



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 20 juin 2022

Semaine

OFSP-Bulletin 25/2022

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

Le rapport d'activité 2021 sur la radioprotection est disponible, p. 8

Liste des spécialités, p. 10

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 50 00
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	7
Le rapport d'activité 2021 sur la radioprotection est disponible	8
Liste des spécialités	10
Vol d'ordonnances	31

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 23^e semaine (14.06.2022)^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 23^e semaine (14.06.2022)^a

	Semaine 23			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	1 0.60		3 1.80	9 1.30	7 1.00	3 0.40	109 1.20	60 0.70	99 1.10	55 1.40	28 0.70	51 1.30
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	20 11.90	1 0.60	1 0.60	95 14.20	1 0.20	4 0.60	11746 134.90	48 0.60	11810 135.60	11307 293.50	28 0.70	11325 294.00
Légionellose	15 9.00	4 2.40	11 6.60	55 8.20	31 4.60	35 5.20	716 8.20	497 5.70	527 6.00	197 5.10	159 4.10	137 3.60
Méningocoques: maladie invasive		1 0.60			2 0.30	1 0.20	10 0.10	10 0.10	36 0.40	5 0.10	3 0.08	13 0.30
Pneumocoques: maladie invasive	22 13.10	4 2.40	1 0.60	63 9.40	55 8.20	7 1.00	636 7.30	384 4.40	691 7.90	338 8.80	200 5.20	371 9.60
Rougeole	1 0.60			1 0.20			1 0.01		55 0.60	1 0.03		37 1.00
Rubéole^c									1 0.01			
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	3 1.80	7 4.20	5 3.00	27 4.00	41 6.10	31 4.60	342 3.90	357 4.10	399 4.60	155 4.00	174 4.50	178 4.60
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	198 118.20	114 68.10	115 68.70	510 76.10	497 74.20	363 54.20	7276 83.50	6330 72.70	6518 74.80	2617 67.90	2080 54.00	1791 46.50
Hépatite A	2 1.20	1 0.60	1 0.60	3 0.40	2 0.30	3 0.40	50 0.60	50 0.60	93 1.10	26 0.70	25 0.60	43 1.10
Hépatite E	2 1.20			9 1.30	9 1.30	6 0.90	80 0.90	155 1.80	96 1.10	36 0.90	124 3.20	37 1.00
Infection à E. coli entérohémorragique	28 16.70	12 7.20	10 6.00	91 13.60	55 8.20	41 6.10	1076 12.40	738 8.50	1014 11.60	378 9.80	248 6.40	205 5.30
Listériose	1 0.60	1 0.60	1 0.60	3 0.40	2 0.30	5 0.80	47 0.50	35 0.40	56 0.60	25 0.60	11 0.30	34 0.90
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				1 0.20			6 0.07	1 0.01	22 0.20	4 0.10		10 0.30
Salmonellose, autres	32 19.10	18 10.80	9 5.40	120 17.90	93 13.90	52 7.80	1598 18.40	1299 14.90	1409 16.20	501 13.00	399 10.40	336 8.70
Shigellose	3 1.80			12 1.80	6 0.90	3 0.40	145 1.70	33 0.40	182 2.10	63 1.60	16 0.40	43 1.10

	Semaine 23			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydirose	308 183.90	188 112.20	250 149.30	971 144.90	856 127.80	791 118.10	12309 141.30	11654 133.80	11871 136.30	5470 142.00	5343 138.70	4729 122.80
Gonorrhée ^e	163 97.30	66 39.40	56 33.40	417 62.20	275 41.00	200 29.80	4809 55.20	3561 40.90	3690 42.40	2264 58.80	1537 39.90	1422 36.90
Hépatite B, aiguë				1 0.20	1 0.20	2 0.30	28 0.30	24 0.30	26 0.30	12 0.30	11 0.30	9 0.20
Hépatite B, total déclarations	32	17	17	95	80	86	1106	974	1019	551	482	422
Hépatite C, aiguë			2 1.20			4 0.60	8 0.09	17 0.20	18 0.20	2 0.05	7 0.20	7 0.20
Hépatite C, total déclarations	28	17	18	86	76	55	982	979	915	460	440	355
Infection à VIH	8 4.80	7 4.20	6 3.60	22 3.30	23 3.40	16 2.40	334 3.80	303 3.50	370 4.20	150 3.90	144 3.70	118 3.10
Sida		1 0.60	1 0.60	1 0.20	3 0.40	1 0.20	40 0.50	45 0.50	75 0.90	12 0.30	21 0.60	25 0.60
Syphilis, stades précoces ^f	4 2.40	13 7.80	17 10.20	16 2.40	57 8.50	67 10.00	662 7.60	585 6.70	727 8.40	275 7.10	287 7.40	294 7.60
Syphilis, total ^g	6 3.60	15 9.00	26 15.50	34 5.10	69 10.30	83 12.40	905 10.40	802 9.20	1015 11.60	386 10.00	391 10.20	394 10.20
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose				1 0.20			6 0.07	3 0.03	6 0.07	1 0.03	1 0.03	1 0.03
Chikungunya					1 0.20		4 0.05	2 0.02	31 0.40		2 0.05	11 0.30
Dengue		1 0.60	1 0.60	1 0.20	2 0.30	3 0.40	37 0.40	14 0.20	228 2.60	19 0.50	8 0.20	71 1.80
Encéphalite à tiques	30 17.90	7 4.20	27 16.10	55 8.20	33 4.90	62 9.20	304 3.50	392 4.50	314 3.60	78 2.00	59 1.50	90 2.30
Fièvre du Nil occidental								1 0.01	1 0.01			
Fièvre jaune												
Fièvre Q		6 3.60	1 0.60	2 0.30	8 1.20	8 1.20	89 1.00	71 0.80	71 0.80	27 0.70	46 1.20	27 0.70
Infection à Hantavirus							6 0.07					
Infection à virus Zika									1 0.01			
Paludisme	9 5.40	9 5.40		33 4.90	23 3.40	2 0.30	306 3.50	137 1.60	243 2.80	141 3.70	87 2.30	78 2.00
Trichinellose	1 0.60			2 0.30			4 0.05	2 0.02	4 0.05	4 0.10	1 0.03	2 0.05
Tularémie		1 0.60	4 2.40	2 0.30	12 1.80	12 1.80	175 2.00	162 1.90	153 1.80	17 0.40	79 2.00	35 0.90
Autres déclarations												
Botulisme							1 0.01	1 0.01		1 0.03	1 0.03	
Diphthérie ^h					1 0.20	1 0.20	4 0.05	2 0.02	4 0.05	1 0.03	1 0.03	2 0.05
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		1 0.60		1 0.20	1 0.20		33 0.40	21 0.20	16 0.20	13 0.30	8 0.20	8 0.20
Tétanos												



 **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

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 10.6.2022 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	20		21		22		23		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Oreillons	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Coqueluche	0	0	1	0.1	2	0.2	0	0	0.8	0.1
Piqûre de tiques	17	1.3	15	1.5	18	1.5	18	2.0	17	1.6
Borréliose de Lyme	8	0.6	7	0.7	20	1.7	13	1.5	12	1.1
Herpès zoster	8	0.6	13	1.3	8	0.7	9	1.0	9.5	0.9
Néuralgies post-zostériennes	2	0.2	0	0	3	0.3	3	0.3	2	0.2
Médecins déclarants	157		155		154		143		152.3	

Le rapport d'activité 2021 sur la radioprotection est disponible

En raison de la pandémie, l'année 2021 a exigé une grande flexibilité. Ainsi, les audits de radioprotection dans les entreprises médicales ont dû partiellement se faire en ligne ou simplement être reportés. Heureusement, aucun événement radiologique majeur n'est intervenu durant l'année écoulée et les mesures de la radioactivité dans l'environnement n'ont présenté aucune valeur anormale. Le rapport fournit une analyse approfondie de l'exposition de la population au rayonnement ionisant. Les contributions les plus importantes concernent toujours le radon dans les habitations et les examens médicaux.

Cette année, l'interview donne la parole à Sybille Estier, responsable de la section Radioactivité de l'environnement, qui s'exprime sur les systèmes suisses de mesure (cf. figure 1), sur le laboratoire accrédité de l'OFSP et sur les défis à venir. L'OFSP a reçu le mandat de surveiller la radioactivité de l'environnement il y a 35 ans, après la catastrophe nucléaire de Tchernobyl.

L'année 2021 a en outre été marquée par le dixième anniversaire de l'accident nucléaire de Fukushima; l'OFSP a élaboré une fiche d'information à ce sujet ([Fukushima, admin.ch](#)). Cette catastrophe a eu des conséquences sur les mesures préventives dans le cadre des situations d'urgence radiologique. En regard de la pandémie, les mesures à envisager dans le cadre des situations d'urgence radiologique doivent être à l'avenir réévaluées, notamment le renforcement d'une collaboration efficace entre les différentes parties prenantes. La prise en charge financière de la distribution des comprimés

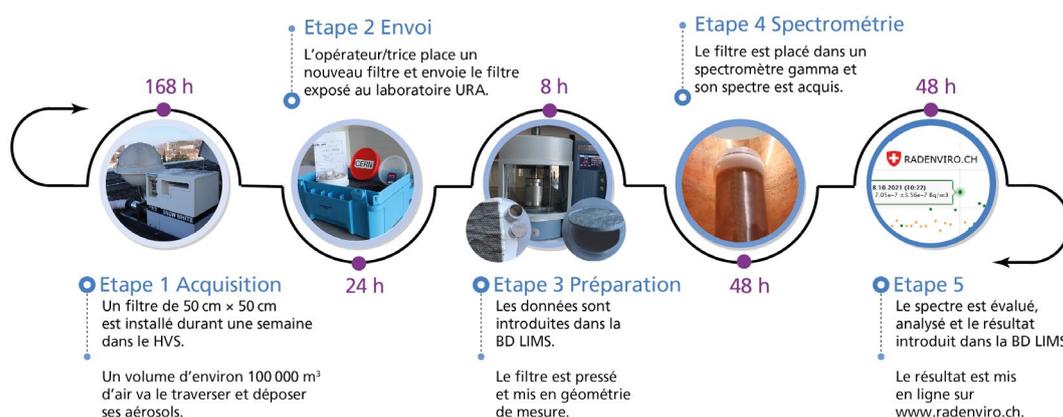
d'iode est actuellement insuffisamment ancrée dans la législation. En conséquence et sur mandat du Conseil fédéral, l'OFSP a initié en 2021 un projet de révision partielle de la Loi sur la radioprotection. Ce projet ne touche toutefois pas au système et aux bases de la radioprotection.

RADIOPROTECTION EN MÉDECINE

Après un retard également lié à la pandémie, le coup d'envoi des audits cliniques obligatoires a été lancé en 2021. Dans ce cadre, 23 entreprises de radiologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire et de cardiologie interventionnelle ont bénéficié de ce système innovatif d'évaluation par des pairs (peer review). Lors de la révision de l'Ordonnance sur la radioprotection, l'OFSP a renforcé le principe de justification des applications du rayonnement ionisant en médecine. Les audits cliniques interviennent aussi à ce niveau. Ainsi, lorsqu'une application médicale n'est pas justifiée ou nécessaire,

Figure 1 :

La mesure de la radioactivité des aérosols présents dans l'air constitue l'une des spécialités de l'OFSP. Il exploite pour ce faire six stations équipées de collecteurs d'aérosols à haut débit (High Volume Sampler, HVS). Les filtres des stations HVS sont analysés par spectrométrie gamma dans le laboratoire de l'OFSP.



elle induit des doses de radiation et des coûts inutiles. Conformément au programme de surveillance évoqué dans le rapport, l'OFSP sera à l'avenir régulièrement présent dans les hôpitaux et les instituts de radiologie. Lors d'événements radiologiques médicaux, il procède souvent à une inspection sur place. Les actions de surveillance prioritaire du programme, associées à des thèmes particuliers, comprennent principalement les applications aux patient(e)s dans le domaine des doses élevées et modérées ainsi que les expositions du personnel médical. Les tâches de l'OFSP dans le domaine des produits radiopharmaceutiques et des études cliniques sont illustrées par un reportage effectué à l'Hôpital universitaire de Bâle.

215 ANNONCES D'ÉVÉNEMENTS RADIOLOGIQUES, DONT 88 EN MÉDECINE

En 2021, l'OFSP a reçu 215 annonces d'événements radiologiques, dont 88 ont concerné des événements médicaux impliquant des patient(e)s. Le rapport présente un aperçu statistique ainsi qu'une brève analyse des cas les plus marquants. Depuis la révision de l'Ordonnance sur la radioprotection, la notification des inversions de patient(e)s ou d'organes, en radiologie et en médecine nucléaire, est obligatoire. Lesdits événements radiologiques médicaux, dont la figure 2 donne un aperçu, sont des indicateurs essentiels en vue d'améliorer la sécurité des patient(e)s du point de vue de la radioprotection. On en déduit des mesures de bonne pratique (best practice) pour les entreprises médicales. Une journée nationale de radioprotection y sera consacrée en 2022, à l'issue de laquelle une directive sur le thème des événements radiologiques et de la sécurité des patient(e)s sera publiée.

MISE EN ŒUVRE DE TROIS PLANS D'ACTION: RADON, RADIUM, SÛRETÉ ET SÉCURITÉ RADIOLOGIQUE «RADISS»

Le Plan d'action sur le radon 2021–2030 comprend un renforcement de la protection contre le radon dans les bâtiments, une simplification de l'estimation du risque lié au radon et un accent désormais aussi sur la protection des personnes sur leur lieu de travail.

Figure 2:

88 événements radiologiques médicaux impliquant des patient(e)s, répartis selon le type d'événement. Il s'agit d'indicateurs essentiels en vue d'améliorer la sécurité des patient(e)s en matière de radioprotection.

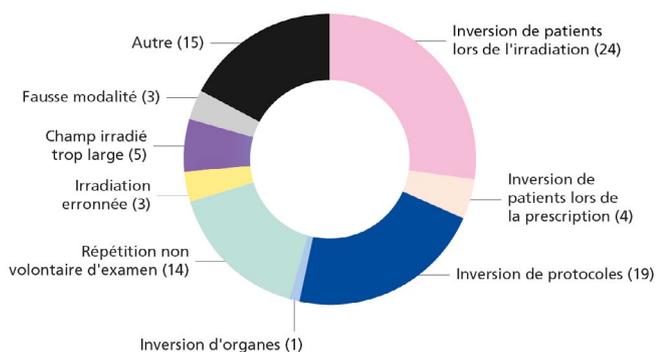


Figure 3: Discussion entre Daniela de la Cruz, Présidente de la Ligue suisse contre le cancer, et Anne Lévy, Directrice de l'Office fédéral de la santé publique. (Copyright: Ligue suisse contre le cancer)

Le Plan d'action radium (2015–2022) doit être prolongé jusqu'à fin 2023 en raison des retards dus à la pandémie. Ce plan a comme objectif de régler le problème des héritages radiologiques liés à l'application ancienne de peintures luminescentes contenant du radium-226 par l'industrie horlogère. Plus de 1000 bâtiments et jardins considérés comme potentiellement contaminés par le radium-226 sont concernés. L'OFSP a dû suspendre à plusieurs reprises ses engagements sur place entre 2020 et 2021, ce qui a occasionné un retard d'environ une année dans les démarches de diagnostic et d'assainissement. Le Plan d'action « Radiss » (Plan suisse 2020–2025 visant à renforcer la sûreté et la sécurité radiologiques) entend réduire les dangers associés aux matières radioactives non contrôlées. L'une des orientations de ce plan vise à remplacer, lorsque cela est possible, les sources de haute activité par des technologies alternatives. On a ainsi fort heureusement déjà pu éliminer, avant fin 2021, une grande partie des appareils d'irradiation du sang contenant du césium-137.

MISE EN ŒUVRE DE LA NOUVELLE LÉGISLATION SUR LE RAYONNEMENT NON IONISANT (RNI) ET LE SON

La mise en œuvre de la nouvelle législation dans le domaine du rayonnement non ionisant (RNI) et du son s'est poursuivie en 2021, notamment avec la publication d'une directive sur les solariums qui doivent réaliser des contrôles de l'âge (minimum de 18 ans) dès 2022. L'OFSP a de plus entrepris les premiers contrôles sur site lors de manifestations avec spectacle laser. Les dispositions légales comprennent aussi un mandat d'information, que l'OFSP a entre autres mis en œuvre en 2021 par une conférence sur le thème « Rayonnement ultraviolet et protection contre le rayonnement solaire chez les enfants » (cf. figure 3) et par un atelier sur l'ingénierie du son s'adressant aux spécialistes de ce domaine.

Le rapport complet « Radioprotection et surveillance de la radioactivité en Suisse – Résultats 2021 » (OFSP, division Radioprotection, juin 2022) est disponible en ligne : www.bag.admin.ch/rad-rapports.

Contact

Office fédéral de la santé publique OFSP
 Domaine de direction Protection de la santé
 Division Radioprotection
str@bag.admin.ch

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} juin 2022

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.07.10 6		ZONISAMIDE SANDOZ (Zonisamidum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	21443	caps 25 mg blist 14 pce Fr. 17.40 (8.03)		68405001	01.06.2022, B
	21443	caps 50 mg blist 56 pce Fr. 66.55 (43.70)		68405002	01.06.2022, B
	21443	caps 100 mg blist 56 pce Fr. 97.00 (70.22)		68405003	01.06.2022, B
	21443	caps 100 mg blist 98 pce Fr. 155.30 (120.98)		68405004	01.06.2022, B
Patients réfractaires à la thérapie standard. En monothérapie dans le traitement des crises épileptiques partielles avec ou sans généralisation secondaire chez les adultes dont l'épilepsie a été nouvellement diagnostiquée.					
01.99		OCREVUS (Ocrelizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20624	conc perf 300 mg/10 ml flac 1 pce Fr. 5703.60 (5324.47)		66185001	01.03.2018, A
Limitation limitée jusque'au 31.08.2022 Pour le traitement des patients adultes atteints de formes actives de sclérose en plaques (SEP) récurrente. Pour le traitement des patients adultes atteints de sclérose en plaques primaire progressive (SEP-PP) pour ralentir la progression de la maladie et réduire l'aggravation de la vitesse de marche. Roche Pharma (Suisse) SA rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur demande de celui-ci, la somme de Fr. 496.41 pour chaque flacon perforable de OCREVUS conc perf 300 mg/10 ml acheté. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.					
03.04.30		TRIXEO AEROSPHERE (Formoteroli fumaras dihydricus, Glycopyrronium, Budesonidum)	AstraZeneca AG		
	21325	inhalateur 5/7.2/160 mcg 120 dos Fr. 87.10 (61.59)		68388002	01.06.2022, B
Pour les patients atteints de BPCO modérée après ≥ 1 exacerbation modérée par année, qui sont insuffisamment traités malgré au moins 3 mois de traitement optimisé sous LABA/LAMA avec numération des cellules éosinophiles dans le sang ≥ 100 cellules/μl ou pour les patients atteints de BPCO modérée à sévère après ≥ 2 exacerbations modérées par année ou ≥ 1 exacerbation par année ayant entraîné une hospitalisation, qui sont insuffisamment traités malgré au moins 3 mois de traitement optimisé sous ICS/LABA ou LABA/LAMA (pour LABA/LAMA avec numération des cellules éosinophiles dans le sang ≥ 100 cellules/μl) ou pour les patients atteints de BPCO qui sont déjà traités avec une triple combinaison de LABA, ICS, et LAMA avec un ou plusieurs inhalateurs.					

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
06.01.10		HEMLIBRA (Elicizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20818	sol inj 30 mg/ml flac 1 pce Fr. 2036.40 (1946.71)		66694001	01.07.2019, A
	20818	sol inj 60 mg/0.4 ml flac 1 pce Fr. 4031.75 (3893.42)		66694002	01.07.2019, A
	20818	sol inj 105 mg/0.7 ml flac 1 pce Fr. 7024.85 (6813.49)		66694003	01.07.2019, A
	20818	sol inj 150 mg/ml flac 1 pce Fr. 10017.90 (9733.55)		66694004	01.07.2019, A

Calcul des prix des préparations sanguines sur la base du prix «ex factory», plus une marge fixe de 40 francs en raison de la situation particulière de distribution (pratiquement pas d'intermédiaire), TVA en sus. Ce calcul ne s'applique pas aux albumines humaines.

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2023

Patients atteints d'hémophilie A avec inhibiteurs

Pour la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A congénitale et d'inhibiteurs du facteur VIII > 5 BU dans l'anamnèse nécessitant l'utilisation d'une préparation d'agent de bypass pour un traitement épisodique ou prophylactique.

Après une induction réussie de l'immunotolérance, le traitement de l'hémophilie A doit être poursuivi avec des préparations de facteur VIII ou de l'emicizumab, qui sont soumis à remboursement, si l'indication est respectée et si les conditions de remboursement de la prophylaxie sont remplies.

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2023

Patients atteints d'hémophilie A sans inhibiteurs

Pour la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A sévère (déficit congénital en facteur VIII, FVIII <1%) qui ont déjà été traités avec des préparations de facteur VIII.

Pour les deux indications, les conditions de remboursement suivantes s'appliquent:

Le diagnostic et la prescription de l'emicizumab, l'initiation du traitement et la prise en charge ultérieure ne peuvent être effectués que dans les centres universitaires et/ou spécialisés dans l'hémophilie suivants. En font partie:

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderspital Zürich. Avant le début du traitement, une demande de prise en charge des coûts doit être obtenue auprès de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil, en indiquant le schéma posologique utilisé: dose de charge pendant les 4 premières semaines (3 mg/kg de poids corporel par voie sous-cutanée une fois par semaine pendant les 4 premières semaines) et dose d'entretien à partir de la semaine 5 (1,5 mg/kg PC s.c. une fois par semaine ou 3 mg/kg PC toutes les deux semaines s.c. ou 6 mg/kg PC toutes les quatre semaines s.c.).

Dans le cadre de la demande de prise en charge des coûts, le médecin traitant doit justifier auprès de l'assureur-maladie pourquoi il choisit le régime de dosage pour le traitement d'entretien et dans quelle mesure les quantités de rejets sont minimisées avec le régime de dosage appliqué. Comme le taux de rejet pour le schéma de dosage de 1,5 mg/kg PC une fois par semaine devrait correspondre au taux de rejet le plus élevé, il est particulièrement important, lors de l'utilisation de ce schéma de dosage, de justifier pourquoi ce schéma particulier devrait être utilisé. Des adaptations de la posologie dues à des changements de poids des patients sont possibles dans le cadre des dosages remboursés sans nouvelle demande de prise en charge des coûts. Sur la base de la documentation continue du patient, les données correspondantes devraient être enregistrées dans le registre SHN, à condition que le patient donne son accord.

Le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA rembourse sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, resp. sur demande de l'AI, pour chaque boîte d'Hemlibra, un pourcentage fixe du prix départ usine. Il informe l'assureur-maladie ou l'AI du pourcentage du montant remboursé par rapport au prix départ usine. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

Par ailleurs, le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, resp. l'AI, le montant déterminé par mg pour la quantité d'emicizumab administrée par année civile et par patient qui dépasse un nombre défini de mg par patient et par année civile. Il communique à l'assureur-maladie ou à l'AI la valeur seuil (le nombre de mg par patient et par année) ainsi que le montant défini par mg. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de ce montant (base PDU). Le remboursement doit être effectué rétroactivement sur une base calendaire annuelle (avec une date de référence au 31 décembre). La demande de remboursement peut intervenir à partir de ce moment.

Le prix des préparations sanguines est calculé sur la base du prix départ usine plus une marge fixe de Fr. 40.- plus TVA en raison de la situation particulière de l'approvisionnement (pratiquement pas de commerce intermédiaire).

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.15		ADTRALZA (Tralokinumabum)	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.		
	21367	sol inj 150 mg/ml 2 x 2 ser pré Fr. 1298.40 (1127.80)		68229001	01.06.2022, B
Limitation limitée jusque'au 31.05.2024					
Le traitement exige une garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
Tralokinumab est remboursé à une dose initiale de 600 mg en injection sous-cutanée (quatre injections de 150 mg chacune), suivie d'une dose de 300 mg en injection sous-cutanée toutes les deux semaines (deux injections de 150 mg chacune) ou à la discrétion du médecin prescripteur toutes les quatre semaines après guérison complète ou presque complète de la peau, pour le traitement des patients adultes (à partir de 18 ans) souffrant de dermatite atopique sévère (score IGA égal à 4 [sur une échelle IGA de 0 à 4] ou score SCORAD >50 ou score EASI ≥ 21.1) si ces patients ne répondent pas de façon adéquate à un traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine) et à une photothérapie (si disponible et indiquée) et à un traitement systémique avec un agent immunosuppresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques) pendant au moins un mois, ou si ces thérapies sont contre-indiquées ou ont dû être interrompues en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique.					
Tralokinumab n'est pas remboursé en combinaison avec d'autres médicaments systémiques pour le traitement de la dermatite atopique.					
Si après 16 semaines de traitement avec Tralokinumab aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire aucune réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥50 % du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥50 % du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.					
Après 52 semaines de traitement ininterrompu de la dermatite atopique avec Tralokinumab, une nouvelle garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie doit être obtenue, après consultation préalable du médecin conseil.					
Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par Tralokinumab dans l'indication de la dermatite atopique ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.					
07.15		CIBINQO (Abrocitinibum)	Pfizer AG		
	21343	cpr pell 50 mg blist 28 pce Fr. 1218.25 (1054.70)		68174002	01.06.2022, B
	21343	cpr pell 100 mg blist 28 pce Fr. 1218.25 (1054.70)		68174005	01.06.2022, B
Limitation limitée jusque'au 31.05.2025					
Dermatite atopique					
Le traitement exige une garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
En monothérapie ou en combinaison avec des corticoïdes topiques pour le traitement des patients adultes (à partir de 18 ans) souffrant de dermatite atopique sévère (score IGA égal à 4 [sur une échelle IGA de 0 à 4] ou score SCORAD > 50 ou score EASI ≥ 21.1) si ces patients ne répondent pas de façon adéquate à un traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine) et à une photothérapie (si disponible et indiquée) et à un traitement systémique avec un agent immunosuppresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques) pendant au moins un mois, ou si ces thérapies sont contre-indiquées ou ont dû être interrompues en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique.					
Abrocitinib n'est pas remboursé en combinaison avec d'autres médicaments systémiques pour le traitement de la dermatite atopique.					
Si après 12 semaines de traitement avec abrocitinib aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire aucune réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥50 % du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥50 % du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.					
Après 52 semaines de traitement ininterrompu de la dermatite atopique avec abrocitinib, une nouvelle garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie doit être obtenue, après consultation préalable du médecin conseil.					
Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par abrocitinib dans l'indication de la dermatite atopique ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.					
07.16.10		BAVENCIO (Avelumabum)	Merck (Schweiz) AG		
	20694	conc perf 200 mg/10 ml flac 10 ml Fr. 966.65 (827.76)		66380001	01.12.2017, A
	20694	conc perf 200 mg/10 ml 4 flac 10 ml Fr. 3639.80 (3311.04)		66380002	01.12.2017, A
Limitation limitée jusque'au 31.05.2025					
Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par la caisse d'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation pour le traitement du carcinome à cellules de Merkel (CCM) métastatique. Utilisation en monothérapie pour le traitement d'entretien de première ligne des patients atteints de carcinome urothélial (CU) localement avancé ou métastatique, dont la maladie n'a pas progressé sous une chimiothérapie d'induction à base de platine de première ligne. 					
La dose recommandée est de 10 mg/kg de masse corporelle une fois toutes les deux semaines.					
Il convient de traiter le patient jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable. Les patients dont l'état clinique est stable et qui présentent des signes de progression peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.					
07.16.10		DAUNOBLASTIN (Daunorubicini hydrochloridum)	Pfizer AG		
	21400	subst sèche 20 mg flac 1 pce Fr. 52.10 (31.10)		68340001	01.06.2022, A

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		NINLARO (Ixazomibum)	Takeda Pharma AG		
	20593	caps 2.3 mg 3 pce Fr. 6970.70 (6560.66)		65959001	01.04.2018, A
	20593	caps 3 mg 3 pce Fr. 6970.70 (6560.66)		65959002	01.04.2018, A
	20593	caps 4 mg 3 pce Fr. 6970.70 (6560.66)		65959003	01.04.2018, A

Limitation limitée jusque'au 30.06.2022

Ninlaro est remboursé après garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, lorsqu'il est utilisé en association avec le légalidomide et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple récidivant qui ont reçu au moins un traitement antérieur et présentent des caractéristiques à haut risque (définies comme un haut risque cytogénétique [risque élevé de [del(17), t(4;14), t(14;16)] ou 1q21] ou stade ISS III) ou qui ont reçu au moins deux traitements antérieurs.

Le schéma posologique et le dosage pour le traitement combiné doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle.

Si la maladie progresse ou si des toxicités inacceptables surviennent, le traitement par Ninlaro doit être interrompu.

Takeda Pharma AG rembourse 25.89 % du prix de fabrique pour chaque emballage de Ninlaro acheté dans le cadre du traitement combiné de Ninlaro avec le légalidomide, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'administration. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant.

07.16.10		VITRAKVI (Larotrectinibum)	Bayer (Schweiz) AG		
	21043	caps 25 mg bte 56 pce Fr. 1801.10 (1586.16)		67281001	01.06.2022, A
	21043	caps 100 mg bte 56 pce Fr. 6749.25 (6344.64)		67281002	01.06.2022, A
	21043	sol 20 mg/ml 2 fl 50 ml Fr. 2546.65 (2265.94)		67282002	01.06.2022, A

Limitation limitée jusque'au 28.05.2023

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

VITRAKVI, en monothérapie, est remboursé pour le traitement des patients adultes et pédiatriques atteints d'une tumeur solide:

- qui présentent une tumeur porteuse d'une fusion du gène NTRK (Neurotrophic Tyrosine Receptor Kinase, récepteur à tyrosine kinase neurotrophique) sans mutation de résistance NTRK identifiée et
- dont la tumeur est métastatique ou chez lesquels une résection chirurgicale entraînerait probablement une grave morbidité, et
- qui ne disposent d'aucune option thérapeutique satisfaisante ou qui présentent une progression de la maladie suite à un traitement antérieur.

VITRAKVI n'est pas indiqué dans le traitement des lymphomes.

La fusion du gène NTRK doit être attestée par une méthode appropriée avant le traitement par VITRAKVI. Une rotation entre inhibiteurs du NTRK n'est remboursée qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance. Les patients présentant une résistance primaire ou secondaire aux inhibiteurs du NTRK sont exclus de tout remboursement.

Le traitement par VITRAKVI se poursuit jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité intolérable.

Le titulaire de l'autorisation, Bayer (Suisse) SA, rembourse intégralement, au prix de fabrique actuel, les deux premiers emballages de VITRAKVI 100 mg 56 pce respectivement le nombre de boîtes de VITRAKVI 25 mg 56 pcs ou de VITRAKVI 2 x 50 ml acquis pour les 2 premiers mois de traitement, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21043.01.

07.16.40		KLISYRI (Tirbanibulinum)	Almirall AG		
	21364	ong 10 mg/g sach 5 pce Fr. 92.65 (66.43)		68322001	01.06.2022, A

KLISYRI est remboursé pour le traitement topique de champ des kératoses actiniques non hyperkératosiques et non hypertrophiques du visage ou du cuir chevelu chez l'adulte. Si des récurrences ou de nouvelles kératoses actiniques apparaissent dans la zone traitée après 8 semaines, un traitement alternatif doit être envisagé.

07.99		CERDELGA (Eliglustatum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	21029	caps 84 mg blist 56 pce Fr. 25957.85 (25084.71)		66696002	01.06.2022, B

Pour la monothérapie chez les patients adultes atteints d'une maladie de Gaucher de type I diagnostiquée de manière avérée, qui sont métaboliseurs lents (poor metabolizers, PMs), métaboliseurs intermédiaires (intermediate metabolizers, IMs) ou métaboliseurs rapides (extensive metabolizers, EMs) du cytochrome-P450 Typ2D6 (CYP2D6). Pas d'utilisation chez les métaboliseurs ultra-rapides ou des métaboliseurs indéterminés du cytochrome-P450 de type 2D6 (CYP2D6).

La détermination du statut de métabolisation du CYP2D6 doit être effectuée avant le traitement par une méthode de test validée. Les coûts du test sont pris en charge par sanofi-aventis (suisse) sa.

La première ordonnance ne peut être délivrée que par un centre spécialisé dans les maladies métaboliques héréditaires ou par un spécialiste expérimenté dans le domaine des maladies métaboliques héréditaires. Tous les six mois, un examen de contrôle est réalisé par le centre ou la ou le médecin spécialiste.

CERDELGA ne doit pas être associé à d'autres médicaments contre la maladie de Gaucher.

Le médecin traitant a l'obligation d'enregistrer régulièrement les patients sous traitement par Cerdelga dans l'International Collaborative Gaucher Group (ICGG) Registry (clinicaltrials.gov NCT00358943) (<https://www.registrynxt.com>). Si un patient ne donne pas son consentement à la collecte de ses données dans le registre, cela doit être indiqué.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
08.01.80 G		LEVOFLOXACIN-MEPHA TEVA (Levofloxacinum)	Mepha Pharma AG		
	21428	cpr pell 250 mg blist 5 pce Fr. 17.00 (7.65)		60245007	01.06.2022, A
	21428	cpr pell 250 mg blist 7 pce Fr. 19.80 (10.09)		60245008	01.06.2022, A
	21428	cpr pell 250 mg blist 10 pce Fr. 27.80 (13.50)		60245009	01.06.2022, A
	21428	cpr pell 500 mg blist 5 pce Fr. 25.50 (11.52)		60245010	01.06.2022, A
	21428	cpr pell 500 mg blist 7 pce Fr. 33.80 (15.15)		60245011	01.06.2022, A
	21428	cpr pell 500 mg blist 10 pce Fr. 39.70 (20.30)		60245012	01.06.2022, A
08.09		CUTAQUIG (Immunoglobulinum humanum normale)	Octapharma AG		
	21374	sol inj 1 g/6 ml 10 flac 6 ml Fr. 822.20 (701.92)		68222002	01.06.2022, B
	21374	sol inj 2 g/12 ml 10 flac 12 ml Fr. 177.55 (140.38)		68222004	01.06.2022, B
	21374	sol inj 2 g/12 ml 10 flac 12 ml Fr. 1601.15 (1403.84)		68222005	01.06.2022, B
	21374	sol inj 4 g/24 ml 10 flac 24 ml Fr. 3123.85 (2807.68)		68222008	01.06.2022, B
	21374	sol inj 8 g/48 ml 10 flac 48 ml Fr. 6001.75 (5615.36)		68222011	01.06.2022, B
Pour le traitement des syndromes provoqués par l'absence d'anticorps. Prise en charge si la caisse a donné une garantie spéciale.					
11.09 G		BIMATOPROST-MEPHA PLUS (Bimatoprostum, Timololum)	Mepha Pharma AG		
	21445	gtt opht fl 3 ml Fr. 33.80 (15.14)		66976001	01.06.2022, B
	21445	gtt opht 3 fl 3 ml Fr. 66.00 (43.19)		66976002	01.06.2022, B
II. Autres emballages et dosages					
01.13		BOTOX (Toxinum botulinicum A)	AbbVie AG		
	16355	subst sèche 50 U amp 2 pce Fr. 269.25 (220.25)		52433002	01.06.2022, A
Spasticité focale des membres supérieurs et inférieurs chez l'adulte (max. 4 traitements par an). Spasticité focale des membres supérieurs et inférieurs (y compris position du pied équin) chez les adolescents et les enfants à partir de 2 ans (max. 4 traitements par an). Blépharospasme, spasme hémifacial, strabisme, torticolis spasmodique. Après épuisement des options thérapeutiques conventionnelles dans un établissement spécialisé en neuro-urologie ou en uro-gynécologie. • Traitement de l'incontinence urinaire consécutif à une hyperactivité neurogène du détrusor liée à une maladie neurologique (comme, par exemple, une lésion de la moelle épinière, une sclérose en plaques) chez les adultes. • Traitement de la vessie hyperactive avec symptômes d'incontinence urinaire, envies d'uriner et mictions fréquentes chez les patients adultes.					
08.01.80 O		CIPROXINE (Ciprofloxacinum)	Bayer (Schweiz) AG		
	15267	cpr laqués 500 mg 10 x 20 pce Fr. 224.20 (180.99)		47795125	01.06.2022, A
La quantité totale de l'emballage ne peut pas être remise directement à un assuré. Seule l'emballage individuel nécessaire pour la thérapie est remboursé. Le prix de l'emballage individuel remis est calculé proportionnellement au prix public de l'emballage utilisé.					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.99		NOOTROPIL (Piracetamum)	UCB-Pharma SA		
	18278	sol buv 33 % fl 125 ml Fr. 14.80 (5.73)		54650019	01.06.2022, B
02.03 G		METOPROLOL HELVEPHARM (Metoprololi tartras (2:1))	Helvepharm AG		
	19372	cpr pell ret 25 mg 30 pce Fr. 6.45 (2.03)		59131001	01.06.2022, B
	19372	cpr pell ret 25 mg 100 pce Fr. 15.95 (6.76)		59131002	01.06.2022, B
	19372	cpr pell ret 50 mg 30 pce Fr. 8.75 (4.06)		59131003	01.06.2022, B
	19372	cpr pell ret 50 mg 100 pce Fr. 26.00 (11.95)		59131004	01.06.2022, B
02.03 G		MÉTOPROLOL HELVEPHARM (Metoprololi tartras (2:1))	Helvepharm AG		
	19372	cpr pell ret 100 mg 30 pce Fr. 15.65 (6.48)		59131005	01.06.2022, B
	19372	cpr pell ret 100 mg 100 pce Fr. 39.10 (19.78)		59131006	01.06.2022, B
02.03 G		METOPROLOL HELVEPHARM (Metoprololi tartras (2:1))	Helvepharm AG		
	19372	cpr pell ret 200 mg 30 pce Fr. 17.35 (7.96)		59131007	01.06.2022, B
	19372	cpr pell ret 200 mg 100 pce Fr. 45.70 (25.51)		59131008	01.06.2022, B
02.07.20 G		TELMISARTAN HCT ZENTIVA (Telmisartanum, Hydrochlorothiazidum)	Helvepharm AG		
	20627	cpr 80/12.5 mg 30 pce Fr. 34.45 (15.73)		65644002	01.06.2022, B
	20627	cpr 80/12.5 mg 100 pce Fr. 79.05 (54.58)		65644004	01.06.2022, B
	20627	cpr 80/25 mg 30 pce Fr. 34.80 (16.03)		65644006	01.06.2022, B
	20627	cpr 80/25 mg 100 pce Fr. 80.30 (55.66)		65644008	01.06.2022, B
07.06.20		LYXUMIA (Lixisenatidum, Lixisenatidum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20595	sol inj 1x10 mcg/1x20 mcg stylo set 1 pce Fr. 108.80 (80.49)		65968005	01.06.2022, B
	20595	sol inj 20 mcg 2 stylo pré 3 ml Fr. 108.80 (80.49)		65968002	01.06.2022, B
07.06.20		STARLIX (Nateglinidum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	17587	cpr pell 120 mg 84 pce Fr. 45.50 (25.34)		55401008	01.06.2022, B
07.06.20		STARLIX MITE (Nateglinidum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	17587	cpr pell 60 mg 84 pce Fr. 45.50 (25.34)		55401004	01.06.2022, B
07.16.10 G		GEMCITABINE LABATEC (Gemcitabinum)	Labatec Pharma SA		
	19178	subst sèche 200 mg flac 1 pce Fr. 38.80 (19.52)		59279001	01.06.2022, A
	19178	subst sèche 1 g flac 1 pce Fr. 120.00 (90.25)		59279002	01.06.2022, A
07.99 G		ALENDRONATE HELVEPHARM (Acidum alendronicum)	Helvepharm AG		
	18702	cpr 70 mg 4 pce Fr. 33.60 (15.00)		58010003	01.06.2022, B
	18702	cpr 70 mg 12 pce Fr. 66.20 (43.39)		58010004	01.06.2022, B
08.01.80		TARIVID (Ofloxacinum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	15269	cpr pell 200 mg 10 pce Fr. 25.40 (11.41)		47386055	01.06.2022, A
	15269	cpr pell 200 mg 20 pce Fr. 39.55 (20.16)		47386063	01.06.2022, A

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
08.01.93 6		CO-AMOXICILLIN HELVEPHARM (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Helvepharm AG		
	19097	cpr pell 625 mg 10 pce Fr. 16.60 (7.33)		59049001	01.06.2022, A
	19097	cpr pell 625 mg 20 pce Fr. 28.35 (13.99)		59049002	01.06.2022, A
	19098	cpr pell 1000 mg 12 pce Fr. 28.50 (14.13)		59050005	01.06.2022, A
	19098	cpr pell 1000 mg 20 pce Fr. 40.60 (21.09)		59050004	01.06.2022, A
08.03		STOCRIN (Efavirenzum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	17814	cpr pell 50 mg 30 pce Fr. 39.90 (20.46)		56000003	01.06.2022, A
	17814	cpr pell 200 mg 90 pce Fr. 286.05 (234.90)		56000005	01.06.2022, A
	17814	cpr pell 600 mg 30 pce Fr. 283.35 (232.55)		56000001	01.06.2022, A
14.02		MULTIHANCE (Dimeglumini gadobenas)	Bracco Suisse SA		
	18030	sol inj 10.580 g/20 ml ser prête 20 ml Fr. 119.00 (89.38)		56212008	01.06.2022, B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS					
IMFINZI flac 2.4 ml flac 10 ml	AstraZeneca AG	071610	20791 20791	675.40 2684.85	574.06 2391.91
MAYZENT blis 12 pce blis 28 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	019900	21105 21105	305.25 1606.90	251.62 1409.05
IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
DUOFER blis 40 pce blis 100 pce	Andreabal AG	060711	12038 12038	12.20 26.75	6.61 14.49
FERRUM HAUSMANN 30 pce 100 pce	Vifor (International) Inc.	060711	11257 11257	8.60 24.30	4.66 13.16
IV.c. Mutation de prix normale					
BAVENCIO flac 10 ml	Merck (Schweiz) AG	071610	20694	966.65	827.76
DYSPORT flac 1 pce flac 1 pce	Future Health Pharma GmbH	011300	18088 18088	237.15 379.95	192.31 316.67
HEMLIBRA flac 1 pce flac 1 pce flac 1 pce flac 1 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110	20818 20818 20818 20818	2036.40 4031.75 7024.85 10017.90	1946.71 3893.42 6813.49 9733.55
STELARA ser prête 0.5 ml ser prête 1 ml flac 1 pce flac 1 pce	Janssen-Cilag AG	071500	19301 19301 20638 20717	3397.50 3397.50 3397.50 3397.50	3074.64 3074.64 3074.64 3074.64
IV.d. Mutation de prix normale					
TREVICTA ser pré 0.875 ml ser pré 1.750 ml ser pré 2.625 ml ser pré 1.315 ml	Janssen-Cilag AG	010500	20552 20552 20552 20552	825.75 1460.15 2060.15 1150.35	704.99 1275.26 1822.34 992.81
XEPLION ser prête 0.250 ml ser prête 0.500 ml ser prête 0.750 ml ser prête 1 ml ser prête 1.500 ml	Janssen-Cilag AG	010500	19290 19290 19290 19290 19290	174.10 275.00 375.20 455.90 565.10	137.35 225.25 312.56 382.82 477.96

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

V. Modifications de la limitation/de l'indication

DYSPORT

Future Health Pharma GmbH

011300

subst sèche 500 IE conc perf 1 pce

18088

379.95

316.67

subst sèche 300 IE conc perf 1 pce

18088

237.15

192.31

Vieille limitation :

4 séances de traitement par an maximum chez l'adulte atteint de spasticité focale des extrémités inférieures suite à un accident vasculaire cérébral et en cas de spasticité focale des extrémités supérieures.

Blépharospasme, spasme hémifacial, torticolis spasmodique.

Position du pied équin chez l'enfant à partir de 2 ans.

Nouvelle limitation :

DYSPORT est remboursé pour le traitement symptomatique

- du blépharospasme, du spasme hémifacial,
- du torticolis spasmodique,
- de la spasticité focale des membres supérieurs et inférieurs chez les adultes (max. 4 traitements par an),
- de la position du pied équin chez l'enfant à partir de 2 ans.

REVLIMID

Celgene GmbH

071610

caps 2.5 mg 21 pce

18541

5287.45

4918.50

caps 5 mg 21 pce

18541

5423.00

5050.71

caps 7.5 mg 21 pce

18541

5558.50

5182.92

caps 10 mg 21 pce

18541

5694.00

5315.13

caps 15 mg 21 pce

18541

5971.85

5586.20

caps 20 mg 21 pce

18541

6258.35

5865.73

caps 25 mg 21 pce

18541

6544.90

6145.26

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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 31.07.2022

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.

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de REVLIMID avec carfilzomib et la dexaméthasone

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de REVLIMID avec élotuzumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

REVLIMID est remboursé en association avec élotuzumab et la dexaméthasone 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 première demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation, Celgene GmbH, remboursera à ce dernier dans le cadre de la combinaison de REVLIMID avec l'élotuzumab, une part déterminée du prix de fabrique pour chaque emballage de REVLIMID acheté. Le titulaire de l'autorisation communiquera à l'assureur-maladie le montant du remboursement.

La demande d'un remboursement par l'assureur-maladie ne s'applique que pour l'association de REVLIMID et d'élotuzumab et celle-ci ne peut avoir lieu que si l'utilisation des deux médicaments en association est prouvée. L'assureur-maladie ne peut pas, si l'élotuzumab est arrêté, demander de remboursement pour le traitement d'entretien ultérieur par REVLIMID. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2022

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 stade III selon ISS) ou qui ont reçu au moins deux traitements préalables.

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

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

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

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

Vieille limitation :**L'association de REVLIMID avec ixazomib et la dexaméthasone**

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de REVLIMID avec le daratumumab et la dexaméthasone

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

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

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

STELARA	Janssen-Cilag AG	071500			
sol inj 45 mg/0.5 ml seringue prête ser pré 0.5 ml			19301	3397.50	3074.64
conc perf 130 mg/26 ml flac 1 pce			20638	3397.50	3074.64
sol inj 45 mg/0.5 ml flac 1 pce			20717	3397.50	3074.64
sol inj 90 mg/ml seringue prête ser pré 1 ml			19301	3397.50	3074.64

Vieille limitation :**Colite ulcéreuse**

Traitement de patients adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à sévère active chez lesquels les thérapies conventionnelles ou le traitement par un agent biologique n'ont pas provoqué de réponse suffisante ou n'ont plus provoqué de réponse, sont contre-indiqués ou n'ont pas été tolérés.

Un raccourcissement de l'intervalle de dosage à huit semaines chez les patients avec activité inflammatoire muqueuse ou systémique élevée ainsi qu'une prolongation d'un an du traitement par STELARA nécessitent une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation du médecin-conseil.

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

Nouvelle limitation :**Colite ulcéreuse**

Traitement des patients adultes atteints de colite ulcéreuse active modérée à sévère chez lesquels les traitements conventionnels ou le traitement par un agent biologique ont eu une réponse insuffisante, ne répondent plus, sont contre-indiqués ou n'ont pas été tolérés.

Si aucune réponse clinique n'est observée après 2 doses ou 16 semaines après la première dose (traitement d'induction), le traitement doit être interrompu.

Un raccourcissement de l'intervalle de dosage à huit semaines dans le cadre du traitement d'entretien chez les patients présentant une activité inflammatoire muqueuse et systémique élevée ainsi qu'une poursuite du traitement par STELARA après un an nécessitent une garantie de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

La prescription ne peut être effectuée que par des médecins spécialistes en gastroentérologie ou des cliniques/policliniques universitaires.

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

VI. Limitation de la nouvelle admission

LENALIDOMID ACCORD	Accord Healthcare AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21398	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21398	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21398	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21398	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21398	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21398	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21398	2083.45	1843.58

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 Lenalidomid, jusqu' à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21398.01)
- 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: 21398.02)
- 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: 21398.03).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022:

L'association de LENALIDOMID ACCORD 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 LENALIDOMID ACCORD 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: 21398.05

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

L'association de LENALIDOMID ACCORD 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.

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 LENALIDOMID ACCORD avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.06

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.04

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

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de LENALIDOMID ACCORD avec carfilzomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID ACCORD 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 LENALIDOMID ACCORD peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LENALIDOMID ACCORD avec élotuzumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID ACCORD est remboursé en association avec élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID ACCORD peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.08

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2022

L'association de LENALIDOMID ACCORD avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID ACCORD 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.09

Vieille limitation:

L'association de LENALIDOMID ACCORD avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID ACCORD 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LENALIDOMID ACCORD 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. LENALIDOMID ACCORD 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.10

LENALIDOMID BMS	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21377	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21377	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21377	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21377	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21377	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21377	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21377	2083.45	1843.58

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 Lenalidomid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21377.01)
- 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: 21377.02)
- 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: 21377.03).

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 théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

L'association de LENALIDOMID BMS 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 LENALIDOMID BMS 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: 21377.05

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

L'association de LENALIDOMID BMS 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.

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 LENALIDOMID BMS avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.06

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de LENALIDOMID BMS avec carfilzomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID BMS 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 LENALIDOMID BMS peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LENALIDOMID BMS avec elotuzumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID BMS est remboursé en association avec élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID BMS peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.08

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2022

L'association de LENALIDOMID BMS avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID BMS 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.09

Vieille limitation:

L'association de LENALIDOMID BMS avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID BMS 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LENALIDOMID BMS 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. LENALIDOMID BMS 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.10

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LENALIDOMID DEVATIS	Devatis AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21420	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21420	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21420	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21420	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21420	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21420	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21420	2083.45	1843.58

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 lénalidomide, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21420.01)
- 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: 21420.02)
- 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: 21420.03).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec le bortézomib 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 bortézomib 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 bortézomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec un générique du bortézomib 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: 21420.05

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec le bortézomib 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 bortézomib et la dexaméthasone.

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.06

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec carfilzomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LÉNALIDOMIDE DEVATIS 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 LÉNALIDOMIDE DEVATIS peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec élotuzumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

LÉNALIDOMIDE DEVATIS est remboursé en association avec élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LÉNALIDOMIDE DEVATIS peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.08

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2022

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LÉNALIDOMIDE DEVATIS 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.09

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

Vieille limitation:**L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec ixazomib et la dexaméthasone**

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LÉNALIDOMIDE DEVATIS 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21420.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS 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.

LÉNALIDOMIDE DEVATIS 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21420.10

LENALIDOMID SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21312	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21312	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21312	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21312	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21312	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21312	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21312	2083.45	1843.58

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 Lenalidomid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication : 21312.01)

- 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 : 21312.02)

- 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 : 21312.03).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

L'association de LENALIDOMID SANDOZ 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 LENALIDOMID SANDOZ 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 : 21312.05

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022 :

L'association de LENALIDOMID SANDOZ 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.

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 LENALIDOMID SANDOZ avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21312.06

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21312.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec carfilzomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID SANDOZ 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 LENALIDOMID SANDOZ peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21312.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec elotuzumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID SANDOZ est remboursé en association avec elotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID SANDOZ peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21312.08

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2022

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID SANDOZ 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21312.09

Vieille limitation :

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID SANDOZ 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21312.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LENALIDOMID SANDOZ 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. LENALIDOMID SANDOZ 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21312.10

LENALIDOMID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21384	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21384	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21384	1766.80	1554.87
caps 10 mg blist 21 pce			21384	1810.30	1594.53
caps 15 mg blist 21 pce			21384	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21384	1991.45	1759.71
caps 25 mg blist 21 pce			21384	2083.45	1843.57

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 Lenalidomid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21384.01)
- 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: 21384.02)
- 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: 21384.03).

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 théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21384.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de Lenalidomid Spirig avec carfilzomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, Lenalidomid Spirig 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 Lenalidomid Spirig peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21384.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de Lenalidomid Spirig avec elotuzumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID Spirig est remboursé en association avec élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID SPIRIG peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21384.08

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2022

L'association de Lenalidomid Spirig avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, Lenalidomid Spirig 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21384.09

Vieille limitation:

L'association de Lenalidomid Spirig avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, Lenalidomid Spirig 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21384.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023:

L'association de Lenalidomid Spirig 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. Lenalidomid Spirig 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21384.10

LENALIDOMID ZENTIVA	Helvepharm AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21381	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21381	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21381	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21381	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21381	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21381	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21381	2083.45	1843.58

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 Lenalidomid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21381.01)
- 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: 21381.02)
- 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: 21381.03).

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 31.05.2024

L'association de LENALIDOMID ZENTIVA avec carfilzomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID ZENTIVA 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 LENALIDOMID ZENTIVA peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21381.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LENALIDOMID ZENTIVA avec elotuzumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID ZENTIVA 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 LENALIDOMID ZENTIVA peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21381.08

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2022

L'association de LENALIDOMID ZENTIVA avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID ZENTIVA 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21381.09

Vieille limitation :

L'association de LENALIDOMID ZENTIVA avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID ZENTIVA 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21381.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LENALIDOMID ZENTIVA 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, LENALIDOMID ZENTIVA 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21381.10

LENALIDOMID-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21379	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21379	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21379	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21379	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21379	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21379	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21379	2083.45	1843.58

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 Lenalidomid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21379.01)
- 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: 21379.02)
- 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: 21379.03).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

L'association de LENALIDOMID-TEVA 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 LENALIDOMID-TEVA 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 : 21379.05

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

L'association de LENALIDOMID-TEVA 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. 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 LENALIDOMID-TEVA avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.06

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de LENALIDOMID-TEVA avec carfilzomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID-TEVA 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 LENALIDOMID-TEVA peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LENALIDOMID-TEVA avec elotuzumab et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID-TEVA est remboursé en association avec elotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID-TEVA peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.08

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2022

L'association de LENALIDOMID-TEVA avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID-TEVA 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.09

Vieille limitation :

L'association de LENALIDOMID-TEVA avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID-TEVA 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LENALIDOMID-TEVA 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, LENALIDOMID-TEVA 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.10

MAVENCLAD	Merck (Schweiz) AG	019900			
cpr 10 mg blist 1 pce			20873	3151.45	2834.60
cpr 10 mg blist 4 pce			20873	11867.85	11338.40
cpr 10 mg blist 6 pce			20873	17678.80	17007.60

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Comme traitement de fond en monothérapie des formes agressives de sclérose en plaques (SEP) rémittente-récurrente pour les groupes de patients suivants :

- Patients présentant une forme agressive de la maladie malgré un traitement complet et bien conduit par au moins un traitement de fond (de moins 6 mois), ou
- Patients présentant une sclérose en plaques rémittente-récurrente sévère d'évolution rapide, définie par 2 ou plusieurs poussées à caractère invalidant au cours d'une année, et présentant une ou plusieurs lésions rehaussées par le gadolinium à l'examen IRM cérébral ou une augmentation significative des lésions T2 par rapport à un examen IRM pratiqué récemment.

Le traitement nécessite une confirmation de la prise en charge par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil.

Traitement par le neurologue FMH avec accès IRM.

« Prendre les antibiotiques
à bon escient – c’est
important pour l’homme,
l’animal et l’environnement. »



Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Bâle-Ville		9814551-9814625
Berne		9895196

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

25/2022