ou la prednisolone, pour le traitement de patients atteints d'un cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC) ayant été traités au préalable avec une chimiothérapie à base de docétaxel, mais qui n'ont pas répondu au traitement ou chez lesquels le carcinome a progressé dans les 6 mois après l'arrêt de la thérapie avec le docétaxel. Après entente préalable par le médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie. Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 10. En cas d'arrêt de la thérapie avant le 2 ^{ème} cycle de Jevtana, la firme sanofi-aventis (suisse) sa remboursera au payeur, sur demande de l'assureur, les coûts de la dose de Jevtana administrée pour le 1er cycle en termes de prix public.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
KEYTRUDA conc perf 100 mg/4 ml flac 2 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610	20416	4893.95	4534.58

Vieille limitation :**Valable pour toutes les indications remboursées:**

Avant le début du traitement une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie doit être obtenue après consultation du médecin conseil pour toutes les indications remboursées. **Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (KNXXX).**

Le dosage maximal est de 200 mg toutes les trois semaines.

Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35, sauf indication contraire. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Si un traitement de première ligne par KEYTRUDA a été remboursé dans une indication définie et que la maladie a progressé après une brève réponse au traitement, KEYTRUDA ne doit plus être remboursé pour les lignes de traitement ultérieures dans la même indication.

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Mélanome (monothérapie) KN006

(sans modèle de prix)

Monothérapie du mélanome non résecable ou métastatique chez les patients adultes.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN006

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Mélanome adjuvant (monothérapie) KN054

(sans modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux et métastases des ganglions lymphatiques >1 mm et sans récurrence locorégionale après résection complète chez des patients sans traitement systémique préalable du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:

Selon l'AJCC, 7^e édition: stade IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) et IIIC (sans métastases en transit et sans [micro-]satellites).

Selon l'AJCC, 8^e édition: pour autant qu'aucun [micro-]satellite ou aucune métastase en transit ne soient présents aux stades IIIB, IIIC, IIID.

Le traitement adjuvant avec KEYTRUDA doit être effectué dans les 15 semaines suivant la résection.

Les patients devraient être traités jusqu'à une récurrence de la maladie, le nombre maximal de traitements, respectivement de cycles, étant toutefois de 18.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN054

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L NSCLC (monothérapie) KN024

(sans modèle de prix)

Monothérapie en première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique de stade IV chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) ≥50% sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK. Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge par l'assurance maladie après consultation du médecin conseil.

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN024

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

2L NSCLC (monothérapie) KN010

(sans modèle de prix)

Monothérapie du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade avancé, métastatique après une chimiothérapie chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1.

Les patients porteurs d'aberrations génomiques tumorales de type EGFR ou ALK doivent également avoir reçu un traitement approuvé pour ces aberrations avant de recevoir KEYTRUDA.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN010

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) chez les patients adultes KN204

(sans modèle de prix)

En monothérapie, dans le traitement de patients adultes atteints de lymphome hodgkinien classique (cHL) récidivant ou réfractaire, dans le cas où une transplantation autologue ou allogène de cellules souches ne constitue pas une option thérapeutique

– soit chez des patients ayant déjà reçu au moins deux traitements préalables

– ou soit chez des patients chez lesquels une chimiothérapie n'est pas applicable ou n'est pas tolérée de façon avérée.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN204

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) chez des patients pédiatriques KN051

(sans modèle de prix)

Monothérapie dans le traitement du cHL récidivant ou réfractaire chez les patients pédiatriques pour lesquels aucune option thérapeutique satisfaisante n'est disponible.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN051

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Carcinome urothélial (monothérapie) KN045

(sans modèle de prix)

Monothérapie du carcinome urothélial localement avancé ou métastatique chez les adultes ayant été prétraités par chimiothérapie à base de platine au cours des 24 derniers mois. Les patients dont le traitement à base de platine remonte à plus de 24 mois doivent de nouveau recevoir un traitement de première ligne à base de platine avant le traitement par KEYTRUDA; un traitement de 2e ligne avec KEYTRUDA ne peut être initié qu'en cas de nouvelle progression dans les 24 mois suivant le traitement à base de platine.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN045

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L NSCLC épidermoïde (en association au carboplatine et au paclitaxel) chez des patients avec TPS < 50% KN407

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association au carboplatine et au paclitaxel, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) épidermoïde au stade métastatique chez les adultes avec un TPS <50%, qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN407

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L NSCLC non-épidermoïde (en association à une chimiothérapie avec pémétréxed + sel de platine) chez des patients avec TPS < 50% KN189

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie avec pémétréxed et sel de platine, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade métastatique, non-épidermoïde chez les adultes avec un TPS <50%, sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK, et

- qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois ET
- n'ont pas reçu de radiothérapie pulmonaire avec > 30 Gy au cours des 6 mois précédents.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN189

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) (en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU)) KN048

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU) pour le traitement d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) récidivant ou métastatique, exprimant le PD-L1 (à l'exception des carcinomes rhinopharyngés), chez les adultes n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur pour la maladie récidivante, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, localement avancée ou métastatique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN048

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) prétraités par une chimiothérapie à base de sels de platine (monothérapie) KN040

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du carcinome épidermoïde récidivant ou métastatique de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou du larynx, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, chez les adultes préalablement traités par une chimiothérapie à base de sels de platine et dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) ≥50%.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN040

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

3L Lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B (rrPMBCL) (monothérapie) KN170

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B réfractaire ou récidivant (rrPMBCL), chez les adultes

- qui ont reçu au moins 2 traitements antérieurs, dont au moins un par le rituximab, ET
 - qui n'entrent pas en ligne de compte pour une greffe autologue de cellules souches ou qui ont subi une récurrence après une greffe.
- N'est pas indiqué pour le traitement des patients atteints d'un PMBCL qui nécessitent un traitement cytoréducteur en urgence.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN170

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

2L Carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN164

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement d'un carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR), après un traitement antérieur à base de fluoropyrimidine en association avec de l'irinotécan ou de l'oxaliplatine chez les adultes

- sans traitement par des anticorps monoclonaux dans les 2 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN164

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

2L Carcinomes de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN158
(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement des carcinomes métastatiques de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ayant progressé après le traitement standard et sans alternatives thérapeutiques satisfaisantes chez les adultes

- sans traitement préalable par des anticorps monoclonaux dans les 4 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN158

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L Carcinome colorectal (CRC) métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN177
(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement de patients adultes atteints de carcinome colorectal (CRC) métastatique non traité antérieurement et présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR). KEYTRUDA ne doit pas être remboursé si le patient a reçu une radiothérapie dans les 4 semaines précédant le début du traitement.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN177

Sur demande de l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la prescription, le titulaire de l'autorisation, MSD Merck Sharp & Dohme AG, lui rembourse pour chaque emballage de KEYTRUDA une part du prix de fabrique fixée en fonction de la taille de l'emballage (1 ou 2 flacons). Il communique à l'assurance maladie le montant correspondant à la part du prix de fabrique du flacon qui lui sera remboursé par emballage. Dans sa demande de remboursement, l'assurance maladie doit indiquer le code de l'indication (cf. ci-dessus) au titulaire de l'autorisation. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite dès le moment de l'administration.

Nouvelle limitation:

Valable pour toutes les indications remboursées:

Avant le début du traitement une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie doit être obtenue après consultation du médecin conseil pour toutes les indications remboursées. **Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (KNXXX).**

Le dosage maximal est de 200 mg toutes les trois semaines.

Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35, sauf indication contraire. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Si un traitement de première ligne par KEYTRUDA a été remboursé dans une indication définie et que la maladie a progressé après une brève réponse au traitement, KEYTRUDA ne doit plus être remboursé pour les lignes de traitement ultérieures dans la même indication.

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Mélanome (monothérapie) KN006

(sans modèle de prix)

Monothérapie du mélanome non résecable ou métastatique chez les patients adultes.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN006

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Mélanome adjuvant (monothérapie) KN054

(sans modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux et métastases des ganglions lymphatiques >1 mm et sans récurrence locorégionale après résection complète chez des patients sans traitement systémique préalable du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:

Selon l'AJCC, 7^e édition: stade IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) et IIIC (sans métastases en transit et sans [micro-]satellites).

Selon l'AJCC, 8^e édition: pour autant qu'aucun [micro-]satellite ou aucune métastase en transit ne soient présents aux stades IIIB, IIIC, IIID.

Le traitement adjuvant avec KEYTRUDA doit être effectué dans les 15 semaines suivant la résection.

Les patients devraient être traités jusqu'à une récurrence de la maladie, le nombre maximal de traitements, respectivement de cycles, étant toutefois de 18.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN054

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L NSCLC (monothérapie) KN024

(sans modèle de prix)

Monothérapie en première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique de stade IV chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) ≥50% sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK. Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge par l'assurance maladie après consultation du médecin conseil.

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN024

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

2L NSCLC (monothérapie) KN010

(sans modèle de prix)

Monothérapie du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade avancé, métastatique après une chimiothérapie chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1.

Les patients porteurs d'aberrations génomiques tumorales de type EGFR ou ALK doivent également avoir reçu un traitement approuvé pour ces aberrations avant de recevoir KEYTRUDA.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN010

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) chez les patients adultes KN204

(sans modèle de prix)

En monothérapie, dans le traitement de patients adultes atteints de lymphome hodgkinien classique (cHL) récidivant ou réfractaire, dans le cas où une transplantation autologue ou allogène de cellules souches ne constitue pas une option thérapeutique

– soit chez des patients ayant déjà reçu au moins deux traitements préalables

– ou soit chez des patients chez lesquels une chimiothérapie n'est pas applicable ou n'est pas tolérée de façon avérée.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN204

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) chez des patients pédiatriques KN051

(sans modèle de prix)

Monothérapie dans le traitement du cHL récidivant ou réfractaire chez les patients pédiatriques pour lesquels aucune option thérapeutique satisfaisante n'est disponible. Pour les patients pédiatriques dont le poids corporel est ≤ 50 kg, un emballage de KEYTRUDA 2 flacons chaque 2 cycles de traitement est remboursé.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN051

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Carcinome urothélial (monothérapie) KN045

(sans modèle de prix)

Monothérapie du carcinome urothélial localement avancé ou métastatique chez les adultes ayant été prétraités par chimiothérapie à base de platine au cours des 24 derniers mois. Les patients dont le traitement à base de platine remonte à plus de 24 mois doivent de nouveau recevoir un traitement de première ligne à base de platine avant le traitement par KEYTRUDA; un traitement de 2e ligne avec KEYTRUDA ne peut être initié qu'en cas de nouvelle progression dans les 24 mois suivant le traitement à base de platine.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN045

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L NSCLC épidermoïde (en association au carboplatine et au paclitaxel) chez des patients avec TPS < 50% KN407

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association au carboplatine et au paclitaxel, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) épidermoïde au stade métastatique chez les adultes avec un TPS <50%, qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN407

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L NSCLC non-épidermoïde (en association à une chimiothérapie avec pémétréxed + sel de platine) chez des patients avec TPS < 50% KN189

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie avec pémétréxed et sel de platine, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade métastatique, non-épidermoïde chez les adultes avec un TPS <50%, sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK, et

– qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois ET

– n'ont pas reçu de radiothérapie pulmonaire avec > 30 Gy au cours des 6 mois précédents.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN189

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) (en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU)) KN048

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU) pour le traitement d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) récidivant ou métastatique, exprimant le PD-L1 (à l'exception des carcinomes rhinopharyngés), chez les adultes n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur pour la maladie récidivante, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, localement avancée ou métastatique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN048

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) prétraités par une chimiothérapie à base de sels de platine (monothérapie) KN040

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du carcinome épidermoïde récidivant ou métastatique de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou du larynx, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, chez les adultes préalablement traités par une chimiothérapie à base de sels de platine et dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) $\geq 50\%$.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN040

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

3L Lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B (rrPMBCL) (monothérapie) KN170

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B réfractaire ou récidivant (rrPMBCL), chez les adultes

- qui ont reçu au moins 2 traitements antérieurs, dont au moins un par le rituximab, ET
- qui n'entrent pas en ligne de compte pour une greffe autologue de cellules souches ou qui ont subi une récurrence après une greffe.

N'est pas indiqué pour le traitement des patients atteints d'un PMBCL qui nécessitent un traitement cytoréducteur en urgence.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN170

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

2L Carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN164

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement d'un carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR), après un traitement antérieur à base de fluoropyrimidine en association avec de l'irinotécan ou de l'oxaliplatine chez les adultes

- sans traitement par des anticorps monoclonaux dans les 2 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN164

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

2L Carcinomes de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN158

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement des carcinomes métastatiques de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ayant progressé après le traitement standard et sans alternatives thérapeutiques satisfaisantes chez les adultes

- sans traitement préalable par des anticorps monoclonaux dans les 4 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN158

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L Carcinome colorectal (CRC) métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN177

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement de patients adultes atteints de carcinome colorectal (CRC) métastatique non traité antérieurement et présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR). KEYTRUDA ne doit pas être remboursé si le patient a reçu une radiothérapie dans les 4 semaines précédant le début du traitement.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN177

Sur demande de l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la prescription, le titulaire de l'autorisation, MSD Merck Sharp & Dohme AG, lui rembourse pour chaque emballage de KEYTRUDA une part du prix de fabrique fixée en fonction de la taille de l'emballage (1 ou 2 flacons). Il communique à l'assurance maladie le montant correspondant à la part du prix de fabrique du flacon qui lui sera remboursé par emballage. Dans sa demande de remboursement, l'assurance maladie doit indiquer le code de l'indication (cf. ci-dessus) au titulaire de l'autorisation. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite dès le moment de l'administration.

KIOVIG	Takeda Pharma AG	080900			
sol perf 1 g/10 ml i.v. flac 10 ml			18391	94.45	68.00
sol perf 2.500 g/25 ml i.v. flac 25 ml			18391	211.55	170.00
sol perf 5 g/50 ml i.v. flac 50 ml			18391	406.70	340.00
sol perf 10 g/100 ml i.v. flac 100 ml			18391	797.05	680.00
sol perf 20 g/200 ml i.v. flac 200 ml			18391	1553.10	1360.00
sol perf 30 g/300 ml i.v. flac 300 ml			18391	2298.85	2040.00

Vieille limitation:

Pour le traitement des déficits immunitaires, de purpuras idiopathiques thrombocytopéniques et de neuropathie motrice multifocale (NMM); prise en charge si la caisse a donné une garantie spéciale.

Dans les polyradiculoneuropathies (syndrome de Guillain-Barré) graves résistantes au traitement établi à l'aide d'études contrôlées.

Nouvelle limitation:

Admis uniquement en cas de déficits immunitaires, de purpuras idiopathiques thrombocytopéniques, de syndrome de Guillain-Barré, de syndrome de Kawasaki, de polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (CIPD) et de neuropathie motrice multifocale (NMM).

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NPLATE subst sèche 250 mcg c Solv flac 1 pce	Amgen Switzerland AG	069900	19472	716.55	609.89
subst sèche 500 mcg c Solv flac 1 pce			19472	1399.30	1219.78

Vieille limitation :

Nplate est indiqué pour le traitement de la thrombocytopenie chez le patient âgé d'au moins un an, réfractaire aux autres traitements (par exemple corticostéroïdes, immunoglobulines) et présentant un purpura thrombopénique auto-immun (PTI) primaire chronique.

Nplate ne doit être utilisé que chez le patient présentant un risque hémorragique élevé dû à une thrombopénie profonde.

Le traitement par Nplate doit être interrompu si, après 4 semaines de traitement à la posologie hebdomadaire maximale de 10 mcg/kg, le taux de plaquettes n'a pas atteint au moins $20 \times 10^9/L$.

Nouvelle limitation :

Nplate est indiqué chez les patients adultes présentant une thrombopénie immunologique primaire (PTI), réfractaire aux autres traitements (par exemple corticoïdes, immunoglobulines).

Nplate est indiqué chez les patients pédiatriques âgés de un an et plus présentant une thrombopénie immunologique primaire (PTI) chronique, réfractaire aux autres traitements (par exemple corticoïdes, immunoglobulines).

Nplate ne doit être utilisé que chez le patient présentant un risque hémorragique élevé dû à une thrombopénie profonde.

Le traitement par Nplate doit être interrompu si, après 4 semaines de traitement à la posologie hebdomadaire maximale de 10 mcg/kg, le taux de plaquettes n'a pas atteint au moins $20 \times 10^9/L$.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
OPDIVO	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
conc perf 40 mg/4 ml flac 4 ml			20461	638.00	541.45
conc perf 100 mg/10 ml flac 10 ml			20461	1546.10	1353.62
conc perf 240 mg/24 ml flac 24 ml			20461	3418.30	3094.92

Vieille limitation :**40 mg- et 100 mg-Vials:**

Les patients peuvent être traités jusqu'à progression de la maladie dans les indications listées ci-dessous. Les patients cliniquement stables chez lesquels un début de progression de la maladie est constaté peuvent poursuivre le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Les traitements sont soumis à l'accord de prise en charge par l'assureur maladie après consultation du médecin conseil.

Des indications supplémentaires figurent dans la limitation du flacon de 240 mg d'OPDIVO. Il s'agit des traitements par OPDIVO en monothérapie pour les indications suivantes : traitement adjuvant du mélanome, mélanome, cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC), carcinome à cellules rénales (CCR), carcinome épidermoïde de la tête et du cou (CETC), lymphome de Hodgkin classique (LHc), cancer colorectal (CRC) avec dMMR/MSI-H, traitement adjuvant du cancer de l'œsophage ou de la jonction œsogastrique (CO ou CJO), ainsi que la phase de monothérapie de la combinaison avec YERVOY dans le mélanome.

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome

(avec modèle de prix)

En **combinaison avec YERVOY** pour le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte, de la manière suivante: YERVOY à une dose maximale de 3 mg/kg de poids corporel combiné à l'OPDIVO à une dose maximale de 1mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines pour 4 cycles au maximum. A cet effet, les flacons de 100 mg et 40 mg d'OPDIVO sont prévus.

Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines (cf. Limitatio 240 mg).

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 16.98% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation susmentionnée, valable à partir du 01.09.2021, s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.03

Le titulaire de l'autorisation, Bristol-Myers Squibb SA rembourse à l'assureur maladie pour chaque patient, auprès duquel la personne concernée était assurée au moment de la remise, un pourcentage du prix de fabrique spécifique à l'indication (si indiqué; voir ci-dessus). Le remboursement est effectué à la première demande pour chaque boîte ou chaque mg d'OPDIVO administré (40 mg, 100 mg ou 240 mg). L'application des prix et pourcentages se fait au moment de la remise. L'assureur maladie doit mentionner le code (spécifique) de l'indication (cf. ci-dessus) au titulaire de l'autorisation dans le cadre de la demande de remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus du prix de fabrique. La demande de remboursement doit intervenir dès la remise.

240 mg Vial :

Dans les indications listées ci-dessous, les patients peuvent être traités jusqu'à progression de la maladie, sauf mention contraire. Les patients cliniquement stables chez lesquels un début de progression de la maladie est constaté peuvent poursuivre le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines, sauf indication contraire.

Les traitements sont soumis à l'accord de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation du médecin conseil.

Des indications supplémentaires figurent dans la limitation des flacons de 40 et 100 mg d'OPDIVO. Il s'agit de phase de traitement combiné avec YERVOY lors de mélanome.

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC)

(sans modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique après une chimiothérapie.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.01

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome

(avec modèle de prix)

En **monothérapie** dans le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte.

Pour le traitement du mélanome, Bristol-Myers Squibb SA rembourse pour chaque patient, après demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne concernée était assurée au moment de l'achat, 2.32% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.02

Mélanome

(avec modèle de prix)

En **combinaison avec YERVOY** pour le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte: Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines. Pour des informations sur la phase de traitement combiné, veuillez-vous référer au Limitatio des flacons de 40 mg /100 mg.

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 16.98% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation susmentionnée, valable à partir du 01.09.2021, s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO ou de YERVOY, administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.03

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

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome adjuvant

(avec modèle de prix)

En monothérapie pour le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte ganglionnaire régionale ou métastases distantes (stade IIIB, IIIC ou IV selon la 7e édition de l'AJCC) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le traitement adjuvant par nivolumab doit être commencé dans les 15 semaines à compter de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie.

Pour le traitement du mélanome adjuvant, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 2.32% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un mélanome adjuvant.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.07

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Carcinome à cellules rénales (CCR)

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome à cellules rénales ayant suivi un traitement anti-angiogénique.

Pour le traitement du carcinome à cellules rénales, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 29.58% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CCR.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.04

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (CETC)

(sans modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou récidivant ou métastatique après une chimiothérapie à base de platine.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.05

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Lymphome de Hodgkin classique (LHc)

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome de Hodgkin classique (LHc) en rechute ou réfractaire après greffe de cellules souches autologues (GCSA) et traitement par brentuximab védotine.

Pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 2.32% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un LHc.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.06

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Cancer colorectal (CRC) avec dMMR/ MSI-H

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) après traitement préalable à base de fluoropyrimidine en association avec l'irinotécan ou l'oxaliplatine.

Pour le traitement du CRC avec dMMR/MSI-H, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 23.03% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CRC.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.08

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Traitement adjuvant du cancer de l'œsophage ou de la jonction œsogastrique (CO ou CJOG)

(sans modèle de prix)

En monothérapie pour le traitement adjuvant de patients adultes atteints d'un cancer de l'œsophage ou de la jonction œsogastrique entièrement réséqué présentant une maladie résiduelle pathologique après une précédente radiochimiothérapie néoadjuvante.

La dose recommandée d'OPDIVO est de 240 mg toutes les 2 semaines les 16 premières semaines, suivis de 480 mg toutes les 4 semaines. Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.09

Le titulaire de l'autorisation, Bristol-Myers Squibb SA rembourse à l'assureur maladie pour chaque patient, auprès duquel la personne concernée était assurée au moment de la remise, un pourcentage du prix de fabrication spécifique à l'indication (si indiqué; voir ci-dessus). Le remboursement est effectué à la première demande pour chaque boîte ou chaque mg d'OPDIVO administré (40 mg, 100 mg ou 240 mg). L'application des prix et pourcentages se fait au moment de la remise. L'assureur maladie doit mentionner le code (spécifique) de l'indication (cf. ci-dessus) au titulaire de l'autorisation dans le cadre de la demande de remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus du prix de fabrication. La demande de remboursement doit intervenir dès la remise.

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

Nouvelle limitation:**40 mg- et 100 mg-Vials:**

Les patients peuvent être traités jusqu'à progression de la maladie dans les indications listées ci-dessous. Les patients cliniquement stables chez lesquels un début de progression de la maladie est constaté peuvent poursuivre le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Les traitements sont soumis à l'accord de prise en charge par l'assureur maladie après consultation du médecin conseil.

Des indications supplémentaires figurent dans la limitation du flacon de 240 mg d'OPDIVO. Il s'agit des traitements par OPDIVO en monothérapie pour les indications suivantes : traitement adjuvant du mélanome, mélanome, cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC), carcinome à cellules rénales (CCR), carcinome épidermoïde de la tête et du cou (CETC), lymphome de Hodgkin classique (LHc), cancer colorectal (CRC) avec dMMR/MSI-H, traitement adjuvant du cancer de l'œsophage ou de la jonction œsogastrique (CO ou CJOG), ainsi que la phase de monothérapie de la combinaison avec YERVOY dans le mélanome.

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome

(avec modèle de prix)

En **combinaison avec YERVOY** pour le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte, de la manière suivante: YERVOY à une dose maximale de 3 mg/kg de poids corporel combiné à l'OPDIVO à une dose maximale de 1mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines pour 4 cycles au maximum. A cet effet, les flacons de 100 mg et 40 mg d'OPDIVO sont prévus.

Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines (cf. Limitatio 240 mg).

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 16.98% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation en vigueur au moment de l'administration s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.03

Le titulaire de l'autorisation, Bristol-Myers Squibb SA rembourse à l'assureur maladie pour chaque patient, auprès duquel la personne concernée était assurée au moment de la remise, un pourcentage du prix de fabrique spécifique à l'indication (si indiqué; voir ci-dessus). Le remboursement est effectué à la première demande pour chaque boîte ou chaque mg d'OPDIVO administré (40 mg, 100 mg ou 240 mg). L'application des prix et pourcentages se fait au moment de la remise. L'assureur maladie doit mentionner le code (spécifique) de l'indication (cf. ci-dessus) au titulaire de l'autorisation dans le cadre de la demande de remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus du prix de fabrique. La demande de remboursement doit intervenir dès la remise.

240 mg Vial :

Dans les indications listées ci-dessous, les patients peuvent être traités jusqu'à progression de la maladie, sauf mention contraire. Les patients cliniquement stables chez lesquels un début de progression de la maladie est constaté peuvent poursuivre le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines, sauf indication contraire.

Les traitements sont soumis à l'accord de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation du médecin conseil.

Des indications supplémentaires figurent dans la limitation des flacons de 40 et 100 mg d'OPDIVO. Il s'agit de phase de traitement combiné avec YERVOY lors de mélanome.

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC)

(sans modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique après une chimiothérapie.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.01

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome

(avec modèle de prix)

En **monothérapie** dans le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte.

Pour le traitement du mélanome, Bristol-Myers Squibb SA rembourse pour chaque patient, après demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne concernée était assurée au moment de l'achat, 2.32% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.02

Mélanome

(avec modèle de prix)

En **combinaison avec YERVOY** pour le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte: Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines. Pour des informations sur la phase de traitement combiné, veuillez-vous référer au Limitatio des flacons de 40 mg /100 mg.

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 16.98% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation en vigueur au moment de l'administration s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO ou de YERVOY, administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.03

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

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome adjuvant

(avec modèle de prix)

En monothérapie pour le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte ganglionnaire régionale ou métastases distantes (stade IIIB, IIIC ou IV selon la 7^e édition de l'AJCC) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le traitement adjuvant par nivolumab doit être commencé dans les 15 semaines à compter de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie.

Pour le traitement du mélanome adjuvant, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 2,32% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un mélanome adjuvant.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.07

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Carcinome à cellules rénales (CCR)

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome à cellules rénales ayant suivi un traitement anti-angiogénique.

Pour le traitement du carcinome à cellules rénales, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 29,58% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CCR.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.04

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (CETC)

(sans modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou récidivant ou métastatique après une chimiothérapie à base de platine.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.05

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Lymphome de Hodgkin classique (LHc)

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome de Hodgkin classique (LHc) en rechute ou réfractaire après greffe de cellules souches autologues (GCSA) et traitement par brentuximab védotine.

Pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 2,32% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un LHc.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.06

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Cancer colorectal (CRC) avec dMMR/MSI-H

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) après traitement préalable à base de fluoropyrimidine en association avec l'irinotécan ou l'oxaliplatine.

Pour le traitement du CRC avec dMMR/MSI-H, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 23,03% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CRC.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.08

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Traitement adjuvant du cancer de l'œsophage ou de la jonction œsogastrique (CO ou CJOG)

(sans modèle de prix)

En monothérapie pour le traitement adjuvant de patients adultes atteints d'un cancer de l'œsophage ou de la jonction œsogastrique entièrement réséqué présentant une maladie résiduelle pathologique après une précédente radiochimiothérapie néoadjuvante.

La dose recommandée d'OPDIVO est de 240 mg toutes les 2 semaines les 16 premières semaines, suivis de 480 mg toutes les 4 semaines. Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.09

Le titulaire de l'autorisation, Bristol-Myers Squibb SA rembourse à l'assureur maladie pour chaque patient, auprès duquel la personne concernée était assurée au moment de la remise, un pourcentage du prix de fabrication spécifique à l'indication (si indiqué; voir ci-dessus). Le remboursement est effectué à la première demande pour chaque boîte ou chaque mg d'OPDIVO administré (40 mg, 100 mg ou 240 mg). L'application des prix et pourcentages se fait au moment de la remise. L'assureur maladie doit mentionner le code (spécifique) de l'indication (cf. ci-dessus) au titulaire de l'autorisation dans le cadre de la demande de remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus du prix de fabrication. La demande de remboursement doit intervenir dès la remise.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
REVLIMID	Celgene GmbH	071610			
caps 5 mg 21 pce			18541	5423.00	5050.71
caps 10 mg 21 pce			18541	5694.00	5315.13
caps 15 mg 21 pce			18541	5971.85	5586.20
caps 25 mg 21 pce			18541	6544.90	6145.26
caps 20 mg 21 pce			18541	6258.35	5865.73
caps 2.500 mg 21 pce			18541	5287.45	4918.50
caps 7.500 mg 21 pce			18541	5558.50	5182.92
conc perf 240 mg/24 ml flac 24 ml			20461	3418.30	3094.92

Vieille limitation :

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisonne, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Revlimid, jusqu' à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 18541.01)
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone (code d'indication: 18541.02)
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques (code d'indication: 18541.03).

Après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Le code d'indication doit être transmis à l'assurance maladie.

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2021

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches se fait aux prix LS valide au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement d'entretien dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assuré lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrication de chaque boîte de REVLIMID.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 décembre 2019.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.04

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (induction avant la greffe de cellules souches.)

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement d'induction en association avec Bortezomib et la dexaméthasone chez les patients atteints de myélome multiple non traités jusque-là avant la greffe de cellules souches.

Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du REVLIMID avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, la préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette une substitution pour les mêmes raisons.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.05

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (sans la greffe de cellules souches.)

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple qui ne peuvent pas être traités avec une greffe de cellules souches, en combinaison avec le bortezomib et la dexaméthasone.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement se fait aux prix LS valides au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assuré lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrication de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie après 24 mois de thérapie n'est admissible que s'il est prouvé que la personne assurée a reçu auparavant la combinaison REVLIMID, Bortezomib et la dexaméthasone (RVd) pendant 16 semaines.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 janvier 2020.

Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du REVLIMID avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.06

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

L'association de REVLIMID avec elotuzumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec elotuzumab et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 25.87 % du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'elotuzumab et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'elotuzumab est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.08

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

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2022

L'association de REVLIMID avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec ixazomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes qu'ont déjà reçu au moins un traitement auparavant et montrent des caractéristiques de haut risque (définies comme risque élevé d'anomalies cytogénétiques [risque élevé pour (del(17), t(4;14), t(14;16)) ou 1q21] ou stade III selon ISS) ou qui ont reçu au moins deux traitements préalables.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 20.88 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'ixazomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'ixazomib est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de REVLIMID avec le daratumumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des frais par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID est remboursé en association avec le daratumumab et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints de myélome multiple ayant reçu au moins une ligne de traitement antérieure. Uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Sur demande de l'assurance maladie, auprès duquel la personne était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, Celgene GmbH rembourse une part fixe du prix de fabrique pour chaque emballage de REVLIMID acheté. Celgene GmbH communique à l'assurance maladie le montant du remboursement. Le remboursement de la TVA ne peut pas être exigée en plus de ce pourcentage du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.10

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de REVLIMID avec carfilzomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec carfilzomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 20,62 % du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie dans le cadre de la thérapie d'entretien par REVLIMID administrée après la polythérapie par carfilzomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant au moins 12 cycles complets de polythérapie par carfilzomib plus REVLIMID. Si l'administration de carfilzomib est arrêtée avant la complétion des 12 cycles, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.07

Nouvelle limitation :

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Revlimid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 18541.01)
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone (code d'indication: 18541.02)
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques (code d'indication: 18541.03).

Après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Le code d'indication doit être transmis à l'assurance maladie.

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches se fait aux prix LS valide au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement d'entretien dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 décembre 2019.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.04

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (induction avant la greffe de cellules souches.)

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement d'induction en association avec Bortezomib et la dexaméthasone chez les patients atteints de myélome multiple non traités jusque-là avant la greffe de cellules souches.

Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du REVLIMID avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, la préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette une substitution pour les mêmes raisons.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.05

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (sans la greffe de cellules souches.)

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple qui ne peuvent pas être traités avec une greffe de cellules souches, en combinaison avec le bortezomib et la dexaméthasone.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement se fait aux prix LS valides au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assuré lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrication de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie après 24 mois de thérapie n'est admissible que s'il est prouvé que la personne assurée a reçu auparavant la combinaison REVLIMID, Bortezomib et la dexaméthasone (RVD) pendant 16 semaines.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 janvier 2020.

Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du REVLIMID avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.06

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

L'association de REVLIMID avec elotuzumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec elotuzumab et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 25.87 % du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'elotuzumab et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'elotuzumab est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.08

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2022

L'association de REVLIMID avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec ixazomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes qu'ont déjà reçu au moins un traitement auparavant et montrent des caractéristiques de haut risque (définies comme risque élevé d'anomalies cytogénétiques [risque élevé pour (del(17), t(4;14), t(14;16)) ou 1q21] ou stade III selon ISS) ou qui ont reçu au moins deux traitements préalables.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 20.88 % du prix de fabrication de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'ixazomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'ixazomib est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de REVLIMID avec le daratumumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des frais par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID est remboursé en association avec le daratumumab et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints de myélome multiple ayant reçu au moins une ligne de traitement antérieure. Uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Sur demande de l'assurance maladie, auprès duquel la personne était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, Celgene GmbH rembourse une part fixe du prix de fabrication pour chaque emballage de REVLIMID acheté. Celgene GmbH communique à l'assurance maladie le montant du remboursement. Le remboursement de la TVA ne peut pas être exigée en plus de ce pourcentage du prix de fabrication.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.10

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de REVLIMID avec carfilzomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec carfilzomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 20,62 % du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie dans le cadre de la thérapie d'entretien par REVLIMID administrée après la polythérapie par carfilzomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant au moins 12 cycles complets de polythérapie par carfilzomib plus REVLIMID. Si l'administration de carfilzomib est arrêtée avant la complétion des 12 cycles, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.07

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TRIKAFTA cpr pell Blist 84 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	18325.55	17638.59

Vieille limitation :

Après l'accord de prise en charge des assureurs et l'évaluation préalable par le médecin-conseil.

Seulement pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 12 ans et plus qui sont homozygotes pour la mutation F508del du gène CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) ou hétérozygotes pour la mutation F508del du gène CFTR et porteurs d'une mutation à fonction minimale (MF).

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement doivent être effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir la liste du Swiss Working Group CF sur <http://www.sgpp-sspp.ch>).

Utilisation uniquement chez les patients avec un conseil diététique avant le début du traitement ET une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre ET

- un VEMS < 90% avant le début du traitement OU
 - plusieurs exacerbations pulmonaires par an OU
 - l'administration régulière d'antibiotiques OU
 - des lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement.
- L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités par TRIKAFTA doit être consignée tous les 3 mois dans le Registre Européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (anamnèse, fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement):
- Chez tous les patients, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) avant le début du traitement.
 - Le test à la sueur doit être déterminé chez tous les patients avant le début du traitement. Ce test est à répéter une fois après 3 mois et documenté dans le registre.
 - Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
 - Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement.
 - Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
 - Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
 - En cas d'exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être rapporté comme suit: principe actif de l'antibiotique; durée de l'antibiothérapie; voie intraveineuse vs voie orale vs inhalation; hospitalisation vs traitement ambulatoire.
 - Les exacerbations pulmonaires et les antibiotiques doivent être documentés tous les 6 mois après le début du traitement.
 - En cas d'interruption du traitement, le motif de l'interruption doit être indiqué.

Le traitement ne doit être poursuivi au-delà de 6 et 12 mois qu'en cas:

- d'absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale OU
- de réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.)

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte de TRIKAFTA administrée. Elle indique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

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

Nouvelle limitation:

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

Après l'accord de prise en charge des assureurs et l'évaluation préalable par le médecin-conseil.

Seulement pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 12 ans et plus porteurs d'au moins une mutation F508del du gène CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator).

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement doivent être effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir la liste du Swiss Working Group CF sur <http://www.sgpp-sspp.ch>).

Critères avant le début du traitement:

Utilisation uniquement chez les patients avec un conseil diététique avant le début du traitement ET une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre ET

- un VEMS < 90% avant le début du traitement **OU**
- plusieurs exacerbations pulmonaires par an **OU**
- l'administration régulière d'antibiotiques **OU**

- des lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement.

En cas de changement de traitement à TRIKAFTA chez des patients traités pendant plusieurs mois par KALYDECO, ORKAMBI ou SYMDEKO conformément à la limitation de la LS, il n'est pas nécessaire de démontrer à nouveau les critères mentionnés ci-dessus avant le début du traitement.

L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités par TRIKAFTA doit être consignée tous les 3 mois dans le Registre Européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (anamnèse, fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement):

- Chez tous les patients, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) avant le début du traitement.
- Le test à la sueur doit être déterminé chez tous les patients avant le début du traitement. Ce test est à répéter une fois après 3 mois et documenté dans le registre.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement.
- Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
- En cas d'exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être rapporté comme suit: principe actif de l'antibiotique; durée de l'antibiothérapie; voie intraveineuse vs voie orale vs inhalation; hospitalisation vs traitement ambulatoire.
- Les exacerbations pulmonaires et les antibiotiques doivent être documentés tous les 6 mois après le début du traitement.
- En cas d'interruption du traitement, le motif de l'interruption doit être indiqué.

Le traitement ne doit être poursuivi au-delà de 6 et 12 mois qu'en cas:

- d'absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale **OU**
- de réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.)

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte administrée. Elle indique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ZIRABEV	Pfizer AG	071610			
conc perf 400 mg/16 ml Vial 16 ml			21090	1117.50	962.84
conc perf 100 mg/4 ml Vial 4 ml			21090	312.10	257.57

Vieille limitation :**Carcinome colorectal**

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome colorectal métastatique, en association avec 5-fluorouracile/acide folinique, 5-fluorouracile/acide folinique/irinotécan ou capécitabine/oxaliplatine (XELOX). En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de deuxième ligne des patients atteints d'un carcinome colorectal métastatique en association à un schéma de chimiothérapie à base d'irinotécan ou d'oxaliplatine et qui ont été traités antérieurement par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine ou d'irinotécan avec ou sans bévacicumab. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Carcinome pulmonaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules (NSCLC), non épithélioïde, non opérable, avancé, métastatique ou récidivant. La dose Zirabev est de 7,5 mg/kg de poids corporel (PC) toutes les 3 semaines. La dose de 15 mg/kg de PC toutes les 3 semaines n'est pas admise par les caisses-maladie. Après jusqu'à 6 cycles de traitement en association avec une chimiothérapie à base de cisplatine et de gemcitabine, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome rénal avancé et/ou métastatique et ayant subi une néphrectomie, en association avec l'interféron alpha-2a. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Pfizer SA rembourse pour le traitement Fr. 0.64 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie. 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.

Déroulement du remboursement :

- Le fournisseur de prestations demande la prise en charge des coûts auprès de l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil à qui on communique le diagnostic, le poids du patient et la posologie.
- L'assureur-maladie confirme la prise en charge des frais au fournisseur de prestations.
- Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- L'assureur-maladie règle l'intégralité du montant facturé au fournisseur de prestations. Dans le cadre du système « tiers garant », l'assureur-maladie rembourse à l'assuré l'intégralité des coûts liés au médicament. L'assureur-maladie prélève une éventuelle participation aux coûts uniquement sur le montant après remboursement. Il ne résultera aucun coût additionnel pour la personne assurée.
- L'assureur facture à Pfizer SA le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Zirabev, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- Si l'assuré change d'assureur, le service de médecine-conseil peut demander les données relatives au traitement en cours auprès de l'assureur précédent.

Carcinome mammaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Pfizer SA rembourse pour le traitement Fr. 0.34 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie. 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.

Déroulement du remboursement :

- Le fournisseur de prestations demande la prise en charge des coûts auprès de l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil à qui on communique le diagnostic, le poids du patient et la posologie.
- L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
- Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- L'assureur-maladie règle l'intégralité du montant facturé au fournisseur de prestations. Dans le cadre du système « tiers garant », l'assureur-maladie rembourse à l'assuré l'intégralité des coûts liés au médicament. L'assureur-maladie prélève une éventuelle participation aux coûts uniquement sur le montant après remboursement. Il ne résultera aucun coût additionnel pour la personne assurée.
- L'assureur facture à Pfizer SA le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Zirabev, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- Si l'assuré change d'assureur, le service de médecine-conseil peut demander les données relatives au traitement en cours auprès de l'assureur précédent.

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

Carcinome Ovarien

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement des patientes atteintes d'un carcinome ovarien (stades FIGO III et IV) non prétraitées, chez lesquelles la tumeur n'a pas pu être complètement réséquée et qui seraient susceptibles de ne pas profiter d'une nouvelle opération après la chimiothérapie (second look avec interval debulking). Après 6 cycles en association avec le carboplatine et le paclitaxel, Zirabev est remboursé pendant 15 mois, ou jusqu'à progression de la maladie selon ce qui survient en premier.

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement des patientes atteintes d'un carcinome ovarien épithélial, d'un carcinome de la trompe ou d'un carcinome péritonéal primaire, récidivant et résistant au platine, sensible au platine (avec un intervalle libre sans platine d'au moins 6 mois), en association avec le carboplatine et la gemcitabine ou en association avec le carboplatine et le paclitaxel. Après 6 à 10 cycles en association avec le carboplatine et la gemcitabine ou en association avec le carboplatine et le paclitaxel pendant 6 à 8 cycles de traitement, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Zirabev est indiqué en combinaison avec le paclitaxel, le topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée dans le traitement des patientes atteintes d'un carcinome ovarien épithélial, d'un carcinome de la trompe ou d'un carcinome péritonéal primaire, récidivant et résistant au platine, qui n'ont pas reçu plus de deux schémas chimiothérapeutiques antérieurs et qui n'ont pas été préalablement traitées par le bévécizumab ou d'autres anti-VEGF.

En cas de prescription médicale appropriée, après environ 6 cycles en combinaison avec le paclitaxel, le topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Cancer du col utérin

Zirabev est indiqué en combinaison avec la chimiothérapie dans le traitement des patientes atteintes d'un cancer du col utérin persistant, récidivant ou métastatique. En cas de prescription médicale appropriée, après environ 7 cycles en combinaison avec la chimiothérapie, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

Glioblastome

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, en monothérapie pour le traitement de deuxième ligne des patients avec récurrence de glioblastome (grade IV selon l'OMS) après un traitement préalable par le témozolimide. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Nouvelle limitation:

Carcinome colorectal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome colorectal métastatique, en association avec 5-fluorouracile/acide folinique, 5-fluorouracile/acide folinique/irinotécan ou capécitabine/oxaliplatine (XELOX). En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de deuxième ligne des patients atteints d'un carcinome colorectal métastatique en association à un schéma de chimiothérapie à base d'irinotécan ou d'oxaliplatine et qui ont été traités antérieurement par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine ou d'irinotécan avec ou sans bévécizumab. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Carcinome pulmonaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules (NSCLC), non épithélioïde, non opérable, avancé, métastatique ou récidivant. La dose Zirabev est de 7,5 mg/kg de poids corporel (PC) toutes les 3 semaines. La dose de 15 mg/kg de PC toutes les 3 semaines n'est pas admise par les caisses-maladie. Après jusqu'à 6 cycles de traitement en association avec une chimiothérapie à base de cisplatine et de gemcitabine, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome rénal avancé et/ou métastatique et ayant subi une néphrectomie, en association avec l'interféron alpha-2a. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Pfizer SA rembourse pour le traitement Fr. 0.64 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie. 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.

Déroulement du remboursement:

- Le fournisseur de prestations demande la prise en charge des coûts auprès de l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil à qui on communique le diagnostic, le poids du patient et la posologie.
- L'assureur-maladie confirme la prise en charge des frais au fournisseur de prestations.
- Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- L'assureur-maladie règle l'intégralité du montant facturé au fournisseur de prestations. Dans le cadre du système «tiers garant», l'assureur-maladie rembourse à l'assuré l'intégralité des coûts liés au médicament. L'assureur-maladie prélève une éventuelle participation aux coûts uniquement sur le montant après remboursement. Il ne résultera aucun coût additionnel pour la personne assurée.
- L'assureur facture à Pfizer SA le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Zirabev, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- Si l'assuré change d'assureur, le service de médecine-conseil peut demander les données relatives au traitement en cours auprès de l'assureur précédent.

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

Carcinome mammaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Pfizer SA rembourse pour le traitement Fr. 0.34 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie. 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.

Déroulement du remboursement:

- Le fournisseur de prestations demande la prise en charge des coûts auprès de l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil à qui on communique le diagnostic, le poids du patient et la posologie.
- L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
- Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- L'assureur-maladie règle l'intégralité du montant facturé au fournisseur de prestations. Dans le cadre du système «tiers garant», l'assureur-maladie rembourse à l'assuré l'intégralité des coûts liés au médicament. L'assureur-maladie prélève une éventuelle participation aux coûts uniquement sur le montant après remboursement. Il ne résultera aucun coût additionnel pour la personne assurée.
- L'assureur facture à Pfizer SA le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Zirabev, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- Si l'assuré change d'assureur, le service de médecine-conseil peut demander les données relatives au traitement en cours auprès de l'assureur précédent.

Carcinome Ovarien

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement des patientes atteintes d'un carcinome ovarien (stades FIGO III et IV) non prétraitées, chez lesquelles la tumeur n'a pas pu être complètement réséquée et qui seraient susceptibles de ne pas profiter d'une nouvelle opération après la chimiothérapie (second look avec interval debulking). Après 6 cycles en association avec le carboplatine et le paclitaxel, Zirabev est remboursé pendant 15 mois, ou jusqu'à progression de la maladie selon ce qui survient en premier.

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement des patientes atteintes d'un carcinome ovarien épithélial, d'un carcinome de la trompe ou d'un carcinome péritonéal primaire, récidivant, sensible au platine (avec un intervalle libre sans platine d'au moins 6 mois), en association avec le carboplatine et la gemcitabine ou en association avec le carboplatine et le paclitaxel. Après 6 à 10 cycles en association avec le carboplatine et la gemcitabine ou en association avec le carboplatine et le paclitaxel pendant 6 à 8 cycles de traitement, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Zirabev est indiqué en combinaison avec le paclitaxel, le topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée dans le traitement des patientes atteintes d'un carcinome ovarien épithélial, d'un carcinome de la trompe ou d'un carcinome péritonéal primaire, récidivant et résistant au platine, qui n'ont pas reçu plus de deux schémas chimiothérapeutiques antérieurs et qui n'ont pas été préalablement traitées par le bévacicumab ou d'autres anti-VEGF.

En cas de prescription médicale appropriée, après environ 6 cycles en combinaison avec le paclitaxel, le topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Cancer du col utérin

Zirabev est indiqué en combinaison avec la chimiothérapie dans le traitement des patientes atteintes d'un cancer du col utérin persistant, récidivant ou métastatique. En cas de prescription médicale appropriée, après environ 7 cycles en combinaison avec la chimiothérapie, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

Glioblastome

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, en monothérapie pour le traitement de deuxième ligne des patients avec récurrence de glioblastome (grade IV selon l'OMS) après un traitement préalable par le témozolimide. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne

Traitement en association avec Lynparza (olaparib)

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement d'entretien en association avec le Lynparza (olaparib) dans le cancer sévère de haut grade de l'ovaire de stade avancé (stades FIGO III et IV) avec une mutation du gène BRCA ou une autre déficience de recombinaison homologue (HRD) associée à une instabilité génomique (test Myriad myChoice CDx avec un score d'instabilité génomique [GIS] ≥ 42 ou un autre test validé avec un seuil équivalent) chez les patientes en rémission complète ou partielle suite à une première ligne de chimiothérapie à base de platine et de taxane associée au bévacicumab.

Dans les conditions suivantes:

- Pas de preuve clinique de progression ou taux de CA-125 en augmentation après la fin de la chimiothérapie.
- Au moins 6 cycles et jusqu'à maximum 9 cycles de chimiothérapie à base de platine et de taxane (au moins 4 cycles en cas de toxicité non hématologique due au platine).
- Au moins 3 cycles de bévacicumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine. En cas de chirurgie cytoréductrice d'intervalle, les patientes ne peuvent recevoir que deux cycles de bévacicumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine.
- Le traitement par bévacicumab peut être administré pendant une durée totale maximale de 15 mois (incluant la période d'administration avec la chimiothérapie).

Pour l'association de Zirabev avec Lynparza (olaparib), une part fixe du prix départ usine doit être remboursée à l'assurance-maladie pour chaque emballage de Zirabev acheté et chaque emballage de Lynparza acheté.

À la première demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne concernée est assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation de Zirabev rembourse à cette caisse une part fixe du prix départ usine pour tout emballage de Zirabev acheté et utilisé en association avec Lynparza. Le titulaire de l'autorisation communique le montant du remboursement à l'assurance-maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	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 2021					
GILENYA	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
caps 0.500 mg 28 pce			19359	1452.65	1268.41
caps 0.500 mg 98 pce			19359	4796.40	4439.42
Vieille limitation: Traitement de la sclérose en plaques (SEP) récurrente-rémittente chez l'adulte. Première prescription par un spécialiste en neurologie FMH.					
Nouvelle limitation: Traitement de la sclérose en plaques (SEP) récurrente-rémittente chez l'adulte. Première prescription par un neurologue.					
KYTRIL	Roche Pharma (Schweiz) AG	010900			
cpr pell 1 mg 2 pce			16447	25.50	11.52
cpr pell 2 mg 1 pce			16447	25.50	11.52
Vieille limitation: Traitement des vomissements aigus dus à une chimiothérapie avec effet hautement émétisant, durant trois jours maximum.					
Nouvelle limitation: Prophylaxie des vomissements aigus au cours d'une chimiothérapie hautement émétisante, pendant un maximum de 3 jours.					
TYSABRI	Biogen Switzerland AG	019900			
conc perf 300 mg/15 ml Fl 15 ml			18520	1784.15	1570.68
Vieille limitation: Au moment de la pose de l'indication ou avant le traitement, le risque de LEMP (LEMP = leucoencéphalopathie multifocale progressive) doit être pris en considération. Comme traitement de fond en monothérapie des formes agressives de sclérose en plaques (SEP) rémittente-récurrente pour les groupes de patients suivants: - Patients présentant une forme agressive de la maladie malgré un traitement complet et bien conduit par au moins un traitement de fond (de moins 6 mois), ou - Patients présentant une sclérose en plaques rémittente-récurrente sévère d'évolution rapide, définie par 2 ou plusieurs poussées à caractère invalidant au cours d'une année, et présentant une ou plusieurs lésions rehaussées par le gadolinium à l'examen IRM cérébral ou une augmentation significative des lésions T2 par rapport à un examen IRM pratiqué récemment. Le traitement nécessite une confirmation de la prise en charge par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Traitement par le neurologue FMH avec accès IRM.					
Nouvelle limitation: Au moment de la pose de l'indication ou avant le traitement, le risque de LEMP (LEMP = leucoencéphalopathie multifocale progressive) doit être pris en compte. Employé en monothérapie comme traitement de fond des formes agressives de sclérose en plaques (SEP) rémittente-récurrente pour les groupes de patients suivants: - patients présentant une forme agressive de la maladie malgré un traitement complet et bien conduit par au moins un traitement de fond (généralement pendant au moins 6 mois), ou - patients présentant une sclérose en plaques rémittente-récurrente sévère d'évolution rapide, définie par 2 ou plusieurs poussées à caractère invalidant au cours d'une année, et présentant une ou plusieurs lésions rehaussées par le gadolinium à l'examen IRM cérébral ou une augmentation significative des lésions T2 par rapport à un examen IRM pratiqué récemment. Le traitement nécessite une confirmation de la prise en charge par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Traitement par le neurologue avec un accès rapide à l'IRM.					

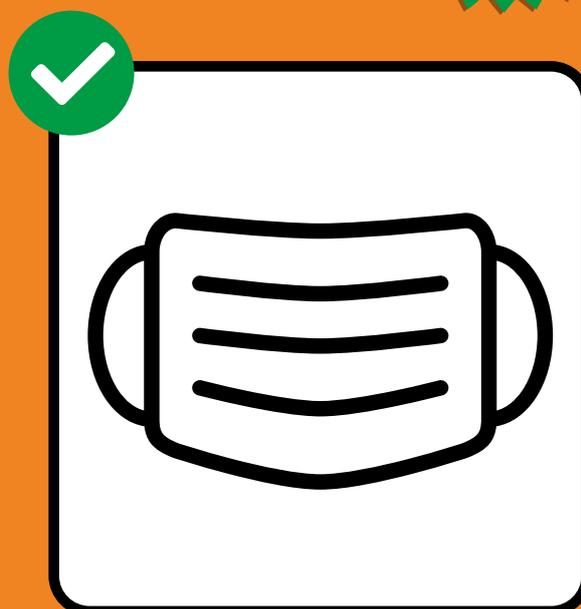
VOICI COMMENT NOUS PROTÉGER : 

À RESPECTER ABSOLUMENT :

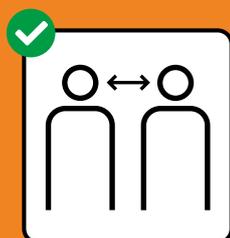
Se faire vacciner.



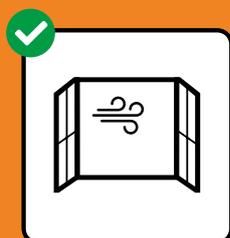
Réduire les contacts.



Porter un masque.



Garder ses distances.



Aérer régulièrement.



Se laver ou se désinfecter les mains.



Se faire tester en cas de symptômes.



Travailler si possible à domicile.

www.ofsp-coronavirus.ch

Les règles peuvent varier selon les cantons.



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

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Berne		9338666 9136401-9136425

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

51/2021