



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 15 février 2021

OFSP-Bulletin Semaine 7/2021

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
Corrigenda	8
Liste des spécialités	9
Vol d'ordonnances	35

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 5^e semaine (09.02.2021)^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 5^e semaine (09.02.2021)^a

	Semaine 05			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		1 0.60	2 1.20	1 0.20	13 2.00	16 2.40	60 0.70	120 1.40	142 1.60	4 0.50	21 2.50	25 3.00
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	1 0.60	1426 857.80	1205 724.80	5 0.80	3069 461.50	2806 422.00	6414 74.20	14093 163.00	11216 129.70	10 1.20	3327 400.20	3002 361.20
Légionellose	6 3.60	8 4.80	10 6.00	26 3.90	26 3.90	37 5.60	482 5.60	563 6.50	578 6.70	40 4.80	33 4.00	51 6.10
Méningocoques: maladie invasive		1 0.60	1 0.60		2 0.30	2 0.30	16 0.20	47 0.50	53 0.60	1 0.10	5 0.60	2 0.20
Pneumocoques: maladie invasive	4 2.40	31 18.60	22 13.20	11 1.60	99 14.90	75 11.30	417 4.80	877 10.10	900 10.40	19 2.30	135 16.20	131 15.80
Rougeole		1 0.60	4 2.40		10 1.50	10 1.50	18 0.20	226 2.60	54 0.60		16 1.90	11 1.30
Rubéole^c								1 0.01	2 0.02			
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	4 2.40	8 4.80	5 3.00	16 2.40	33 5.00	33 5.00	350 4.00	426 4.90	512 5.90	25 3.00	37 4.40	42 5.00
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	66 39.70	89 53.50	87 52.30	366 55.00	526 79.10	522 78.50	6003 69.40	7285 84.30	7762 89.80	584 70.30	728 87.60	749 90.10
Hépatite A	3 1.80	1 0.60	2 1.20	9 1.40	9 1.40	6 0.90	67 0.80	83 1.00	102 1.20	10 1.20	11 1.30	6 0.70
Hépatite E	4 2.40	4 2.40	4 2.40	9 1.40	12 1.80	13 2.00	63 0.70	112 1.30	79 0.90	10 1.20	12 1.40	13 1.60
Infection à E. coli entérohémorragique	9 5.40	12 7.20	16 9.60	44 6.60	59 8.90	72 10.80	715 8.30	1117 12.90	849 9.80	57 6.90	65 7.80	78 9.40
Listériose		1 0.60		1 0.20	4 0.60	2 0.30	56 0.60	38 0.40	50 0.60	3 0.40	4 0.50	2 0.20
Salmonellose, S. typhi/paratyphi		1 0.60	1 0.60		3 0.40	2 0.30	8 0.09	22 0.20	21 0.20		3 0.40	2 0.20
Salmonellose, autres	15 9.00	18 10.80	18 10.80	64 9.60	85 12.80	89 13.40	1239 14.30	1539 17.80	1466 17.00	89 10.70	98 11.80	108 13.00
Shigellose	2 1.20	1 0.60	2 1.20	4 0.60	14 2.10	18 2.70	48 0.60	212 2.40	256 3.00	4 0.50	16 1.90	20 2.40

	Semaine 05			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	236 142.00	292 175.60	289 173.80	975 146.60	1126 169.30	1067 160.50	10991 127.10	12458 144.10	11280 130.50	1169 140.60	1229 147.80	1181 142.10
Gonorrhée ^e	44 26.50	86 51.70	77 46.30	296 44.50	376 56.50	338 50.80	3392 39.20	3984 46.10	3038 35.10	360 43.30	420 50.50	383 46.10
Hépatite B, aiguë		2 1.20	1 0.60		3 0.40	3 0.40	2 0.02	27 0.30	33 0.40		3 0.40	4 0.50
Hépatite B, total déclarations	21	17	25	99	96	114	937	1080	1191	121	104	121
Hépatite C, aiguë			1 0.60			3 0.40	2 0.02	24 0.30	30 0.40			3 0.40
Hépatite C, total déclarations	19	21	20	73	83	90	890	1015	1244	97	88	102
Infection à VIH	10 6.00	13 7.80	2 1.20	24 3.60	35 5.30	30 4.50	266 3.10	439 5.10	404 4.70	30 3.60	41 4.90	32 3.80
Sida		1 0.60	4 2.40	3 0.40	4 0.60	10 1.50	47 0.50	75 0.90	79 0.90	4 0.50	4 0.50	10 1.20
Syphilis, stades précoces ^f	4 2.40	17 10.20	17 10.20	15 2.30	65 9.80	54 8.10	512 5.90	748 8.60	628 7.30	28 3.40	72 8.70	61 7.30
Syphilis, total ^g	4 2.40	28 16.80	23 13.80	19 2.90	87 13.10	78 11.70	689 8.00	1058 12.20	936 10.80	32 3.80	100 12.00	87 10.50
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose							11 0.10	7 0.08	5 0.06			
Chikungunya		2 1.20	2 1.20		8 1.20	6 0.90	2 0.02	44 0.50	10 0.10		9 1.10	6 0.70
Dengue		5 3.00	4 2.40	2 0.30	30 4.50	23 3.50	38 0.40	263 3.00	179 2.10	2 0.20	34 4.10	28 3.40
Encéphalite à tiques	1 0.60			1 0.20	2 0.30		454 5.20	262 3.00	372 4.30	1 0.10	2 0.20	2 0.20
Fièvre du Nil occidental							1 0.01	1 0.01				
Fièvre jaune									1 0.01			
Fièvre Q		2 1.20	4 2.40		2 0.30	7 1.00	39 0.40	97 1.10	57 0.70		2 0.20	7 0.80
Infection à Hantavirus									1 0.01			
Infection à virus Zika								1 0.01	2 0.02			
Paludisme	2 1.20	7 4.20	4 2.40	18 2.70	37 5.60	16 2.40	101 1.20	306 3.50	280 3.20	20 2.40	37 4.40	17 2.00
Trichinellose							4 0.05	3 0.03		1 0.10	1 0.10	
Tularémie	1 0.60		1 0.60	9 1.40	8 1.20	4 0.60	119 1.40	152 1.80	116 1.30	12 1.40	8 1.00	4 0.50
Autres déclarations												
Botulisme												
Diphthérie ^h							3 0.03	2 0.02	5 0.06			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		2 1.20		2 0.30	3 0.40	1 0.20	22 0.20	19 0.20	19 0.20	3 0.40	3 0.40	1 0.10
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 5.2.2021 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)

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

Semaine	2		3		4		5		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	0	0	0	0	0	0	0	0
Piqûre de tiques	2	0.1	0	0	0	0	0	0	0.5	0
Borréliose de Lyme	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Herpès zoster	9	0.7	4	0.3	6	0.5	5	0.4	6	0.5
Néuralgies post-zostériennes	1	0.1	2	0.2	1	0.1	1	0.1	1.3	0.1
Médecins déclarants	179		175		173		157		171	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

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



Coronavirus

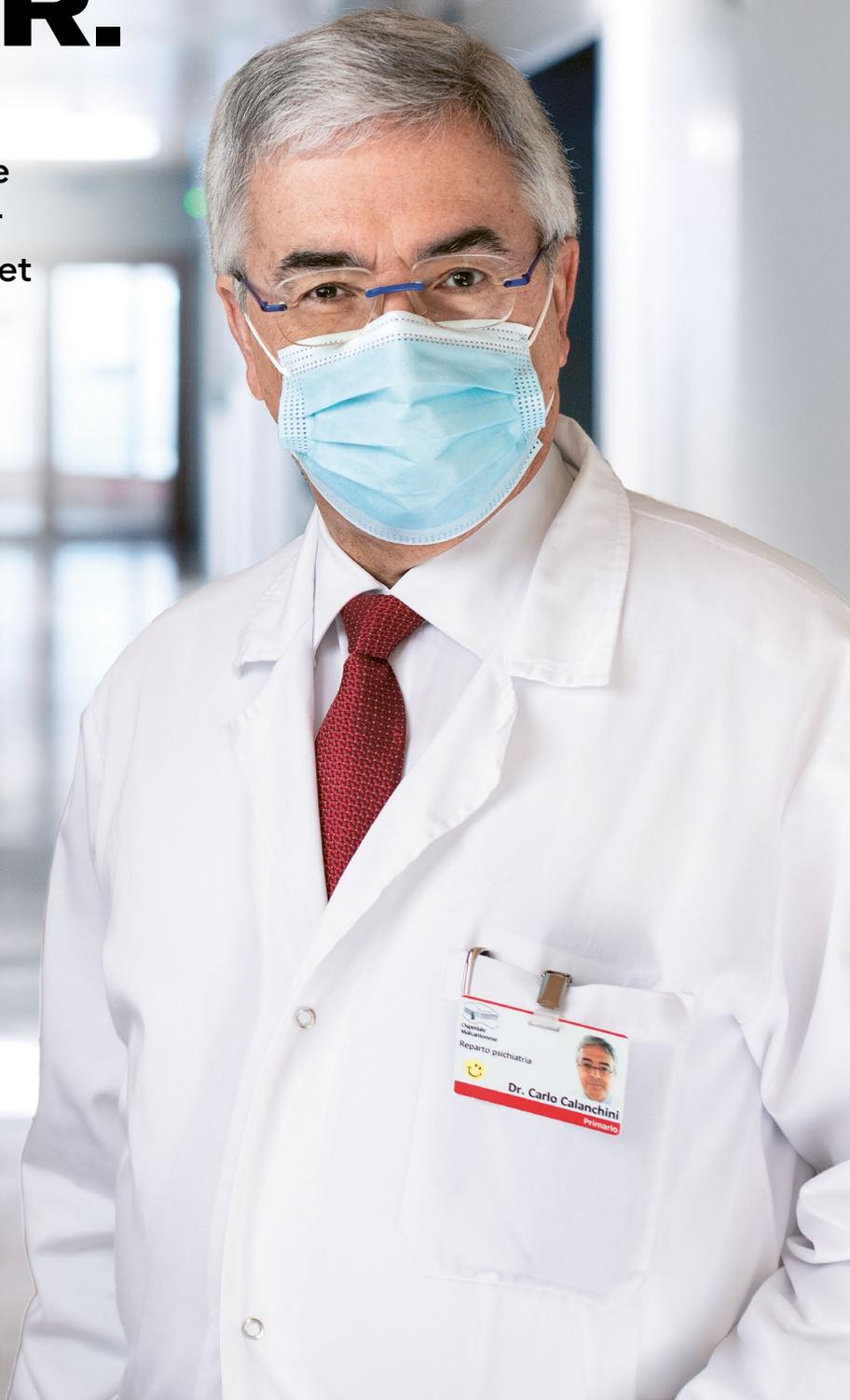
**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**



JE ME FERAI VACCINER.

Le Dr Carlo Calanchini,
de l'hôpital Malcantonese, souhaite
se faire vacciner et ainsi contribuer
à protéger ses collègues de travail et
tout son entourage.

Informez-vous sur
ofsp-coronavirus.ch/vaccination
ou au **058 377 88 92** et prenez
votre propre décision.



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 :



Corrigenda concernant « VI. Modifications de la limitation/de l'indication » (Bulletin 1+2/21)

Le texte de la limitation qui a été publié dans l'édition 1+2/21 du Bulletin à la rubrique *VI. Modifications de la limitation/de l'indication* pour (20416) KEYTRUDA conc perf 100mg/4ml flac 1 pce et conc perf 100 mg/4ml flac 2 pce dans l'indication **1L NSCLC non-épidermoïde (en association à une chimiothérapie avec pémétrexed + sel de platine) chez des patients avec TPS < 50% KN189** est corrigé comme suit, avec effet rétroactif au 1er janvier 2021 :

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

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

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie avec pémétrexed 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.

Avant l'arrivée de génériques du pémétrexed, les principes suivants sont applicables: L'économicité en vue du remboursement est évaluée au cas par cas par l'assurance maladie selon Art. 71a OAMal. Après admission de génériques du pémétrexed dans la LS, seule l'association de KEYTRUDA à des préparations de pémétrexed au prix de génériques répondra au critère d'économicité, 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: KN189

Les limitations des autres indications de Keytruda restent inchangées.

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} février 2021

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.10.20 G		ATOMOXETIN MEPHA (Atomoxetine)	Mepha Pharma AG		
	21185	caps 10 mg blist 7 pce Fr. 37.65 (18.53)		67588001	01.02.2021, A
	21185	caps 18 mg blist 7 pce Fr. 37.65 (18.53)		67588002	01.02.2021, A
	21185	caps 18 mg blist 28 pce Fr. 101.45 (74.10)		67588003	01.02.2021, A
	21185	caps 25 mg blist 7 pce Fr. 37.65 (18.53)		67588004	01.02.2021, A
	21185	caps 25 mg blist 28 pce Fr. 101.45 (74.10)		67588005	01.02.2021, A
	21185	caps 40 mg blist 7 pce Fr. 37.65 (18.53)		67588006	01.02.2021, A
	21185	caps 40 mg blist 28 pce Fr. 101.45 (74.10)		67588007	01.02.2021, A
	21185	caps 60 mg blist 28 pce Fr. 101.45 (74.10)		67588008	01.02.2021, A
	21185	caps 80 mg blist 28 pce Fr. 122.60 (92.49)		67588009	01.02.2021, A
	21185	caps 100 mg blist 28 pce Fr. 122.60 (92.49)		67588010	01.02.2021, A
Pour le traitement de deuxième ligne du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), lors d'une intolérance, contre-indication ou non-réponse au méthylphénidate, chez les enfants de 6 ans et plus et chez les adolescents dans le cadre d'un programme de prise en charge thérapeutique globale. Lorsque des patients ont été traités depuis plus d'une année, la nécessité du traitement doit être reconsidérée par un médecin expérimenté dans le traitement du TDAH.					
01.99 G		FINGOLIMOD MEPHA (Fingolimodum)	Mepha Pharma AG		
	21184	caps 0.500 mg 28 pce Fr. 550.95 (465.62)		67608001	01.02.2021, B
	21184	caps 0.500 mg 84 pce Fr. 1593.50 (1396.87)		67608003	01.02.2021, B
Traitement de la sclérose en plaques (SEP) récurrente-rémittente. Première prescription par un spécialiste en neurologie FMH.					
02.07.10 G		AMBRISANTAN MEPHA (Ambrisentanum)	Mepha Pharma AG		
	21191	Lactab 5 mg blist 30 pce Fr. 2696.25 (2402.31)		67294001	01.02.2021, B
	21191	Lactab 10 mg blist 30 pce Fr. 2696.25 (2402.31)		67294002	01.02.2021, B
Traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire idiopathique (HTAPI) et de l'HTAP associée à des affections de tissus conjonctifs chez les patients en classes fonctionnelles II et III (classification OMS), pour améliorer la performance physique.					
02.07.10 G		TADALAFIL PAH SPIRIG HC (Tadalafilum)	Spirig HealthCare AG		
	21194	cpr pell 20 mg nouv blist 56 pce Fr. 568.50 (480.92)		67624001	01.02.2021, B
Garantie de prise en charge des coûts par l'assureur après consultation préalable du médecin-conseil sur la base de la première pose de l'indication par des centres tertiaires pour l'hypertension pulmonaire, resp. par des spécialistes qualifiés en pneumologie et cardiologie.					

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
03.99		TRIKAFTA (Elexacaftorum, Tezacaftorum, Ivacaftorum)	Vertex Pharmaceu- ticals (CH) GmbH		
	21144	cpr pell blist 84 pce Fr. 18325.55 (17638.59)		67773001	01.02.2021, A
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Le traitement ne doit être poursuivi au-delà de 6 et 12 mois qu'en cas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.) <p>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.</p> <p>Contact: Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH Pricing & Market Access Baarerstrasse 88, 6300 Zug E-Mail: PMA-CH@vrtx.com</p>					
05.02		ALFUZOSIN MEPHA RETARD (Alfuzosini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
G	21190	cpr ret 10 mg blist 10 pce Fr. 14.10 (5.15)		68138001	01.02.2021, B
	21190	cpr ret 10 mg blist 30 pce Fr. 29.10 (14.65)		68138002	01.02.2021, B
	21190	cpr ret 10 mg blist 90 pce Fr. 62.45 (40.15)		68138003	01.02.2021, B
05.99		DUTASTERID TAMSULOSIN SANDOZ ECO (Dutasteridum, Tamsulosini hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceu- ticals AG		
G	21138	caps 0.5/0.4 mg blist 9 pce Fr. 9.55 (4.76)		67835001	01.02.2021, B
	21138	caps 0.5/0.4 mg blist 30 pce Fr. 34.60 (15.87)		67835002	01.02.2021, B
	21138	caps 0.5/0.4 mg blist 90 pce Fr. 71.05 (47.61)		67835003	01.02.2021, B
07.06		BYDUREON BCISE DEPOT (Exenatidum)	AstraZeneca AG		
	21192	susp inj 2 mg auto-injecteur injecteur 4 pce Fr. 124.95 (94.55)		67503001	01.02.2021, B
<p>Pour le traitement de patients diabétiques de type 2; exclusivement en association avec les antidiabétiques suivants, lorsque le contrôle glycémique est insuffisant avec les antidiabétiques oraux.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En double association avec de la metformine, une sulfonylurée ou une thiazolidinédione. - En triple association avec de la metformine et une sulfonylurée ou de la metformine et une thiazolidinédione. <p>Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires pour perdre du poids ne sont pas pris en charge par les assureurs.</p>					
07.10.10		NUROFEN JUNIOR FORTE (Ibuprofenum)	Reckitt Benckiser (Switzerland) AG		
G	21070	susp 200 mg/5 ml fl 100 ml Fr. 8.65 (3.98)		66852003	01.02.2021, B
<p>Pris en charge uniquement chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans.</p>					

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.13.10		CARIBAN (Doxylamini hydrogenosuccinas, Pyridoxini hydrochloridum)	Effik SA		
	21148	caps ret 10 mg/10 mg blist 24 pce Fr. 36.55 (17.57)		67670001	01.02.2021, B
07.16.10		BESPONSA (Inotuzumabum ozogamicinum)	Pfizer AG		
	20696	subst sèche 1 mg flac 1 pce Fr. 12033.85 (11500.33)		66022001	01.02.2018, A

Conformément à la garantie de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation préalable auprès du médecin-conseil, BESPONSA est utilisé pour le traitement des patients adultes présentant une leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) à précurseurs B, d'expression positive du CD22 en rechute ou réfractaire. Les patients adultes présentant une LAL à précurseurs B en rechute ou réfractaire, avec chromosome Philadelphie positif (Ph+) doivent avoir subi un échec de traitement antérieur avec au moins un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK). Un traitement par BESPONSA doit être réalisé dans des centres spécialisés en hématologie possédant l'infrastructure, l'expertise et l'expérience nécessaires pour gérer des patients atteints de LAL.

Chez les patients ne recevant pas de greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) après le traitement, BESPONSA peut être utilisé sur 6 cycles maximum, mais n'est remboursé que pour 3 cycles maximum. Les patients recevant une GCSH après le traitement peuvent être traités pendant 2 cycles. Un troisième cycle peut être envisagé chez les patients qui, après deux cycles, n'ont pas obtenu de rémission complète (RC) ou de rémission complète avec récupération hématologique incomplète (RCi) et négativité minimale de la maladie résiduelle (MRD).

Si BESPONSA doit être utilisé pour plus de 3 cycles, l'entreprise Pfizer AG rembourse, dans le cadre d'un traitement par BESPONSA et sur demande de l'assureur-maladie auquel la personne assurée était affiliée au moment de l'achat, le prix départ usine à partir du 4e cycle ou à partir du 11e emballage de BESPONSA. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus des montants de remboursement. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

07.16.10		DARZALEX (Daratumumabum)	Janssen-Cilag AG		
	20589	conc perf 100 mg/5 ml flac 5 ml Fr. 546.10 (461.43)		66072001	01.06.2017, A
	20589	conc perf 100 mg/5 ml flac 5 ml Fr. 546.10 (461.43)		66072001	01.06.2017, A
	20589	conc perf 400 mg/20 ml flac 20 ml Fr. 2052.95 (1815.77)		66072002	01.06.2017, A
	20589	conc perf 400 mg/20 ml flac 20 ml Fr. 2052.95 (1815.77)		66072002	01.06.2017, A

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

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		DARZALEX SC (Daratumumabum)	Janssen-Cilag AG		
	21150	sol inj 1800 mg/15 ml flac 15 ml Fr. 5829.50 (5447.31)		67689001	01.11.2020, A
	21150	sol inj 1800 mg/15 ml flac 15 ml Fr. 5829.50 (5447.31)		67689001	01.11.2020, A

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

07.16.10 6		FULVESTRANT MYLAN (Fulvestrantum)	Mylan Pharma GmbH		
	21198	sol inj 250 mg/5 ml ser pré 2 pce Fr. 517.20 (436.23)		67151002	01.02.2021, B

Traitements des patientes à la post-ménopause (ménopause naturelle ou induite) avec cancer du sein localement avancé ou métastatique à récepteurs oestrogéniques positifs et qui ne répondent pas, ou plus, à un autre traitement anti-hormonal.

07.16.10		LENVIMA (Lenvatinibum)	Eisai Pharma AG		
	20408	caps 4 mg 30 pce Fr. 1860.30 (1640.11)		65512001	01.10.2015, A
	20408	caps 4 mg 30 pce Fr. 1860.30 (1640.11)		65512001	01.10.2015, A
	20408	caps 10 mg 30 pce Fr. 1860.30 (1640.11)		65512002	01.10.2015, A
	20408	caps 10 mg 30 pce Fr. 1860.30 (1640.11)		65512002	01.10.2015, A

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2021

Carcinome thyroïdien différencié (DTC)

Carcinome thyroïdien différencié, localement avancé ou métastatique, réfractaire à l'iode radioactif et progressif. Seuls sont remboursés les dosages mentionnés dans l'information professionnelle (24 mg, 20 mg, 14 mg, 10 mg ou inférieurs).

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2021

Carcinome hépatocellulaire (HCC)

En monothérapie pour le traitement de première ligne du carcinome hépatocellulaire avancé non résécable chez les patients répondant à la totalité des critères suivants:

- Moins de 50% du foie est atteint par le carcinome
- Aucun envahissement tumoral n'est observé dans le conduit biliaire ou la branche portale principale de la veine porte
- Indice ECOG 0-1
- Child-Pugh A
- BCLC stade B, si une TACE (chimioembolisation transartérielle) n'est pas envisagée ou BCLC stade C
- Pas d'administration simultanée d'une chimiothérapie intra-artérielle hépatique (HAIC).

07.16.10		MEKINIST (Trametinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20484	cpr pell 0.5000 mg 7 pce Fr. 394.50 (329.36)		65883001	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 0.5000 mg 7 pce Fr. 394.50 (329.36)		65883001	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 0.5000 mg 30 pce Fr. 1609.60 (1411.53)		65883002	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 0.5000 mg 30 pce Fr. 1609.60 (1411.53)		65883002	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 2 mg 7 pce Fr. 1506.40 (1317.42)		65883003	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 2 mg 7 pce Fr. 1506.40 (1317.42)		65883003	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 2 mg 30 pce Fr. 6033.25 (5646.10)		65883004	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 2 mg 30 pce Fr. 6033.25 (5646.10)		65883004	01.07.2016, A

Mélanome métastatique

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement de patients adultes atteints d'un mélanome non résécable ou métastatique portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K). Traitement seulement jusqu'à progression de la maladie. Le traitement exige un engagement de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie chaque boîte de Mekinist achetée (indicateur d'un cycle de traitement) pour l'association avec Tafinlar au taux de 19,51 % sur le prix de fabrique par boîte. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		REVLIMID (Lenalidomidum)	Celgene GmbH		
	18541	caps 5 mg 21 pce Fr. 5423.00 (5050.71)		57712001	15.07.2008, A
	18541	caps 10 mg 21 pce Fr. 5694.00 (5315.13)		57712002	15.07.2008, A
	18541	caps 15 mg 21 pce Fr. 5971.85 (5586.20)		57712003	15.07.2008, A
	18541	caps 25 mg 21 pce Fr. 6544.90 (6145.26)		57712004	15.07.2008, A
	18541	caps 2.500 mg 21 pce Fr. 5287.45 (4918.50)		57712006	01.06.2017, A
	18541	caps 7.500 mg 21 pce Fr. 5558.50 (5182.92)		57712007	01.06.2017, A
	18541	caps 20 mg 21 pce Fr. 6258.35 (5865.73)		57712005	01.06.2017, A
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.					
07.16.10		TAFINLAR (Dabrafenibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20115	caps 50 mg 28 pce Fr. 957.95 (820.18)		62781001	01.02.2014, A
	20115	caps 50 mg 28 pce Fr. 957.95 (820.18)		62781001	01.02.2014, A
	20115	caps 50 mg 120 pce Fr. 3848.95 (3515.06)		62781002	01.02.2014, A
	20115	caps 50 mg 120 pce Fr. 3848.95 (3515.06)		62781002	01.02.2014, A
	20115	caps 75 mg 28 pce Fr. 1410.80 (1230.27)		62781003	01.02.2014, A
	20115	caps 75 mg 28 pce Fr. 1410.80 (1230.27)		62781003	01.02.2014, A
	20115	caps 75 mg 120 pce Fr. 5650.40 (5272.59)		62781004	01.02.2014, A
	20115	caps 75 mg 120 pce Fr. 5650.40 (5272.59)		62781004	01.02.2014, A
Mélanome métastatique					
Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement de patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K). Traitement seulement jusqu'à progression de la maladie. Le traitement exige un engagement de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie chaque boîte de Mekinist achetée (indicateur d'un cycle de traitement) pour l'association avec Tafinlar au taux de 19,51 % sur le prix de fabrique par boîte. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.					
07.99 G		ALENDRONAT ZENTIVA CPR HEBDOMADAIRES (Acidum alendronicum)	Helvepharm AG		
	21189	cpr 70 mg blist 4 pce Fr. 33.60 (15.00)		58839003	01.02.2021, B
	21189	cpr 70 mg blist 12 pce Fr. 66.20 (43.39)		58839004	01.02.2021, B
08.01.93 G		CO-AMOXICILLINE SPIRIG HC (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Spirig HealthCare AG		
	21193	cpr pell 625 mg blist 10 pce Fr. 17.50 (8.08)		67240001	01.02.2021, A
	21193	cpr pell 625 mg blist 20 pce Fr. 28.75 (14.31)		67240002	01.02.2021, A
	21201	cpr pell 1000 mg blist 12 pce Fr. 28.35 (14.00)		67241001	01.02.2021, A
	21201	cpr pell 1000 mg blist 20 pce Fr. 39.90 (20.46)		67241002	01.02.2021, A
53.02 K		BEXIN LIERRE SIROP CONTRE LA TOUX (Hederae folii extractum ethanolicum siccum DER: 4-8:1)	Spirig HealthCare AG		
	21186	sirop fl 100 ml Fr. 8.25 (4.46)		67808001	01.02.2021, D

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
03.04.50		NUCALA (Mepolizumabum)	GlaxoSmithKline AG		
	21053	sol inj 100 mg/ml stylo prérempli stylo pré 3 pce Fr. 4026.05 (3687.87)		67350002	01.02.2021, B
<p>À la suite de la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Seuls les médecins spécialistes en pneumologie, en allergologie et en immunologie sont en droit de prescrire ce médicament. À une dose ne dépassant pas 100 mg toutes les quatre semaines, chez l'adulte d'au moins 18 ans, en traitement additionnel de l'asthme éosinophilique sévère caractérisé par les critères suivants: Taux sanguin d'éosinophiles =0,4 G/l et au moins 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximale (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques OU Taux sanguin d'éosinophiles =0,4 G/l avant l'instauration d'un traitement par des corticostéroïdes systémiques et au moins 2 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois chez des patients ou patientes qui ont eu besoin d'un traitement de fond d'au moins 6 mois par des corticostéroïdes systémiques (palier GINA 5) au cours des 12 derniers mois pour atteindre un contrôle de la maladie. Une évaluation du succès thérapeutique par un médecin spécialiste en pneumologie, allergologie ou immunologie doit être faite au plus tard après 8 administrations et annuellement par la suite. La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge sous couvert de confirmation du succès thérapeutique. Un succès thérapeutique est caractérisé comme suit: - Dans le cas d'un traitement de palier GINA 4: réduction d'au moins 50% des exacerbations par rapport au début du traitement, puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint, OU - Dans le cas d'un traitement de palier GINA 5 par des corticostéroïdes systémiques: réduction du taux d'exacerbations sous une dose inchangée ou réduite de corticostéroïdes oraux, puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations sous une dose stable de corticostéroïdes oraux OU taux d'exacerbations inchangé ou réduit après réduction de la dose de corticostéroïdes oraux à 50% de la dose initiale (en équivalent de prednisone), puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations en poursuivant la corticothérapie à cette nouvelle dose ou à une dose encore plus faible OU passage à un traitement de palier GINA 4 lors d'un nombre maximal de 2 exacerbations par an, puis maintien ou réduction supplémentaire du taux d'exacerbations par la suite. Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.</p>					
06.01.10		ADYNOVI (Rurioctocogum alfa pegolum)	Takeda Pharma AG		
	20527	subst sèche 1500 UI cum solv 2 ml1 pce Fr. 1414.75 (1340.22)		65953016	01.02.2021, B
	20527	subst sèche 3000 UI cum solv 5 ml1 pce Fr. 2788.45 (2680.44)		65953017	01.02.2021, B
<p>Calculation des prix pour préparations sanguines sur la base des prix «ex factory» plus une marge fixe de fr. 40.- à cause de la situation particulière de distribution (pratiquement pas de commerce de grossiste et détailliste) plus la TVA. Cette calculation n'est pas valable pour l'albumine humaine.</p>					
07.12 G		ATORVASTATIN MEPHA (Atorvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20239	lactabs 10 mg 90 pce Fr. 64.90 (42.25)		61322025	01.02.2021, B
	20239	lactabs 20 mg 90 pce Fr. 64.90 (42.25)		61322026	01.02.2021, B
07.12 G		ÉZÉTIMIB SIMVASTATIN AXAPHARM (Simvastatinum, Ezetimibum)	Axapharm AG		
	20976	cpr 10/80 mg blist 28 pce Fr. 39.45 (20.06)		67250007	01.02.2021, B
	20976	cpr 10/80 mg blist 98 pce Fr. 96.95 (70.16)		67250008	01.02.2021, B
07.13.10 G		DESLORATADINE AXAPHARM (Desloratadinum)	Axapharm AG		
	20988	cpr pell 5 mg blist 90 pce Fr. 42.40 (22.66)		67123004	01.02.2021, B
08.03 G		TENOFOVIR MYLAN (Tenofovirum disoproxilum)	Mylan Pharma GmbH		
	20910	cpr pell 245 mg blist 30 pce Fr. 254.15 (207.11)		67014004	01.02.2021, A
08.09		CUVITRU (Immunoglobulinum humanum normale)	Takeda Pharma AG		
	20571	sol inj 10 g/50 ml flac 50 ml Fr. 720.95 (613.70)		65992005	01.02.2021, B
<p>Pour le traitement des syndromes provoqués par l'absence d'anticorps. Prise en charge si la caisse a donné une garantie spéciale.</p>					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.07.10		TIMONIL 300 RETARD (Carbamazepinum)	Desitin Pharma GmbH		
	15005	cpr ret 300 mg 50 pce Fr. 19.70 (10.00)		47127001	01.02.2021, B
02.07.10 6		TADALAFIL PAH SPIRIG HC (Tadalafilum)	Spirig HealthCare AG		
	20929	cpr pell 20 mg blist 56 pce Fr. 568.50 (480.92)		66701001	01.02.2021, B
04.01		ALUCOL (Magnesii hydroxidum, Aluminii oxidum hydricum (Algeldratum))	Melisana AG		
	20289	cpr mâcher 24 pce Fr. 7.85 (4.25)		23128039	01.02.2021, D
	20289	cpr mâcher 72 pce Fr. 20.00 (10.83)		23128047	01.02.2021, D
07.10.10		TORA-DOL (Ketorolacum trometamololum)	Recordati AG		
	15951	sol inj 30 mg/ml amp 5 pce Fr. 15.40 (6.26)		48802028	01.02.2021, B
07.16.10		TRISENOX (Arseni trioxidum)	Teva Pharma AG		
	20282	conc perf 10 mg/10 ml 10 amp 10 ml Fr. 3903.30 (3568.10)		65178001	01.02.2021, A

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS					
AJOVY sol inj 225 mg/1.5 ml ser pré 1.5 ml sol inj 225 mg/1.5 ml 3 ser pré 1.5 ml sol inj 225 mg/1.5 ml s.c. stylo pré 1.5 ml	Teva Pharma AG	020510	20977 20977 20977	535.00 1523.05 535.00	451.76 1332.62 451.76
VEYVONDI subst sèche 650 UI c solv set 1 pce subst sèche 1300 UI c solv set 1 pce	Takeda Pharma AG	060110	20843 20843	587.15 1133.30	532.84 1065.68
IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
ACARIZAX POUDRE PAR VOIE ORAL cpr subling 12 SQ-HDM bte 30 pce cpr subling 12 SQ-HDM bte 90 pce	ALK-Abelló AG	071330	20553 20553	116.70 317.30	87.37 262.12
ALUCOL GEL susp menthe fl 130 ml susp menthe fl 500 ml susp fruit fl 130 ml susp fruit fl 500 ml	Melisana AG	040100	11518 11518 11518 11518	5.55 17.20 5.55 17.20	3.01 9.31 3.01 9.31
BUDENOFALK caps 3 mg 50 pce caps 3 mg 100 pce	Dr. Falk Pharma AG	049900	17225 17225	78.55 133.45	54.12 101.94
COSENTYX sol inj 150 mg/1 ml ser pré 1 pce sol inj 150 mg/1 ml ser pré 2 pce subst sèche 150 mg flac 1 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	20311 20311 20311	738.30 1440.80 738.30	628.82 1257.63 628.82
COSENTYX SENSOREADY sol inj 150 mg/1 ml stylo pré 1 pce sol inj 150 mg/1 ml stylo pré 2 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	20316 20316	738.30 1440.80	628.82 1257.63
DOCETAXEL ACCORD conc perf 20 mg/ml flac 1 pce conc perf 80 mg/4 ml flac 1 pce conc perf 160 mg/8 ml flac 1 pce	Accord Healthcare AG	071610	21008 21008 21008	89.50 308.85 601.30	63.69 254.75 509.50
DOCETAXEL FRESENIUS conc perf 20 mg/1 ml flac 1 pce conc perf 80 mg/4 ml flac 1 pce conc perf 120 mg/6 ml flac 1 pce conc perf 160 mg/8 ml flac 1 pce	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	20048 20048 20048 20048	89.50 308.85 455.10 601.30	63.69 254.75 382.13 509.50
DOCÉTAXEL SANDOZ conc perf 20 mg/2 ml flac 1 pce conc perf 80 mg/8 ml flac 1 pce conc perf 160 mg/16 ml flac 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19798 19798 19798	89.50 308.85 601.30	63.69 254.75 509.50
DOCETAXEL TEVA conc perf 20 mg/1 ml flac 1 pce conc perf 80 mg/4 ml flac 1 pce conc perf 140 mg/7 ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	19787 19787 19787	91.00 308.85 531.50	64.98 254.75 448.69
DOCETAXEL ZENTIVA conc perf 20 mg/1 ml flac 1 pce conc perf 80 mg/4 ml flac 1 pce	Helvepharm AG	071610	19794 19794	90.95 308.85	64.96 254.75

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ESTROFEM N cpr pell 1 mg 28 pce cpr pell 2 mg 28 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070820	12815 12815	8.65 9.45	3.95 4.67
FEMOSTON cpr 1/10 mg 28 pce cpr 2/10 mg 28 pce	Mylan Pharma GmbH	070860	16799 16799	15.15 16.10	6.05 6.87
GRAZAX LYOPHILISÉ ORALE cpr 75000 SQ-T 30x 1 doses cpr 75000 SQ-T 100x 1 doses	ALK-Abelló AG	071330	18694 18694	125.05 378.60	94.66 315.50
INSULINE LEVEMIR FLEXPEN sol inj stylo prérempli 5 stylo pré 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17979	81.90	57.06
INSULINE LEVEMIR PENFILL sol inj cartouche 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17980	77.20	52.96
LANTUS sol inj 100 U/ml SoloStar Pen 5x 3 ml sol inj 100 U/ml Clikstar/OptiPen/ JuniorSt 5 amp 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18640 17870	83.70 81.85	58.64 57.02
NAVELBINE caps 20 mg 1 pce caps 30 mg 1 pce	Pierre Fabre Pharma AG	071610	18116 18116	63.35 86.85	40.90 61.35
NOVOFEM cpr pell disp 28 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070860	17874	14.95	5.89
NYSTALOCAL crème tb 20 g	Medinova AG	100942	12836	16.40	7.13
ORALAIR cpr subling 300 IR 30 pce cpr subling 300 IR 90 pce	Stallergenes AG	071330	19463 19463	122.35 334.25	92.29 276.88
ORALAIR COMBIPACK cpr subling 100 IR/300 IR 31 pce	Stallergenes AG	071330	19463	120.40	90.60
OTEZLA cpr pell 30 mg 56 pce	Amgen Switzerland AG	071500	20374	888.40	759.60
OTEZLA EMBALLAGE DÉPART cpr pell 4x10,4x20,19x30 mg 27 pce	Amgen Switzerland AG	071500	20374	430.10	360.38
PACLITAXEL ACCORD conc perf 30 mg/5 ml flac 5 ml conc perf 100 mg/16.7 ml flac 16.700 ml conc perf 150 mg/25 ml flac 25 ml conc perf 300 mg/50 ml flac 50 ml conc perf 600 mg/100 ml flac 100 ml	Accord Healthcare AG	071610	21091 21091 21091 21091 21091	40.10 93.10 135.00 246.55 453.15	20.64 66.82 103.30 200.47 380.45
PACLITAXEL FRESENIUS conc perf 30 mg/5 ml flac 1 pce conc perf 100 mg/16.7 ml flac 1 pce conc perf 300 mg/50 ml flac 1 pce	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	20491 20491 20491	42.50 93.10 246.55	22.72 66.82 200.47
PACLITAXEL LABATEC conc perf 30 mg/5 ml flac 8 ml conc perf 100 mg/16.7 ml flac 20 ml conc perf 300 mg/50 ml flac 50 ml	Labatec Pharma SA	071610	19366 19366 19366	42.50 93.10 246.55	22.72 66.82 200.47

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
PACLITAXEL SANDOZ conc perf 30 mg/5 ml flac 5 ml conc perf 100 mg/16.7 ml flac 16.700 ml conc perf 150 mg/25 ml flac 25 ml conc perf 300 mg/50 ml flac 50 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	18191 18191 18191 18191	40.10 94.75 135.00 246.55	20.66 68.24 103.31 200.47
PACLITAXEL TEVA LIQUID conc perf 30 mg/5 ml flac 1 pce conc perf 100 mg/16.7 ml flac 1 pce conc perf 150 mg/25 ml flac 1 pce conc perf 300 mg/50 ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	18796 18796 18796 18796	42.50 93.10 146.70 246.55	22.72 66.82 113.51 200.47
STALORAL 300 3 ARBR sol 10IR/ml 2x300IR/ml N 3 fl 10 ml	Stallergenes AG	071330	20246	223.30	180.22
STALORAL 300 3 ARBRES sol 300 IR/ml nouv 3 fl 10 ml	Stallergenes AG	071330	20246	301.45	248.30
STALORAL 300 BOUL sol 10IR/ml 2x300IR/ml N 3 fl 10 ml	Stallergenes AG	071330	18953	223.30	180.22
STALORAL 300 BOULEAU sol 300 IR/ml nouv 3 fl 10 ml	Stallergenes AG	071330	18953	301.45	248.30
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	102.40 360.45	74.92 299.71
TOUJEO SOLOSTAR sol inj 300 U/ml Pen 3x1.500 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	20372	69.35	46.13
TRISEQUENS N cpr pell 28 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070860	12814	14.90	5.85
ZOMETA conc perf 4 mg/5 ml flac 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	079900	17928	206.75	165.83
IV.c. Baissement de prix volontairement					
ALOXI sol inj 0.250 mg/5 ml amp 5 ml	Vifor SA	010900	18404	74.25	50.40
BRUFEN 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	11185 11185 14248 14248	7.40 15.75 8.60 36.50	2.87 6.57 3.90 17.53
VALTRES cpr pell 500 mg 10 pce cpr pell 500 mg (nouv) 10 pce cpr pell 500 mg (nouv) 30 pce cpr pell 500 mg 30 pce cpr pell 500 mg 42 pce cpr pell 500 mg (nouv) 42 pce	GlaxoSmithKline AG	080300	16495 16495 16495 16495 16495 16495	28.10 28.10 63.75 63.75 86.60 86.60	13.77 13.77 41.25 41.25 61.14 61.14
VELCADE subst sèche 1 mg flac 1 pce	Janssen-Cilag AG	071610	18054	186.60	148.27

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV.d. Mutation de prix normale					
BESPONSA subst sèche 1 mg flac 1 pce	Pfizer AG	071610	20696	12033.85	11500.33
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
DARZALEX SC sol inj 1800 mg/15 ml flac 15 ml	Janssen-Cilag AG	071610	21150	5829.50	5447.31
TREMFYA sol inj 100 mg/ml ser pré ser pré 1 ml	Janssen-Cilag AG	071500	20752	2527.60	2248.53
sol inj 100 mg/1 ml stylo pré-rempli stylo pré 1 ml			21007	2527.60	2248.53
IV.e. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet					
FABRAZYME subst sèche 35 mg flac 1 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	17925	3678.00	3348.27

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

V.Modifications de la limitation/de l'indication

DARZALEX	Janssen-Cilag AG	071610			
conc perf 100 mg/5ml flac 5 ml			20589	546.10	461.43
conc perf 400 mg/20ml flac 10 ml			20589	2052.95	1815.77

Vieille limitation :

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

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.

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 légalidomide 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

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

Vieille limitation :

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

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.

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

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 2.500 mg 21 pce			18541	5287.45	4918.50
caps 7.500 mg 21 pce			18541	5558.50	5182.92
caps 20 mg 21 pce			18541	6258.35	5865.73

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 prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Revlimid, jusqu'à la progression ou l'intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone
- 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.

Après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil.

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2021

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.

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2021

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.

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021

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.

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2022

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.

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.

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 assurée 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.

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.

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

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 une substitution pour les mêmes raisons.

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

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2021

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021

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 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

TREMFYA	Janssen-Cilag AG	071500			
sol inj 100 mg/ml seringue prête ser pré 1 ml			20752	2527.60	2248.53
sol inj 100 mg/1ml stylo pré 1 ml			21007	2527.60	2248.53

Vieille limitation:

Psoriasis en plaques

Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques sévère et n'ayant pas présenté le succès thérapeutique escompté avec les UVB et la PUVA thérapie ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement.

Seuls des spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques dermatologiques sont habilités à prescrire ce médicament.

Nouvelle limitation:

Psoriasis en plaques

Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques sévère et n'ayant pas présenté le succès thérapeutique escompté avec les UVB et la PUVA thérapie ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement.

Seuls des spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques dermatologiques sont habilités à prescrire ce médicament.

Arthrite psoriasique

Traitement des patients adultes souffrant d'arthrite psoriasique active, seule ou en combinaison avec le méthotrexate (MTX), qui ont eu une réponse inadéquate à un traitement antérieur par un antirhumatismal systémique classique (csDMARD) ou qui ne l'ont pas toléré.

Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique, Janssen-Cilag AG rembourse Fr. 138,75 du prix de fabrication pour chaque seringue et stylo prérempli Tremfya acheté, sur demande de l'assurance maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamée en plus des montants de remboursement.

ZIRABEV	Pfizer AG	071610			
conc perf 400 mg/16ml vial 16 ml			21090	1117.50	962.84
conc perfz 100 mg/4ml 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 de patients atteints d'un carcinome colo-rectal 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 la 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 de patients atteints d'un carcinome colo-rectal métastatique qui a été traité antérieurement par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine ou d'irinotécan avec ou sans Zirabev, en association à un schéma de chimiothérapie à base d'irinotécan ou d'oxaliplatine. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à la 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 de 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 la progression de la maladie.

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

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 de 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 assurée était assurée au moment de l'achat, Pfizer AG rembourse pour le traitement Fr. 0.64 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à la 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 AG 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 de 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 assurée était assurée au moment de l'achat, Pfizer AG rembourse pour le traitement Fr. 0.34 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à la 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 AG 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 de 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 la 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 la progression de la maladie.

Zirabev est indiqué en combinaison avec 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 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 topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée, Zirabev est remboursé jusqu'à la 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 la 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 de patients avec récurrence de glioblastome (grade IV selon l'OMS) après un traitement préalable par le témozolamide. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

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

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 de patients atteints d'un carcinome colo-rectal 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 la 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 de patients atteints d'un carcinome colo-rectal métastatique qui a été traité antérieurement par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine ou d'irinotécan avec ou sans Zirabev, en association à un schéma de chimiothérapie à base d'irinotécan ou d'oxaliplatine. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à la 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 de 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 la 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 de 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 assurée 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 la 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 de 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 assurée 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 la 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 de 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 la progression de la maladie selon ce qui survient en premier.

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

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 la 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 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 la 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 la 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 de patients avec récurrence de glioblastome (grade IV selon l'OMS) après un traitement préalable par le témozolamide. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

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

ALGIFOR JUNIOR Susp 100 mg/5ml 200 ml	VERFORA SAA	071010	18139	9.80	4.98
Nouvelle limitation: Pris en charge uniquement chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans.					
ALLERGOVIT ALNUS Susp inj combi 2x 3 ml Susp inj force B 3 ml	Allergopharma AG	071330	19531 19531	433.55 405.10	363.37 338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT ALNUS/CORYLUS Susp inj combi 2x 3 ml Susp inj force B 3 ml	Allergopharma AG	071330	19531 19531	433.55 405.10	363.37 338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT ARTEMISIA Susp inj combi 2x 3 ml Susp inj force B 3 ml	Allergopharma AG	071330	19531 19531	433.55 405.10	363.37 338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT BETULA Susp inj combi 2x 3 ml Susp inj force B 3 ml	Allergopharma AG	071330	19531 19531	433.55 405.10	363.37 338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT BETULA/ALNUS/ CORYLUS Susp inj combi 2x 3 ml Susp inj force B 3 ml	Allergopharma AG	071330	19531 19531	433.55 405.10	363.37 338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ALLERGOVIT CORYLUS	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAM/ARTE/SEC/ PLANT	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN 60/ SECALE 40	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN 80/ SECALE 20	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN CERIA/ ARTEMI	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN CERIA/ BETULA	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN CERIA/ PLANTAG	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN/ARTEMI/ SECALE	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ALLERGOVIT MIX GRAMIN/BET/SEC/ PLANT	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN/BETULA/ SECALE	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN/SECA/ PLANTAG	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAMINEA	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT MIX GRAMINEA CEREALIS	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT PARIETARIA	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT PLANTAGO	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					
ALLERGOVIT SECALE	Allergopharma AG	071330			
Susp inj combi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Susp inj force B 3 ml			19531	405.10	338.59
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IRFEN JUNIOR susp 100 mg/5ml Fl 200 ml	Mepha Pharma AG	071010	20887	8.65	3.98
Nouvelle limitation: Pris en charge uniquement chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans.					
OPTIFEN JUNIOR susp 100 mg/5ml Fl 200 ml	Spirig HealthCare AG	071010	20886	8.65	3.98
Nouvelle limitation: Pris en charge uniquement chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans.					
POLVAC ARBRES TRAIT DE BASE susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml	Bencard AG	071330	17674	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
susp inj flac 1.500 ml			20464	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
susp inj flac 1.500 ml			20465	311.85	257.34
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par les pollens.					
POLVAC ARBRES TRAIT ENTRETIEN susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml	Bencard AG	071330	17674	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
susp inj flac 1.500 ml			20464	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
susp inj flac 1.500 ml			20465	311.85	257.34
Nouvelle limitation: Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
POLVAC GRAMINÉES SEIGLE TRAIT BASE	Bencard AG	071330			
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			17674	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
susp inj flac 1.500 ml			20464	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
susp inj flac 1.500 ml			20465	311.85	257.34

Nouvelle limitation:

Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par les pollens.

POLVAC GRAMINÉES SEIGLE TRAIT BASE	Bencard AG	071330			
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			17674	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
susp inj flac 1.500 ml			20464	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
susp inj flac 1.500 ml			20465	311.85	257.34

Nouvelle limitation:

Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par l'inhalation d'allergènes ne pouvant être évités.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
POLVAC GRAMINÉES SEIGLE TRAIT ENTRETIEN	Bencard AG	071330			
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			17674	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
susp inj flac 1.500 ml			20464	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
susp inj flac 1.500 ml			20465	311.85	257.34
Nouvelle limitation:					
Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par les pollens.					
POLVAC GRAMINÉES SEIGLE TRAIT ENTRETIEN	Bencard AG	071330			
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			17674	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
susp inj flac 1.500 ml			20464	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
susp inj flac 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
susp inj seringue prête ser pré 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
susp inj flac 1.500 ml			20465	311.85	257.34
Nouvelle limitation:					
Pour l'immunothérapie spécifique pré-saisonnière des maladies allergiques (médiées par les IgE) telles que la rhinite allergique, l'inflammation allergique de la conjonctive (conjonctivite), l'asthme bronchique allergique etc. qui sont provoquées par les pollens.					
TOUJEO SOLOSTAR	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610			
sol inj 300 E/ml Pen 5x 1.500 ml			0	0.00	0.00
sol inj 300 E/ml Pen 3x 1.500 ml			20372	69.35	46.13
Nouvelle limitation:					
Traitement du diabète sucré chez les adultes					

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**



**EN CAS DE SYMPTÔMES*,
SE FAIRE
TESTER IMMÉDIATEMENT.**
Pour n'infecter personne.

* En cas de nouveaux symptômes liés à la maladie.
Principaux symptômes : fièvre, toux, maux de gorge,
difficultés respiratoires, douleurs dans la poitrine,
perte du goût et/ou de l'odorat.

Autres symptômes possibles : maux de tête,
faiblesse générale, sensation de malaise,
douleurs musculaires, rhume, nausées,
vomissements, diarrhée, maux de ventre,
éruptions cutanées.

**Gratuit
dans tous
les lieux
de test**

POUR PLUS D'INFORMATIONS :

Auto-évaluation coronavirus en ligne : ofsp-coronavirus.ch/check

Infoline coronavirus (6 h – 23 h) : +41 58 463 00 00



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



Faire l'auto-
évaluation corona-
virus en ligne.



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

VIVRE-PARTAGER.CH

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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

swiss
transplant 

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

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n ^{os}
Thurgovie		4622038

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

7/2021