



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 22 août 2022

Semaine
OFSP-Bulletin 34/2022

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

Liste des spécialités, p. 8

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
Liste des spécialités	8
Vol d'ordonnances	71

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 32^e semaine (16.08.2022)^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.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 32^e semaine (16.08.2022)^a

	Semaine 32			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	2 1.20			5 0.80	5 0.80	2 0.30	110 1.30	67 0.80	94 1.10	70 1.30	42 0.80	59 1.10
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	35 20.90	1 0.60		107 16.00	4 0.60	1 0.20	11910 136.80	50 0.60	11799 135.50	11476 214.10	33 0.60	11329 211.40
Légionellose	8 4.80	26 15.50	11 6.60	46 6.90	130 19.40	47 7.00	655 7.50	595 6.80	522 6.00	360 6.70	383 7.20	249 4.60
Méningocoques: maladie invasive						1 0.20	10 0.10	8 0.09	36 0.40	6 0.10	4 0.07	16 0.30
Pneumocoques: maladie invasive	1 0.60	6 3.60	4 2.40	20 3.00	21 3.10	27 4.00	651 7.50	387 4.40	673 7.70	411 7.70	259 4.80	429 8.00
Rougeole									53 0.60			37 0.70
Rubéole^c												
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	1 0.60	7 4.20	7 4.20	19 2.80	34 5.10	39 5.80	348 4.00	349 4.00	405 4.60	232 4.30	244 4.60	263 4.90
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	236 140.90	217 129.60	253 151.10	978 146.00	881 131.50	815 121.60	7569 86.90	6324 72.60	6500 74.60	4679 87.30	3849 71.80	3475 64.80
Hépatite A	1 0.60			8 1.20		3 0.40	57 0.60	46 0.50	85 1.00	37 0.70	29 0.50	51 1.00
Hépatite E	1 0.60			3 0.40	8 1.20	2 0.30	73 0.80	162 1.90	82 0.90	43 0.80	138 2.60	45 0.80
Infection à E. coli entérohémorragique	59 35.20	43 25.70	27 16.10	165 24.60	124 18.50	78 11.60	1206 13.80	795 9.10	827 9.50	742 13.80	482 9.00	374 7.00
Listériose	2 1.20		1 0.60	10 1.50	5 0.80	1 0.20	72 0.80	33 0.40	51 0.60	56 1.00	17 0.30	38 0.70
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	1 0.60			1 0.20			7 0.08	1 0.01	18 0.20	5 0.09		10 0.20
Salmonellose, autres	70 41.80	62 37.00	33 19.70	247 36.90	213 31.80	126 18.80	1682 19.30	1394 16.00	1335 15.30	958 17.90	772 14.40	569 10.60
Shigellose	4 2.40	4 2.40		15 2.20	14 2.10	3 0.40	154 1.80	47 0.50	163 1.90	93 1.70	37 0.70	50 0.90

	Semaine 32			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	210 125.40	154 92.00	163 97.30	868 129.60	761 113.60	754 112.60	12580 144.40	11664 133.90	11715 134.50	7592 141.60	7194 134.20	6637 123.80
Gonorrhée ^e	121 72.20	76 45.40	63 37.60	349 52.10	305 45.50	255 38.10	5016 57.60	3676 42.20	3555 40.80	3129 58.40	2196 41.00	1954 36.50
Hépatite B, aiguë				1 0.20	2 0.30	1 0.20	26 0.30	28 0.30	25 0.30	16 0.30	17 0.30	12 0.20
Hépatite B, total déclarations	20	15	11	59	53	63	1105	984	1001	712	638	579
Hépatite C, aiguë					1 0.20		9 0.10	18 0.20	13 0.20	4 0.07	8 0.20	7 0.10
Hépatite C, total déclarations	16	9	11	54	60	80	986	955	891	622	598	521
Infection à VIH	12 7.20	7 4.20	2 1.20	34 5.10	33 4.90	21 3.10	339 3.90	311 3.60	332 3.80	215 4.00	204 3.80	171 3.20
Sida		1 0.60			2 0.30	3 0.40	36 0.40	47 0.50	68 0.80	17 0.30	30 0.60	31 0.60
Syphilis, stades précoces ^f	9 5.40	5 3.00	9 5.40	45 6.70	36 5.40	34 5.10	700 8.00	623 7.20	691 7.90	432 8.10	411 7.70	390 7.30
Syphilis, total ^g	10 6.00	7 4.20	15 9.00	48 7.20	45 6.70	48 7.20	957 11.00	839 9.60	947 10.90	584 10.90	544 10.20	518 9.70
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose	1 0.60			2 0.30	1 0.20		7 0.08	5 0.06	4 0.05	4 0.07	3 0.06	1 0.02
Chikungunya							5 0.06	3 0.03	26 0.30	2 0.04	3 0.06	11 0.20
Dengue	2 1.20	1 0.60		7 1.00	1 0.20	1 0.20	54 0.60	14 0.20	191 2.20	38 0.70	10 0.20	73 1.40
Encéphalite à tiques	18 10.80	12 7.20	14 8.40	69 10.30	56 8.40	107 16.00	362 4.20	300 3.40	417 4.80	287 5.40	210 3.90	348 6.50
Fièvre du Nil occidental								1 0.01	1 0.01			
Fièvre jaune												
Fièvre Q		2 1.20			11 1.60	4 0.60	73 0.80	84 1.00	62 0.70	33 0.60	68 1.30	39 0.70
Infection à Hantavirus					1 0.20		4 0.05	2 0.02			2 0.04	
Infection à virus Zika									1 0.01			
Paludisme	8 4.80	7 4.20	2 1.20	27 4.00	26 3.90	9 1.30	313 3.60	176 2.00	214 2.50	199 3.70	138 2.60	89 1.70
Trichinellose							4 0.05	2 0.02	4 0.05	4 0.07	1 0.02	3 0.06
Tularémie		12 7.20	4 2.40	2 0.30	32 4.80	11 1.60	148 1.70	190 2.20	149 1.70	50 0.90	141 2.60	70 1.30
Autres déclarations												
Botulisme							1 0.01	1 0.01		1 0.02	1 0.02	
Diphthérie ^h	1 0.60			6 0.90			10 0.10	3 0.03	4 0.05	8 0.20	2 0.04	2 0.04
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		3 1.80		1 0.20	6 0.90		23 0.30	32 0.40	16 0.20	16 0.30	21 0.40	11 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 12.8.2022 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	29		30		31		32		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	1	0.1	1	0.2	2	0.2	1	0.1
Piqûre de tiques	8	0.8	13	1.6	5	0.8	5	0.6	7.8	0.9
Borréliose de Lyme	12	1.2	16	2.0	3	0.5	6	0.7	9.3	1.1
Herpès zoster	4	0.4	8	1.0	6	0.9	8	1.0	6.5	0.8
Néuralgies post-zostériennes	0	0	2	0.2	2	0.3	1	0.1	1.3	0.2
Médecins déclarants	132		108		101		112		113.3	

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} août 2022

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.07.10 G		PREGABALIN XIROMED (Pregabalinum)	Xiromed SA		
	21313	caps 25 mg blist 14 pce Fr. 7.45 (2.93)		68200001	01.08.2022, B
	21313	caps 25 mg blist 56 pce Fr. 17.95 (8.51)		68200002	01.08.2022, B
	21313	caps 50 mg blist 14 pce Fr. 7.95 (3.37)		68200003	01.08.2022, B
	21313	caps 50 mg blist 84 pce Fr. 36.95 (17.92)		68200004	01.08.2022, B
	21313	caps 75 mg blist 14 pce Fr. 8.65 (3.98)		68200005	01.08.2022, B
	21313	caps 75 mg blist 56 pce Fr. 29.50 (14.99)		68200006	01.08.2022, B
	21313	caps 100 mg blist 84 pce Fr. 39.50 (20.14)		68200007	01.08.2022, B
	21313	caps 150 mg blist 56 pce Fr. 39.50 (20.14)		68200008	01.08.2022, B
	21313	caps 150 mg blist 168 pce Fr. 79.95 (55.37)		68200009	01.08.2022, B
	21313	caps 200 mg blist 84 pce Fr. 44.95 (24.89)		68200010	01.08.2022, B
	21313	caps 300 mg blist 56 pce Fr. 44.95 (24.89)		68200011	01.08.2022, B
	21313	caps 300 mg blist 168 pce Fr. 99.00 (71.97)		68200012	01.08.2022, B
01.99		MAVENCLAD (Cladribinum)	Merck (Schweiz) AG		
	20873	cpr 10 mg blist 1 pce Fr. 3151.45 (2834.60)		66831001	01.06.2019, A
	20873	cpr 10 mg blist 4 pce Fr. 11867.85 (11338.40)		66831002	01.06.2019, A
	20873	cpr 10 mg blist 6 pce Fr. 17678.80 (17007.60)		66831003	01.06.2019, A
Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022					
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.					
02.07.20 G		PERINDOPRIL-AMLODIPIN-MEPHA TEVA (Perindoprilum tosylatum, Amlodipinum)	Mepha Pharma AG		
	68624	cpr 5/5 mg bte 30 pce Fr. 29.05 (14.58)		68624001	01.08.2022, B
	68624	cpr 5/5 mg bte 90 pce Fr. 60.35 (38.30)		68624002	01.08.2022, B
	68624	cpr 5/10 mg bte 30 pce Fr. 29.05 (14.58)		68624003	01.08.2022, B
	68624	cpr 5/10 mg bte 90 pce Fr. 60.35 (38.30)		68624004	01.08.2022, B
	68624	cpr 10/5 mg bte 30 pce Fr. 29.05 (14.58)		68624005	01.08.2022, B
	68624	cpr 10/5 mg bte 90 pce Fr. 60.35 (38.30)		68624006	01.08.2022, B
	68624	cpr 10/10 mg bte 30 pce Fr. 29.05 (14.58)		68624007	01.08.2022, B
	68624	cpr 10/10 mg bte 90 pce Fr. 60.35 (38.30)		68624008	01.08.2022, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
04.06 G		DOMPÉRIDONE AXAPHARM LINGUAL (Domperidonum)	Axapharm AG		
	21399	cpr orodisp 10 mg blist 30 pce Fr. 7.40 (2.89)		65863002	01.08.2022, B
	21399	cpr orodisp 10 mg blist 100 pce Fr. 17.25 (7.90)		65863003	01.08.2022, B
05.01 G		EPLÉRÉNONE XIROMED (Eplerenonum)	Xiromed SA		
	21298	cpr pell 25 mg blist 30 pce Fr. 49.00 (28.41)		68283001	01.08.2022, B
	21298	cpr pell 25 mg blist 100 pce Fr. 108.00 (79.81)		68283002	01.08.2022, B
	21298	cpr pell 50 mg blist 30 pce Fr. 49.00 (28.41)		68283003	01.08.2022, B
	21298	cpr pell 50 mg blist 100 pce Fr. 108.00 (79.81)		68283004	01.08.2022, B
Indiquée en complément à un traitement standard incluant les bêta-bloquants, pour réduire le risque de mortalité et de morbidité cardiovasculaires chez le patient stable présentant une dysfonction ventriculaire gauche (LVEF < 40 %) et des signes cliniques d'insuffisance cardiaque après infarctus du myocarde récent.					
En complément à un traitement standard optimal pour réduire le risque de mortalité et de morbidité d'origine cardiovasculaire chez le patient adulte atteint d'insuffisance cardiaque (chronique) de classe II selon la NYHA et de dysfonction ventriculaire gauche systolique (FEVG ≤ 30 %), hospitalisés dans les six derniers mois ou présentant un critère BNP.					
07.02.30		LUNDEOS (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Future Health Pharma GmbH		
	21370	caps 20000 UI blist 4 pce Fr. 9.00 (4.28)		67796001	01.08.2022, B
Traitement d'une carence sévère prouvée en vitamine D (concentration sérique de 25-hydroxycholecalciférol <25 nmol/l ou <10 ng/ml) chez les adultes et les adolescents âgés de 12 ans et plus.					
07.06.20		RYBELSUS (Semaglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	21073	cpr 3 mg blist 30 pce Fr. 132.85 (101.42)		67446001	01.08.2020B
	21073	cpr 7 mg blist 30 pce Fr. 132.85 (101.42)		67446004	01.08.2020B
	21073	cpr 7 mg blist 90 pce Fr. 365.70 (304.25)		67446006	01.08.2020B
	21073	cpr 14 mg blist 30 pce Fr. 132.85 (101.42)		67446007	01.08.2020B
	21073	cpr 14 mg blist 90 pce Fr. 365.70 (304.25)		67446009	01.08.2020B
Limitation limitée jusqu'au 30.09.2022					
Pour le traitement des patients atteints d'un diabète sucré de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique:					
• En monothérapie chez les patients présentant une contre-indication avérée ou une intolérance avérée à la metformine.					
Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 en association avec les options thérapeutiques suivantes, si ces antidiabétiques n'assurent pas un contrôle adéquat de la glycémie:					
• En double combinaison avec la metformine ou une sulfonylurée					
• En triple combinaison avec une combinaison de metformine et d'une sulfonylurée					
• En combinaison avec l'insuline basale avec ou sans metformine					
Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires destinés à une réduction pondérale ne sont pas pris en charge par les assureurs-maladie.					
07.10.10 G		ETORICOXIB MYLAN (Etoricoxibum)	Mylan Pharma GmbH		
	21454	cpr pell 30 mg blist 28 pce Fr. 28.35 (13.99)		68091001	01.08.2022, B
	21454	cpr pell 60 mg blist 7 pce Fr. 14.55 (5.55)		68091002	01.08.2022, B
	21454	cpr pell 60 mg blist 28 pce Fr. 41.90 (22.21)		68091003	01.08.2022, B
Pour le traitement symptomatique des inflammations et des douleurs chez les patients souffrant d'arthrose.					
07.10.10 G		ETORICOXIB SPIRIG HC (Etoricoxibum)	Spirig HealthCare AG		
	21465	cpr pell 30 mg blist 30 pce Fr. 29.50 (14.99)		67428001	01.08.2022, B
	21465	cpr pell 60 mg blist 10 pce Fr. 17.30 (7.93)		67428002	01.08.2022, B
	21465	cpr pell 60 mg blist 30 pce Fr. 43.70 (23.79)		67428003	01.08.2022, B
Pour le traitement symptomatique des inflammations et des douleurs chez les patients souffrant d'arthrose.					
07.10.10 G		ETORICOXIB ZENTIVA (Etoricoxibum)	Helvepharm AG		
	21458	cpr pell 30 mg blist 28 pce Fr. 28.35 (13.99)		68245001	01.08.2022, B
	21458	cpr pell 60 mg blist 7 pce Fr. 14.55 (5.55)		68245002	01.08.2022, B
	21458	cpr pell 60 mg blist 28 pce Fr. 41.90 (22.21)		68245003	01.08.2022, B
Pour le traitement symptomatique des inflammations et des douleurs chez les patients souffrant d'arthrose.					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.10.10 G		ETORICOXIB-MEPHA (Etoricoxibum)	Mepha Pharma AG		
	21463	Lactab 30 mg blist 28 pce Fr. 28.35 (13.99)		67489001	01.08.2022, B
	21463	Lactab 60 mg blist 7 pce Fr. 14.55 (5.55)		67489002	01.08.2022, B
	21463	Lactab 60 mg blist 28 pce Fr. 41.90 (22.21)		67489003	01.08.2022, B

Pour le traitement symptomatique des inflammations et des douleurs chez les patients souffrant d'arthrose.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.15		HUKYNDRA (Adalimumabum)	Spirig HealthCare AG		
	21453	sol inj 40 mg/0.4 ml stylo pré 0.400 ml Fr. 500.45 (421.64)		68234001	01.08.2022, B
	21453	sol inj 40 mg/0.4 ml 2 stylo pré 0.400 ml Fr. 984.50 (843.28)		68234002	01.08.2022, B
	21453	sol inj 40 mg/0.4 ml 6 stylo pré 0.400 ml Fr. 2490.80 (2215.00)		68234003	01.08.2022, B
	21452	sol inj 40 mg/0.4 ml ser pré 0.400 ml Fr. 500.45 (421.64)		68232001	01.08.2022, B
	21452	sol inj 40 mg/0.4 ml 2 ser pré 0.400 ml Fr. 984.50 (843.28)		68232002	01.08.2022, B
	21452	sol inj 40 mg/0.4 ml 6 ser pré 0.400 ml Fr. 2490.80 (2215.00)		68232003	01.08.2022, B
	21452	sol inj 80 mg/0.8 ml ser pré 0.800 ml Fr. 984.50 (843.28)		68232004	01.08.2022, B

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par HUKYNDRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents avec un poids corporel ≥ 30 kg

Traitement par HUKYNDRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par HUKYNDRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par HUKYNDRA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par HUKYNDRA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par HUKYNDRA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le HUKYNDRA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques:

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HISCR d'au moins 50% après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		CAPRELSA (Vandetanibum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	19924	cpr 100 mg blist 30 pce Fr. 2445.50 (2173.70)		62341001	01.12.2012, A
	19924	cpr 300 mg blist 30 pce Fr. 4959.05 (4598.08)		62341002	01.12.2012, A
Traitement du cancer médullaire de la thyroïde métastatique et non opérable avec progression rapide et présence de symptômes. Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Le traitement nécessite la garantie de prise en charge des frais de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
07.16.10		TEPMETKO (Tepotinibum)	Merck (Schweiz) AG		
	21285	cpr pell 225 mg blist 60 pce Fr. 6377.45 (5981.89)		68113001	01.08.2022, A
Limitation limitée jusqu'au 31.05.2023 Après accord de prise en charge des frais par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. TEPMETKO est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints de cancer du poumon non à petites cellules avancé ou métastatique (CPNPC) et présentant une mutation entraînant un saut de l'exon 14 de MET. L'utilisation en cas de mutations du facteur oncogène supplémentaires, y compris les aberrations tumorales de type EGFR ou ALK, n'est pas remboursée. Le traitement se poursuit jusqu'à la progression de la maladie. Une rotation entre les inhibiteurs de MET est exclusivement remboursée en cas de contre-indication ou d'intolérance. Merck (Schweiz) AG remboursera complètement à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la réception du traitement, à la première demande de l'assureur, les deux premières boîtes achetées de TEPMETKO au prix de fabrication de 5981.89 CHF. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.					
10.05.10 G		CLOBETASOL LEMAN (Clobetasoli-17 propionas)	Leman SKL SA		
	21447	shampooing 0.500 mg/g fl 125 ml Fr. 28.30 (13.94)		68438001	01.08.2022, B
11.99		VABYSMO (Faricimabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	21438	sol inj 6 mg/0.05 ml flac 1 pce Fr. 1035.70 (888.28)		68395001	01.08.2022, B
Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative (humide) (DMLA) ou d'une perte de vision due à un œdème maculaire diabétique (OMD). VABYSMO ne doit être utilisé que par des ophtalmologistes qualifiés dans les cliniques/centres A, B et C (conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH (http://www.siwf-register.ch) et pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Réglementation exceptionnelle : les cliniques de formation A, B et C ont le droit de collaborer avec des ophtalmologistes en cabinet pour assurer des soins qui soient proches du patient. La collaboration se déroule sur une base consensuelle entre les deux partenaires et respecte les conditions suivantes: a) La clinique de formation assure le premier examen ou la confirmation du diagnostic. Ce point doit être documenté pour les caisses-maladie. b) Sur accord concernant les indications autorisées (DMLA, OMD), le médecin en cabinet peut également assurer la poursuite du traitement du patient. Le traitement simultané des deux yeux chez un patient nécessite l'autorisation de l'assurance maladie, après consultation préalable du médecin-conseil.					
16.00		VELTASSA (Patiromerum)	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd		
	20709	pdr 8.4 g sach 30 pce Fr. 255.00 (207.84)		66411001	01.08.2020, B
	20709	pdr 16.8 g sach 30 pce Fr. 255.00 (207.84)		66411002	01.08.2020, B
Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022 VELTASSA est remboursé par la caisse-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts, pour les adultes non dialysés présentant une insuffisance rénale chronique (le début du traitement doit être au stade III ou IV de l'insuffisance rénale; taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min/1.73 m ²), ayant développé, au cours d'un traitement avec un inhibiteur du système rénine-angiotensine-aldostérone, une hyperkaliémie chronique récurrente et constatée par des mesures répétées, et auxquels des échangeurs de cations doivent être administrés car les mesures non médicamenteuses (régime alimentaire) ainsi que les mesures médicamenteuses déjà employées (p. ex. diurétiques hypokaliémiants) n'ont pas été suffisantes pour normaliser le taux de potassium (< 5.5 mmol/l). La première prescription de VELTASSA doit être établie uniquement par un cardiologue ou un néphrologue. Le remboursement concerne, au maximum, une boîte de VELTASSA dosée à 8.4 g ou 16.8 g par mois. Si un patient a besoin d'une dose supérieure à 16.8 g par jour, Vifor SA remboursera à la caisse-maladie le prix public de la deuxième boîte, déduction faite de la T.V.A.					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
01.06		TRITTICO UNO (Trazodoni hydrochloridum)	OM Pharma Suisse SA		
	20882	cpr ret 150 mg blist 30 pce Fr. 42.20 (22.49)		66656001	01.08.2022, B
	20882	cpr ret 150 mg blist 90 pce Fr. 82.25 (57.35)		66656002	01.08.2022, B
	20882	cpr ret 300 mg blist 30 pce Fr. 58.75 (36.88)		66656003	01.08.2022, B
	20882	cpr ret 300 mg blist 90 pce Fr. 124.35 (94.04)		66656004	01.08.2022, B

Pour le traitement des patients adultes souffrant de dépression, avec ou sans trouble anxieux. La posologie est de 300 mg/jour maximum.

07.16.10		ZEJULA	GlaxoSmithKline AG		
	20775	caps 100 mg blist 56 pce Fr. 5201.10 (4834.23)		62341001	01.12.2012, A
	20775	caps 100 mg blist 84 pce Fr. 7668.50 (7241.48)		62341001	01.12.2012, A

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

Uniquement après prescription par un gynécologue ou un oncologue et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, en monothérapie dans le sens d'un traitement d'entretien du cancer épithélial sévère de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif, sensible au platine et récidivant, dans les conditions suivantes:

- Au moins deux chimiothérapies préalables à base de platine, la dernière de ces chimiothérapies à base de platine devant remplir les critères suivants:
 - les patientes doivent avoir reçu au moins 4 cycles de la thérapie à base de platine, et y avoir répondu partiellement ou complètement;
 - après le dernier traitement, la patiente doit avoir présenté un CA-125 dans la norme ou une réduction de plus de 90 % du CA-125 doit avoir été atteinte pendant la dernière thérapie à base de platine, réduction qui doit avoir été stable (pas d'augmentation >15 %) pendant au moins 7 jours;
 - absence de lésions mesurables > 2 cm après le dernier traitement;
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren.

Le traitement est poursuivi jusqu'à progression de la maladie.

Les traitements en association ou séquentiels tels que bévacicumab et niraparib ou des traitements immuno-oncologiques et le niraparib ainsi que la reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute ne sont pas remboursés.

La dose de départ de Zejula est de deux gélules de 100 mg une fois par jour, soit l'équivalent d'une dose quotidienne totale de 200 mg.

Pour les patientes pesant ≥ 77 kg et présentant une numération plaquettaire normale ($\geq 150\,000/\mu\text{l}$), la dose de départ est de trois gélules de 100 mg une fois par jour, soit l'équivalent d'une dose quotidienne totale de 300 mg.

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

La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

Limitée jusqu'au 30.09.2024

Uniquement après prescription par un gynécologue ou un oncologue et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement d'entretien (monothérapie) du cancer sévère avancé (stades FIGO III et IV) de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal chez les patientes présentant un risque élevé de récurrence et une mutation BRCA ou un autre défaut de recombinaison homologue (HRD) avec instabilité génomique, dans les conditions suivantes:

- patientes ayant reçu une chimiothérapie néo-adjuvante et des chirurgies de réduction tumorale d'intervalle ou patientes atteintes d'une maladie de stade III et présentant un reliquat tumoral visible après une chirurgie de réduction tumorale primaire ou patientes présentant une maladie inopérable de stade III ou patientes présentant une maladie de stade IV
- patientes ayant reçu 6 à 9 cycles au maximum d'une chimiothérapie de première ligne à base de platine et présentant une rémission complète ou partielle (réduction de $\geq 30\%$ du volume tumoral, ou taux de CA-125 dans la norme, ou réduction du taux de CA-125 de plus de 90 % par rapport aux valeurs initiales sur au moins 7 jours pendant la thérapie de première ligne) après ≥ 3 cycles de thérapie
- patientes ne présentant pas de signes cliniques de progression ou d'augmentation des taux de CA-125 après la fin de la chimiothérapie
- Le traitement est poursuivi jusqu'à progression de la maladie

Les traitements en association ou séquentiels tels que bévacicumab et niraparib ou des traitements immuno-oncologiques et le niraparib ainsi que la reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute ne sont pas remboursés.

La dose de départ de Zejula est de deux gélules de 100 mg une fois par jour, soit l'équivalent d'une dose quotidienne totale de 200 mg. Pour les patientes pesant ≥ 77 kg et présentant une numération plaquettaire normale ($\geq 150\,000/\mu\text{l}$), la dose de départ est de trois gélules de 100 mg une fois par jour, soit l'équivalent d'une dose quotidienne totale de 300 mg.

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

II. Autres emballages et dosages

07.08.10		PERGOVERIS PEN (Follitropinum alfa, Lutropinum alfa)	Merck (Schweiz) AG		
	19192	sol inj 900UI/450UI stylo pré 1.440 ml Fr. 569.45 (481.77)		66608003	01.08.2022, A

⚠ Non admis pour le traitement de l'adiposité.

Prise en charge seulement après examen endocrinologique préalable si la caisse a donné une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. La durée maximale du traitement se limite à une année.

Non admis pour le traitement de l'adiposité.

Prise en charge seulement après examen endocrinologique préalable si la caisse a donné une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. La durée maximale du traitement se limite à une année.

Pas pour la stimulation d'une superovulation dans le cadre d'une fécondation in vitro (FIV).

07.15		AMGEVITA (Adalimumabum)	Amgen Switzerland AG		
	20992	sol inj 20 mg/0.4 ml ser pré 1 pce Fr. 258.40 (210.82)		66979004	01.08.2022, B

Le dosage de 20 mg d'AMGEVITA est exclusivement réservé aux enfants et aux adolescents.

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

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients pédiatriques par AMGEVITA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
04.05		CREON 40000 (Amylasum, Lipasum, Proteasum)	Mylan Pharma GmbH		
	19171	caps 100 pce Fr. 144.00 (78.05)		38219004	01.08.2022, D
07.02.40		DIALVIT (Thiaminum (Vitamin B1), Riboflavinum (Vitamin B2, E101), Pyridoxinum (Vitamin B6))	Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG Hauptstandort Produktion/Ver		
	17978	caps 100 pce Fr. 34.50 (15.80)		55702002	01.08.2022, B
07.10.10 G		GRFEN 400 (Ibuprofenum)	Doetsch Grether AG Hersteller/Importeur		
	16682	cpr pell 400 mg 20 pce Fr. 7.20 (2.71)		53895018	01.08.2022, B
	16682	cpr pell 400 mg 50 pce Fr. 15.20 (6.09)		53895026	01.08.2022, B
07.10.10 G		GRFEN 600 (Ibuprofenum)	Doetsch Grether AG Hersteller/Importeur		
	16682	cpr pell 600 mg 20 pce Fr. 8.40 (3.75)		53895034	01.08.2022, B
	16682	cpr pell 600 mg 100 pce Fr. 34.70 (15.94)		53895042	01.08.2022, B
07.12 G		PRAVASTATIN STREULI (Pravastatinum natricum)	Streuli Pharma AG		
	18345	cpr 20 mg 30 pce Fr. 15.90 (6.70)		57534005	01.08.2022, B
	18345	cpr 20 mg 100 pce Fr. 47.80 (27.36)		57534007	01.08.2022, B
	18345	cpr 40 mg 30 pce Fr. 25.50 (11.51)		57534009	01.08.2022, B
	18345	cpr 40 mg 100 pce Fr. 65.85 (43.08)		57534011	01.08.2022, B
07.12 0		ZOCOR (Simvastatinum)	Organon GmbH		
	15662	cpr pell 80 mg 28 pce Fr. 38.50 (19.27)		49742088	01.08.2022, B
	15662	cpr pell 80 mg 98 pce Fr. 93.30 (66.98)		49742096	01.08.2022, B
07.15		HUMIRA (Adalimumabum)	AbbVie AG		
	18538	sol inj 40 mg/0.8 ml 2 flac 0.800 ml Fr. 1309.85 (1138.23)		62860001	01.08.2022, B
07.99		FIXATEUR PHOS-CALCIQUE BICHSEL (Calcii carbonas)	Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG Hauptstandort Produktion/Ver		
	16307	caps 500 mg 100 pce Fr. 8.05 (3.42)		51192037	01.08.2022, B
	16306	cpr 500 mg 100 pce Fr. 8.05 (3.42)		51762046	01.08.2022, B
	16307	caps 500 mg 250 pce Fr. 17.20 (7.82)		51192038	01.08.2022, B
	16306	cpr 500 mg 250 pce Fr. 17.20 (7.82)		51762047	01.08.2022, B
	16306	cpr 1000 mg 100 pce Fr. 9.80 (4.95)		51762048	01.08.2022, B
	16306	cpr 1000 mg 250 pce Fr. 25.30 (11.33)		51762049	01.08.2022, B
10.02		PROCOUTOL LOTION DERMATOLOGIQUE LAVAGE (Triclosanum)	Galderma SA		
	15074	lot 175 ml Fr. 13.30 (7.21)		47599001	01.08.2022, D
	15074	lot 500 ml Fr. 27.90 (15.12)		47599002	01.08.2022, D
10.09.40 G		AMOROCUTAN VERNIS À ONGLES (Amorolfinum)	Dermapharm AG		
	20712	sol 50 mg/ml 2x 3 ml Fr. 44.95 (24.86)		66420002	01.08.2022, B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
BRUFEN	Mylan Pharma GmbH	071010			
cpr pell 200 mg blist 30 pce			14248	6.25	1.86
gran eff 600 mg sach 20 pce			15529	8.45	3.79
cpr pell 400 mg 20 pce			11185	6.55	2.15
cpr pell 400 mg 50 pce			11185	9.75	4.93
cpr pell 600 mg 20 pce			14248	7.40	2.88
cpr pell 600 mg 100 pce			14248	27.15	12.94
CYMBALTA	Eli Lilly (Suisse) SA	010600			
caps 30 mg 28 pce			18362	29.45	14.94
caps 60 mg 14 pce			18362	28.25	13.88
caps 60 mg 28 pce			18362	46.60	26.30
caps 60 mg 84 pce			18362	104.55	76.79
DULOXÉTINE AXAPHARM	Axapharm AG	010600			
caps 30 mg 28 pce			20502	20.20	10.46
caps 30 mg 84 pce			20502	50.95	30.10
caps 60 mg 14 pce			20502	19.35	9.72
caps 60 mg 28 pce			20502	37.55	18.41
caps 60 mg 84 pce			20502	78.10	53.75
DULOXÉTINE NOBEL	NOBEL Pharma Schweiz AG	010600			
caps 30 mg blist 28 pce			20936	20.20	10.46
caps 30 mg blist 84 pce			20936	50.95	30.10
caps 60 mg blist 14 pce			20936	19.35	9.72
caps 60 mg blist 28 pce			20936	37.55	18.41
caps 60 mg blist 84 pce			20936	78.10	53.75
DULOXÉTINE SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	010600			
caps 30 mg 28 pce			20538	20.20	10.46
caps 30 mg 84 pce			20538	47.00	26.67
caps 60 mg 14 pce			20538	19.35	9.72
caps 60 mg 28 pce			20538	37.55	18.41
caps 60 mg 84 pce			20538	78.10	53.75
DULOXÉTINE SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	010600			
caps 30 mg 28 pce			20513	20.20	10.46
caps 30 mg 84 pce			20513	47.00	26.67
caps 60 mg 14 pce			20513	19.35	9.72
caps 60 mg 28 pce			20513	37.55	18.41
caps 60 mg 84 pce			20513	78.10	53.75
DULOXÉTINE VIATRIS	Mylan Pharma GmbH	010600			
caps 30 mg blist 28 pce			21418	20.20	10.46
caps 60 mg blist 14 pce			21418	19.35	9.72
caps 60 mg blist 28 pce			21418	37.55	18.41
caps 60 mg blist 84 pce			21418	78.10	53.75
DULOXÉTINE ZENTIVA	Helvepharm AG	010600			
caps 30 mg 28 pce			20548	20.20	10.46
caps 60 mg 14 pce			20548	19.35	9.72
caps 60 mg 28 pce			20548	37.55	18.41
caps 60 mg 84 pce			20548	78.10	53.75

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
DULOXETIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	010600			
caps 30 mg blist 30 pce			20930	25.15	11.21
caps 30 mg blist 100 pce			20930	52.85	31.75
caps 30 mg bte 100 pce			20930	52.85	31.75
caps 60 mg blist 10 pce			20930	16.15	6.94
caps 60 mg blist 30 pce			20930	39.05	19.73
caps 60 mg bte 90 pce			20930	79.20	54.71
caps 60 mg blist 100 pce			20930	86.20	60.79
HUMIRA	AbbVie AG	071500			
sol inj 20 mg/0.2 ml 2 ser pré 0.200 ml			17903	578.20	489.39
sol inj 40 mg/0.4 ml ser pré 0.400 ml			17903	578.20	489.39
sol inj 40 mg/0.4 ml prérem injecteur 0.400 ml			18538	578.20	489.39
sol inj 80 mg/0.8 ml ser pré 0.800 ml			17903	1135.00	978.78
sol inj 80 mg/0.8 ml prérem injecteur 0.800 ml			18538	1135.00	978.78
IBUPROFEN MYLAN	Mylan Pharma GmbH	071010			
cpr pell 200 mg blist 30 pce			21126	5.75	1.43
cpr pell 400 mg blist 20 pce			21126	5.90	1.56
cpr pell 400 mg blist 50 pce			21126	7.95	3.37
cpr pell 600 mg blist 20 pce			21126	6.60	2.16
cpr pell 600 mg blist 100 pce			21126	18.75	9.17
gran eff 600 mg sach 20 pce			21126	7.00	2.54
IBUPROFÈNE N ZENTIVA	Helvepharm AG	071010			
cpr pell 400 mg blist 20 pce			18905	5.80	1.48
cpr pell 400 mg blist 50 pce			18905	7.95	3.37
cpr pell 600 mg blist 20 pce			18905	6.60	2.16
cpr pell 600 mg blist 100 pce			18905	18.10	8.63
IBUPROFÈNE SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010			
cpr pell 400 mg 20 pce			15251	5.80	1.50
cpr pell 400 mg 50 pce			15251	7.85	3.25
cpr pell 400 mg 100 pce			15251	16.40	7.15
cpr pell 600 mg 20 pce			15252	6.60	2.16
cpr pell 600 mg 50 pce			15252	9.60	4.77
cpr pell 600 mg 100 pce			15252	18.35	8.85
IRFEN 200	Mepha Pharma AG	071010			
lactabs 200 mg 30 pce			15527	5.70	1.38
lactabs 200 mg 100 pce			15527	9.10	4.35
IRFEN 400	Mepha Pharma AG	071010			
lactabs 400 mg 20 pce			15527	5.90	1.58
lactabs 400 mg 50 pce			15527	8.35	3.70
IRFEN 600	Mepha Pharma AG	071010			
lactabs 600 mg 20 pce			15527	6.60	2.16
lactabs 600 mg 100 pce			15527	18.70	9.16
OPTIFEN 400	Spirig HealthCare AG	071010			
cpr pell 400 mg 20 pce			15054	5.90	1.57
cpr pell 400 mg 50 pce			15054	8.15	3.51
cpr pell 400 mg blist 100 pce			15054	16.25	7.02
OPTIFEN 600	Spirig HealthCare AG	071010			
cpr pell 600 mg 20 pce			15054	6.60	2.16
cpr pell 600 mg 100 pce			15054	18.75	9.18

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TRAMACTIL UNO	Gebro Pharma AG	010130			
cpr ret 100 mg 5 pce			19165	6.35	1.96
cpr ret 100 mg 15 pce			19165	9.85	4.99
cpr ret 100 mg 30 pce			19165	18.85	9.28
cpr ret 200 mg 5 pce			19165	7.80	3.21
cpr ret 200 mg 15 pce			19165	17.60	8.18
cpr ret 200 mg 30 pce			19165	33.85	15.21
cpr ret 300 mg 5 pce			19165	9.20	4.46
cpr ret 300 mg 15 pce			19165	25.35	11.38
cpr ret 300 mg 30 pce			19165	40.65	21.14
IV.b. Baissement de prix volontairement					
AMOROLFIN LEMAN VERNIS À ONGLES	Leman SKL SA	100940			
sol 5% 2.5 ml			21376	16.25	7.00
sol 5% 5 ml			21376	28.35	14.00
DUTASTÉRIDE TAMSULOSINE XIROMED	Xiromed SA	059900			
caps 0.5/0.4 mg bte 7 pce			21328	6.90	2.46
caps 0.5/0.4 mg bte 30 pce			21328	19.50	9.86
caps 0.5/0.4 mg bte 90 pce			21328	39.50	20.14
DUTASTÉRIDE XIROMED	Xiromed SA	059900			
caps 0.5 mg blist 30 pce			21329	19.50	9.86
caps 0.5 mg blist 90 pce			21329	39.50	20.14
IV.c. Changement de prix après examen de HTA					
ATORVA PFIZER	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19796	27.30	13.07
cpr pell 10 mg 100 pce			19796	65.75	42.99
cpr pell 20 mg 30 pce			19796	27.25	13.03
cpr pell 20 mg 100 pce			19796	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 30 pce			19796	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 100 pce			19796	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 30 pce			19796	27.30	13.07
cpr pell 80 mg 100 pce			19796	65.75	42.99
ATORVASTATIN AXAPHARM	Axapharm AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19912	27.30	13.07
cpr pell 10 mg 100 pce			19912	65.75	42.98
cpr pell 20 mg 30 pce			19912	27.25	13.03
cpr pell 20 mg 100 pce			19912	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 30 pce			19912	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 100 pce			19912	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 30 pce			19912	27.30	13.07
cpr pell 80 mg 100 pce			19912	65.75	42.98
ATORVASTATIN PFIZER	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19797	27.30	13.07
cpr pell 10 mg 100 pce			19797	65.75	42.99
cpr pell 20 mg 30 pce			19797	27.25	13.03
cpr pell 20 mg 100 pce			19797	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 30 pce			19797	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 100 pce			19797	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 30 pce			19797	27.30	13.07
cpr pell 80 mg 100 pce			19797	65.75	42.99

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ATORVASTATINE SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19920	27.25	13.04
cpr pell 10 mg 100 pce			19920	65.65	42.88
cpr pell 20 mg 30 pce			19920	27.25	13.04
cpr pell 20 mg 100 pce			19920	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 30 pce			19920	27.25	13.04
cpr pell 40 mg 100 pce			19920	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 30 pce			19920	27.25	13.04
cpr pell 80 mg 100 pce			19920	65.65	42.88
ATORVASTATINE SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr pell 10 mg nou blist 30 pce			21196	27.25	13.04
cpr pell 10 mg nou blist 100 pce			21196	65.65	42.88
cpr pell 20 mg nou blist 30 pce			21196	27.25	13.04
cpr pell 20 mg nou blist 100 pce			21196	65.65	42.88
cpr pell 40 mg nou blist 30 pce			21196	27.25	13.04
cpr pell 40 mg nou blist 100 pce			21196	65.65	42.88
cpr pell 80 mg nou blist 30 pce			21196	27.25	13.04
cpr pell 80 mg nou blist 100 pce			21196	65.65	42.88
ATORVASTATIN STREULI	Streuli Pharma AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19939	27.25	13.03
cpr pell 10 mg 100 pce			19939	65.65	42.88
cpr pell 20 mg 30 pce			19939	27.25	13.03
cpr pell 20 mg 100 pce			19939	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 30 pce			19939	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 100 pce			19939	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 30 pce			19939	27.25	13.03
cpr pell 80 mg 100 pce			19939	65.65	42.88
ATORVASTATINE ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			20449	27.30	13.06
cpr pell 20 mg 30 pce			20449	27.25	13.03
cpr pell 20 mg 100 pce			20449	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 30 pce			20449	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 100 pce			20449	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 30 pce			20449	27.30	13.06
cpr pell 80 mg 100 pce			20449	65.75	42.97
ATORVASTATIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
lactabs 10 mg 30 pce			20239	27.25	13.03
lactabs 10 mg 90 pce			20239	60.70	38.59
lactabs 20 mg 30 pce			20239	27.25	13.03
lactabs 20 mg 90 pce			20239	60.70	38.59
lactabs 40 mg 30 pce			20239	27.25	13.03
lactabs 40 mg 90 pce			20239	60.70	38.59
lactabs 80 mg 30 pce			20239	27.25	13.03
lactabs 80 mg 100 pce			20239	65.60	42.87

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ATORVASTATIN-MEPHA TEVA	Mepha Pharma AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19873	27.25	13.03
cpr pell 10 mg 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 10 mg bte 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 20 mg 30 pce			19873	27.25	13.03
cpr pell 20 mg 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 20 mg bte 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 30 pce			19873	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 40 mg bte 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 30 pce			19873	27.25	13.03
cpr pell 80 mg 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 80 mg bte 100 pce			19873	65.65	42.88
ATORVASTAX	Drossapharm AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19879	27.25	13.03
cpr pell 10 mg 100 pce			19879	65.65	42.88
cpr pell 20 mg 30 pce			19879	27.25	13.03
cpr pell 20 mg 100 pce			19879	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 30 pce			19879	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 100 pce			19879	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 30 pce			19879	27.25	13.03
cpr pell 80 mg 100 pce			19879	65.65	42.88
ATOZET	Organon GmbH	071200			
cpr pell 10/10 mg 30 pce			20337	58.20	36.41
cpr pell 10/10 mg 90 pce			20337	141.85	109.26
cpr pell 10/20 mg 30 pce			20337	58.20	36.41
cpr pell 10/20 mg 90 pce			20337	141.85	109.26
cpr pell 10/40 mg 30 pce			20337	58.20	36.41
cpr pell 10/40 mg 90 pce			20337	141.85	109.26
cpr pell 10/80 mg 30 pce			20337	58.20	36.41
cpr pell 10/80 mg 90 pce			20337	141.85	109.26
CADUET	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
cpr pell 5 mg/10 mg 98 pce			18422	80.25	55.62
cpr pell 10 mg/10 mg 98 pce			18422	80.25	55.62
EZETIMIB-ROSUVASTATIN MYLAN	Mylan Pharma GmbH	071200			
cpr pell 10 mg/10 mg blist 30 pce			21311	41.30	21.68
cpr pell 10 mg/10 mg blist 90 pce			21311	91.10	65.05
cpr pell 10 mg/20 mg blist 30 pce			21311	45.05	24.96
cpr pell 10 mg/20 mg blist 90 pce			21311	102.35	74.88
EZETROL	Organon GmbH	071200			
cpr 10 mg 28 pce			17838	44.40	24.38
cpr 10 mg 98 pce			17838	114.20	85.20
INEGY	Organon GmbH	071200			
cpr 10/10 mg 28 pce			18299	49.70	29.02
cpr 10/10 mg 98 pce			18299	132.70	101.29
cpr 10/20 mg 28 pce			18299	53.95	32.70
cpr 10/20 mg 98 pce			18299	147.45	114.16
cpr 10/40 mg 28 pce			18299	60.15	38.10
cpr 10/40 mg 98 pce			18299	167.35	131.50

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SIMCORA	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
cpr pell 20 mg 30 pce			18013	34.15	15.48
cpr pell 20 mg 100 pce			18013	64.75	42.11
cpr pell 40 mg 30 pce			18013	34.15	15.48
cpr pell 40 mg 100 pce			18013	73.00	49.29
cpr pell 80 mg blist 30 pce			18013	34.15	15.44
cpr pell 80 mg blist 100 pce			18013	72.85	49.18
SIMVASINE SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr pell 20 mg 28 pce			18347	34.25	15.55
cpr pell 20 mg 98 pce			18347	63.80	41.27
cpr pell 40 mg 28 pce			18347	34.15	15.46
cpr pell 40 mg 98 pce			18347	72.95	49.26
cpr pell 80 mg 28 pce			18347	29.50	14.99
cpr pell 80 mg 98 pce			18347	71.70	48.18
SIMVASTATINE HELVEPHARM	Helvepharm AG	071200			
cpr pell 20 mg 28 pce			18043	27.30	13.06
cpr pell 20 mg 98 pce			18043	63.80	41.27
cpr pell 40 mg 28 pce			18043	27.30	13.06
cpr pell 40 mg 98 pce			18043	63.80	41.27
cpr pell 80 mg 30 pce			18043	28.35	13.99
cpr pell 80 mg 100 pce			18043	67.75	44.71
SIMVASTATINE SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr pell 20 mg blist 30 pce			21274	34.85	16.06
cpr pell 20 mg blist 100 pce			21274	64.75	42.11
cpr pell 40 mg blist 30 pce			21274	34.85	16.06
cpr pell 40 mg blist 100 pce			21274	72.85	49.17
cpr pell 80 mg blist 30 pce			21274	34.85	16.06
cpr pell 80 mg blist 100 pce			21274	72.85	49.17
SIMVASTATIN ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr pell 20 mg blist 28 pce			18043	27.30	13.06
cpr pell 20 mg blist 98 pce			18043	63.80	41.27
cpr pell 40 mg blist 28 pce			18043	27.30	13.06
cpr pell 40 mg blist 98 pce			18043	63.80	41.27
cpr pell 80 mg blist 30 pce			18043	28.35	13.99
cpr pell 80 mg blist 100 pce			18043	67.75	44.71
SIMVASTATINE-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
lactabs 20 mg 30 pce			20188	34.45	15.72
lactabs 20 mg 100 pce			20188	64.75	42.11
lactabs 40 mg 30 pce			20188	34.45	15.72
lactabs 40 mg 100 pce			20188	73.00	49.30
lactabs 80 mg 30 pce			20188	34.40	15.68
lactabs 80 mg 100 pce			20188	72.85	49.18
SORTIS	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			16982	39.40	20.05
cpr pell 10 mg 100 pce			16982	92.15	65.97
cpr pell 20 mg 30 pce			16982	39.40	20.05
cpr pell 20 mg 100 pce			16982	92.15	65.97
cpr pell 40 mg 30 pce			16982	39.40	20.05
cpr pell 40 mg 100 pce			16982	92.15	65.97
cpr pell 80 mg 30 pce			16982	39.40	20.05
cpr pell 80 mg 100 pce			16982	92.15	65.97

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ZOCOR	Organon GmbH	071200			
cpr pell 20 mg 28 pce			15662	34.55	15.83
cpr pell 20 mg 98 pce			15662	79.55	55.03
cpr pell 40 mg 28 pce			15662	34.55	15.83
cpr pell 40 mg 98 pce			15662	79.55	55.03
IV.d. Mutation de prix normale					
BENLYSTA	GlaxoSmithKline AG	071500			
subst sèche 120 mg 1 pce			19903	201.10	160.88
subst sèche 400 mg 1 pce			19903	632.05	536.29
sol inj 200 mg/ml auto-injecteur injecteur 1 ml			20822	284.90	233.87
sol inj 200 mg/ml auto-injecteur 4 injecteur 1 ml			20822	1087.50	935.49
IV.e. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet					
ARCOXIA	Organon GmbH	071010			
cpr pell 30 mg 28 pce			19014	36.50	17.49
cpr pell 60 mg 7 pce			19014	16.15	6.94
cpr pell 60 mg 28 pce			19014	48.25	27.76
LIVAZO	Recordati AG	071200			
cpr pell 1 mg 30 pce			19952	46.80	26.46
cpr pell 1 mg 90 pce			19952	107.55	79.38
cpr pell 2 mg 30 pce			19952	53.35	32.20
cpr pell 2 mg 90 pce			19952	127.30	96.62
cpr pell 4 mg 30 pce			19952	70.05	46.72
cpr pell 4 mg 90 pce			19952	177.30	140.17
OVITRELLE	Merck (Schweiz) AG	070810			
sol inj 250 mcg/0.5 ml ser pré 0.500 ml			17994	55.00	33.63
RASILEZ	Future Health Pharma GmbH	020710			
cpr pell 150 mg 28 pce			18628	41.15	21.57
cpr pell 150 mg 98 pce			18628	103.05	75.50
cpr pell 300 mg 28 pce			18628	45.95	25.73
cpr pell 300 mg 98 pce			18628	119.75	90.01
IV.f. Mutation du prix lors de la première admission					
ATORVASTATINE ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr pell 10 mg 100 pce			20449	65.75	42.97
CAPRELSA	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610			
cpr 100 mg blist 30 pce			19924	2445.50	2173.70
cpr 300 mg blist 30 pce			19924	4959.05	4598.08
EPLÉRÉNONE XIROMED	Xiromed SA	050100			
cpr pell 25 mg blist 30 pce			21298	49.00	28.41
cpr pell 25 mg blist 100 pce			21298	108.00	79.81
cpr pell 50 mg blist 30 pce			21298	49.00	28.41
cpr pell 50 mg blist 100 pce			21298	108.00	79.81

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
V. Augmentations de prix					
V.a. Changement de catégorie de remise					
MAKATUSSIN 30 g	Gebro Pharma AG	030110	9628	14.90	5.82
MAKATUSSIN COMP 80 ml	Gebro Pharma AG	030310	15328	8.35	3.70
MAKATUSSIN tb 30 g	Gebro Pharma AG	030110	9628	14.90	5.82
V.b. Demande d'augmentation de prix					
CUVITRU flac 5 ml	Takeda Pharma AG	080900	20571	92.05	65.88
CUVITRU flac 10 ml	Takeda Pharma AG	080900	20571	167.65	131.76
CUVITRU flac 20 ml	Takeda Pharma AG	080900	20571	318.95	263.53
CUVITRU flac 40 ml	Takeda Pharma AG	080900	20571	621.45	527.05
CUVITRU flac 50 ml	Takeda Pharma AG	080900	20571	772.75	658.82
DAFALGAN 90 ml	UPSA Switzerland AG	010110	14275	2.55	1.38
DAFALGAN 80 10 pce	UPSA Switzerland AG	010110	16261	2.10	1.15
DAFALGAN 150 10 pce	UPSA Switzerland AG	010110	16261	2.35	1.27
DAFALGAN 300 10 pce	UPSA Switzerland AG	010110	16261	2.55	1.38
DAFALGAN 600 10 pce	UPSA Switzerland AG	010110	16261	2.95	1.61
HYQVIA flac 25 ml	Takeda Pharma AG	080900	20902	213.30	171.51
HYQVIA flac 50 ml	Takeda Pharma AG	080900	20902	410.20	343.02
HYQVIA flac 100 ml	Takeda Pharma AG	080900	20902	804.00	686.05
HYQVIA flac 200 ml	Takeda Pharma AG	080900	20902	1566.35	1372.09
HYQVIA flac 300 ml	Takeda Pharma AG	080900	20902	2318.75	2058.14

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

VI. Modifications de la limitation/de l'indication

BENLYSTA	GlaxoSmithKline AG	071500			
Trockensub 120 mg 1 pce			19903	201.10	160.88
Trockensub 400 mg 1 pce			19903	632.05	536.29
sol inj 200 mg/ml Autoinjektor Injektor 1 ml			20822	284.90	233.87
sol inj 200 mg/ml Autoinjektor 4 Injektor 1 ml			20822	1087.50	935.49

Vieille limitation:

La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique ou en rhumatologie.

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

Pour le traitement des patients adultes présentant un lupus érythémateux systémique (LED) sérologiquement actif (titre d'AAN >1:80 et/ou détection d'anticorps anti-ADNdb >30 UI/ml), avec activité élevée de la maladie (par exemple détection d'anticorps anti-ADNdb ≥30 IU/ml et faible taux de complément [C3 <90 mg/dl, C4 <16 mg/dl]) malgré le traitement de base (par exemple prednisone, agents antipaludiques, agents immunosuppresseurs).

L'efficacité/utilité du traitement par BENLYSTA doit être réévaluée au plus tard au bout de 6 mois par le médecin traitant actuel, à l'intention du médecin conseil.

Nouvelle limitation:

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

L'efficacité/utilité du traitement par BENLYSTA doit être réévaluée au plus tard au bout de 6 mois par le médecin traitant actuel, à l'intention du médecin-conseil.

N'est pas indiqué pour le traitement des patients atteints de lupus sévère et actif avec atteinte du système nerveux central.

Lupus érythémateux disséminé (LED)

La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique ou en rhumatologie. Pour le traitement des patients adultes présentant un lupus érythémateux disséminé (LED) sérologiquement actif (titre d'AAN >1:80 et/ou détection d'anticorps anti-ADNdb >30 UI/ml), avec activité élevée de la maladie (p. ex. détection d'anticorps anti-ADNdb ≥30 UI/ml et faible taux de complément [C3: <90 mg/dl et C4: <16 mg/dl]) malgré le traitement de base (p. ex. prednisone, agents antipaludiques, agents immunosuppresseurs).

Néphrite lupique (NL)

La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique, en néphrologie ou en rhumatologie expérimentés dans le traitement de la néphrite lupique. Pour le traitement des patients adultes présentant une néphrite lupique active démontrée de classe III ou IV +/- V qui reçoivent un traitement standard (conformément à l'étude d'homologation). Les patients doivent en outre présenter des auto-anticorps (c.-à-d. titre d'AAN >1:80 et/ou détection d'anticorps anti-ADNdb >30 UI/ml).

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

Vieille limitation:

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par 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.

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

L'association de LENALIDOMID Spirig avec ixazomib et la dexaméthasone

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID Spirig est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

- 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID Spirig doit être interrompu.

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

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.

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

L'association de LENALIDOMID Spirig 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 Spirig 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: 21384.05

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

L'association de LENALIDOMID Spirig 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 Spirig 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: 21384.06

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

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.

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 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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

L'association de LENALIDOMID Spirig avec ixazomib et la dexaméthasone

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID Spirig est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

– 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID Spirig doit être interrompu.

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

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
REVLIMID	Celgene GmbH	071610			
caps 5 mg 21 pce			18541	5423.00	5050.71
caps 10 mg 21 pce			18541	5694.00	5315.13
caps 15 mg 21 pce			18541	5971.85	5586.20
caps 25 mg 21 pce			18541	6544.90	6145.26
caps 2.5 mg 21 pce			18541	5287.45	4918.50
caps 7.5 mg 21 pce			18541	5558.50	5182.92
caps 20 mg 21 pce			18541	6258.35	5865.73

Vieille limitation :

Pour le traitement

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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 assuré lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrication de chaque boîte de REVLIMID.

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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 assuré lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrication de chaque boîte de REVLIMID.

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de REVLIMID avec carfilzomib et la dexaméthasone

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

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

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

Association de REVLIMID avec ixazomib et la dexaméthasone

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

REVLIMID est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

– 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par REVLIMID doit être interrompu.

Sur première demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, CELGENE SARL remboursera à ce dernier dans le cadre de la combinaison de REVLIMID avec ixazomib et dexaméthasone, une part déterminée du prix de fabrique pour chaque emballage de REVLIMID acheté. Elle communiquera à l'assureur-maladie le montant du remboursement. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de cette part du prix de fabrique.

La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

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 avec REVLIMID.

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

Nouvelle limitation :

Pour le traitement

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

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

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

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 fabrication de chaque boîte de REVLIMID.

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

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 fabrication 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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

Association de REVLIMID avec ixazomib et la dexaméthasone

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

REVLIMID est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

– 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par REVLIMID doit être interrompu.

Sur première demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, CELGENE SARL remboursera à ce dernier dans le cadre de la combinaison de REVLIMID avec ixazomib et dexaméthasone, une part déterminée du prix de fabrique pour chaque emballage de REVLIMID acheté. Elle communiquera à l'assureur-maladie le montant du remboursement. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

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 avec REVLIMID.

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

ROSUVASTATIN VIATRIS	Mylan Pharma GmbH	071200			
cpr pell 5 mg blist 30 Stk			21416	16.35.65	7.12
cpr pell 5 mg blist 105 Stk			21416	43.65	23.75
cpr pell 10 mg blist 30 Stk			21416	17.50	8.12
cpr pell 10 mg blist 105 Stk			21416	47.50	27.08
cpr pell 20 mg blist 30 Stk			21416	25.80	11.78
cpr pell 20 mg blist 105 Stk			21416	61.50	39.28

Nouvelle limitation:

Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).

Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.

Le remboursement de Rosuvastatin Viatris est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.

ZOCOR	Organon GmbH	071200			
cpr pell 20 mg 28 pce			15662	34.55	15.83
cpr pell 20 mg 98 pce			15662	79.55	55.03
cpr pell 40 mg 28 pce			15662	34.55	15.83
cpr pell 40 mg 98 pce			15662	79.55	55.03

Nouvelle limitation:

Le traitement est remboursé sur la base de: 1 petit emballage par patient pour 28 jours ou 1 grand emballage pour 98 jours.

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

Vieille limitation:

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par 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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

Association de LENALIDOMID ACCORD avec ixazomib et la dexaméthasone

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID ACCORD est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

– 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID ACCORD doit être interrompu.

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

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 31.10.2022

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 31.10.2022

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 31.10.2022

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

Association de LENALIDOMID ACCORD avec ixazomib et la dexaméthasone

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID ACCORD est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

- 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID ACCORD doit être interrompu.

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

Vieille limitation :

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par 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.

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

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 (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 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 BMS peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

L'association de LENALIDOMID BMS avec ixazomib et la dexaméthasone

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID BMS est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

– 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID BMS doit être interrompu.

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

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 31.10.2022

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 31.10.2022

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 31.10.2022

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 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 BMS peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

L'association de LENALIDOMID BMS avec ixazomib et la dexaméthasone

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID BMS est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

– 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID BMS doit être interrompu.

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

Vieille limitation:

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par lenalidomide, 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 myéodysplasique 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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

L'association de LENALIDOMID DEVATIS avec ixazomib et la dexaméthasone

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID DEVATIS est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

– 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID DEVATIS doit être interrompu.

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

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 31.10.2022

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 31.10.2022

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 31.10.2022

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

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024</p> <p>L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec carfilzomib et la dexaméthasone</p> <p>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.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.07</p>					
<p>Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025</p> <p>L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec élotuzumab et la dexaméthasone</p> <p>Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>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.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.08</p>					
<p>Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025</p> <p>L'association de LÉNALIDOMID DEVATIS avec ixazomib et la dexaméthasone</p> <p>Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>LÉNALIDOMID DEVATIS est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LÉNALIDOMID DEVATIS doit être interrompu.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.09</p>					
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023</p> <p>L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec le daratumumab et la dexaméthasone</p> <p>Après accord de la prise en charge des frais par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>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.</p> <p>Uniquement jusqu'à la progression de la maladie.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.10</p>					
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
Vieille limitation:					
Pour le traitement					
- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par 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 myéodysplasique 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					

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 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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec ixazomib et la dexaméthasone

Après accord de la prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID SANDOZ est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

– 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID SANDOZ doit être interrompu.

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023/Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023 (LENALISANK10)

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

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.

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

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

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 31.10.2022

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

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec ixazomib et la dexaméthasone

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID SANDOZ est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

– 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID SANDOZ doit être interrompu.

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

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

Vieille limitation:

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par 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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

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

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

LENALIDOMID-TEVA est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple

– 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.

Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID-TEVA doit être interrompu.

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

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 31.10.2022

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

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

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

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022</p> <p>Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues</p> <p>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.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.04</p>					
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024</p> <p>L'association de LENALIDOMID-TEVA avec carfilzomib et la dexaméthasone</p> <p>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.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.07</p>					
<p>Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025</p> <p>L'association de LENALIDOMID-TEVA avec elotuzumab et la dexaméthasone</p> <p>Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>LENALIDOMID-TEVA 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-TEVA peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.08</p>					
<p>Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025</p> <p>L'association de LENALIDOMID-TEVA avec ixazomib et la dexaméthasone</p> <p>Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>LENALIDOMID-TEVA est remboursé en association avec ixazomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID-TEVA doit être interrompu.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.09</p>					
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023</p> <p>L'association de LENALIDOMID-TEVA avec le daratumumab et la dexaméthasone</p> <p>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.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 21379.10</p>					

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

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

ABRILADA	Pfizer AG	071500			
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 0.8 ml			21203	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 0.8 ml			21266	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8ml 2 stylo pré 0.8 ml			21203	984.50	843.28
sol inj 40 mg/0.8ml 2 ser pré 0.8 ml			21266	984.50	843.28

Vieille limitation :

Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les adolescents à partir de l'âge de 13 ans d'une surface corporelle supérieure à 1,7 m², arthrite psoriasique : traitement par ABRILADA en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) : traitement par ABRILADA lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Maladie de Crohn active : traitement des patients adultes par ABRILADA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par ABRILADA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Psoriasis en plaques grave : traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil) : traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie. Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation :

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par ABRILADA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants ayant une surface corporelle ≥ 1,7 m² et âgés de 4 à 17 ans, auxquels la dose unique maximale de 40 mg peut être administrée conformément à l'information professionnelle

Traitement par ABRILADA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par ABRILADA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par ABRILADA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par ABRILADA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par ABRILADA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le ABRILADA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
AMGEVITA	Amgen Switzerland AG	071500			
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 1 pce			21009	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 1 pce			20992	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 2 pce			21009	984.50	843.28
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 2 pce			20992	984.50	843.28
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 6 pce			21009	2490.80	2215.00
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 6 pce			20992	2490.80	2215.00

Vieille limitation :

Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et les adolescents à partir d'un poids corporel de ≥ 30 kg, arthrite psoriasique : traitement par AMGEVITA en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) : traitement par AMGEVITA lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Maladie de Crohn active : traitement des patients adultes et pédiatriques à partir d'un poids corporel de ≥ 40 kg par AMGEVITA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu. Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par AMGEVITA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Psoriasis en plaques grave : traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil) : traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HISCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/policlinique de dermatologie. Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation :

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans avec un poids corporel ≥ 30 kg

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par AMGEVITA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement par AMGEVITA des patients adultes et pédiatriques avec un poids corporel ≥ 40 kg lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par AMGEVITA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le AMGEVITA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HISCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
HULIO	Mylan Pharma GmbH	071500			
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 0.800 ml			21095	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 0.800 ml			21095	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8ml conc perf 2 pce			21095	996.40	853.67
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 2 x 0.800ml			21095	984.50	843.28
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 2 x 0.800 ml			21095	984.50	843.28

Vieille limitation:

Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, chez les enfants et les adolescents dès l'âge de 4 ans, arthrite psoriasique: traitement par HULIO en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew): traitement par HULIO lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Maladie de Crohn active: traitement des patients adultes et pédiatriques par HULIO lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes: traitement par HULIO lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Psoriasis en plaques grave: traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil): traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique.

Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines.

Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/policlinique de dermatologie.

Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation:

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par HULIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HULIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par HULIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par HULIO en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes et pédiatriques par HULIO lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par HULIO lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le HULIO ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques:

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
HUMIRA sol inj 20 mg/0.2 ml 2 ser pré 0.200 ml	AbbVie AG	071500	17903	578.20	489.39
sol inj 40 mg/0.8 ml 2 conc perf 0.800 ml			18538	1309.85	1138.23
sol inj 40 mg/0.4 ml prérem injecteur 0.400 ml			18538	578.20	489.39
sol inj 40 mg/0.4 ml ser pré 0.400 ml			17903	578.20	489.39
sol inj 80 mg/0.8 ml prérem injecteur 0.800 ml			18538	1135.00	978.78
sol inj 80 mg/0.8 ml ser pré 0.800 ml			17903	1135.00	978.78

Vieille limitation :

Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, arthrite psoriasique : traitement par HUMIRA en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) : traitement par HUMIRA lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Maladie de Crohn active : traitement des patients adultes et pédiatriques par HUMIRA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par HUMIRA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Psoriasis en plaques grave : traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil) : traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique.

Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines.

Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation :**Humira 20 mg**

Le dosage de 20 mg d'HUMIRA est exclusivement réservé aux enfants et aux adolescents.

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

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HUMIRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients pédiatriques par HUMIRA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation :**Humira 40 mg/80 mg**

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par HUMIRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HUMIRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par HUMIRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

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

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par HUMIRA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes et pédiatriques par HUMIRA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par HUMIRA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le HUMIRA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques:

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HISCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

HYRIMOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500			
sol inj 20 mg/0.4 ml 2 ser pré 0.4 ml			20968	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8 ml ser pré 0.8 ml			20968	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8 ml 2 ser pré 0.8 ml			20968	923.30	790.00
sol inj 40 mg/0.8 ml 6 ser pré 0.8 ml			20968	2490.80	2215.00
sol inj 40 mg/0.8 ml stylo pré 0.8 ml			20969	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8 ml 2 stylo pré 0.8 ml			20969	923.30	790.00
sol inj 40 mg/0.8 ml 6 stylo pré 0.8 ml			20969	2490.80	2215.00

Vieille limitation:**Hyrimoz 20 mg**

Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, arthrite psoriasique: traitement par HYRIMOZ en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew): traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Maladie de Crohn active: traitement des patients adultes et pédiatriques par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes: traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Psoriasis en plaques grave: traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil): traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique.

Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HISCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie. Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

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

Nouvelle limitation :**Hyrimoz 20 mg**

Le dosage de 20 mg d'HYRIMOZ est exclusivement réservé aux enfants et aux adolescents.

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

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients pédiatriques par HYRIMOZ lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Vieille limitation :**Hyrimoz 40 mg**

Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire à partir de l'âge de 13 ans d'une surface corporelle supérieure à 1.7 m², arthrite psoriasique: traitement par HYRIMOZ en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew): traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Maladie de Crohn active: traitement des patients adultes par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes: traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Psoriasis en plaques grave: traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil): traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique.

Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines.

Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/policlinique de dermatologie.

Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation :**Hyrimoz 40 mg**

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par HYRIMOZ en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes et pédiatriques par HYRIMOZ lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le HYRIMOZ ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques:

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IDACIO	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071500			
sol inj 40 mg/0.8ml conc perf 1 pce			21086	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 2 pce			21086	984.50	843.28
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 2 pce			21086	984.50	843.28

Vieille limitation :

Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, arthrite psoriasique (dès l'âge de 4 ans) : traitement par IDACIO en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) : traitement par IDACIO lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Maladie de Crohn active : traitement des patients adultes et pédiatriques par IDACIO lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à l'Infliximab ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par IDACIO lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Psoriasis en plaques grave : traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil) : traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique.

Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines.

Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/policlinique de dermatologie.

Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation :

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par IDACIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par IDACIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par IDACIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par IDACIO en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes et pédiatriques par IDACIO lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par IDACIO lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le IDACIO ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IMRALDI	Samsung Bioepis CH GmbH	071500			
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 0.800 ml			21076	498.55	420.00
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 0.800 ml			21079	498.55	420.00
sol inj 40 mg/0.8ml 2 ser pré 0.800 ml			21076	923.30	790.00
sol inj 40 mg/0.8ml 2 stylo pré 0.800 ml			21079	923.30	790.00
sol inj 40 mg/0.8ml 6 ser pré 0.800 ml			21076	2490.80	2215.00
sol inj 40 mg/0.8ml 6 stylo pré 0.800 ml			21079	2490.80	2215.00

Vielle limitation :

Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les adolescents à partir de l'âge de 13 ans d'une surface corporelle supérieure à 1,7 m², arthrite psoriasique : traitement par IMRALDI en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) : traitement par IMRALDI lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Maladie de Crohn active : traitement des patients adultes par IMRALDI lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par IMRALDI lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Psoriasis en plaques grave : traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil) : traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HISCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie. Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation :

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par IMRALDI lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans avec un poids corporel ≥ 30 kg

Traitement par IMRALDI lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par IMRALDI lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par IMRALDI en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par IMRALDI lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par IMRALDI lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le IMRALDI ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HISCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

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

VIII. Réexamen des conditions d'admission d'après HTA

ATORVA PFIZER	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19796	27.30	13.07
cpr pell 20 mg 30 pce			19796	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 30 pce			19796	27.25	13.03
cpr pell 80 mg 30 pce			19796	27.30	13.07
cpr pell 10 mg 100 pce			19796	65.75	42.99
cpr pell 20 mg 100 pce			19796	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 100 pce			19796	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 100 pce			19796	65.75	42.99

Nouvelle limitation:

Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).

Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.

ATORVASTATIN AXAPHARM	Axapharm AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19912	27.30	13.07
cpr pell 20 mg 30 pce			19912	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 30 pce			19912	27.25	13.03
cpr pell 80 mg 30 pce			19912	27.30	13.07
cpr pell 10 mg 100 pce			19912	65.75	42.98
cpr pell 20 mg 100 pce			19912	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 100 pce			19912	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 100 pce			19912	65.75	42.98

Nouvelle limitation:

Pour la réduction du risque cardiovasculaire lorsque la catégorie de risque est très élevée, respectivement élevée (selon la catégorie de risque du GSLA), si les valeurs cibles du cholestérol LDL correspondantes (1.8 mmol/l pour un risque très élevé, respectivement 2.5 mmol/l pour un risque élevé) n'ont pas été atteintes sous un traitement par statine à la dose maximale tolérée.

ATORVASTATIN EZETIMIB ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr 10/10 mg 30 pce			21308	39.45	20.08
cpr 20/10 mg 30 pce			21308	39.45	20.08
cpr 40/10 mg 30 pce			21308	39.45	20.08
cpr 80/10 mg 30 pce			21308	39.45	20.08
cpr 10/10 mg 90 pce			21308	85.55	60.24
cpr 20/10 mg 90 pce			21308	85.55	60.24
cpr 40/10 mg 90 pce			21308	85.55	60.24
cpr 80/10 mg 90 pce			21308	85.55	60.24

Vieille limitation:

Pour la réduction du risque cardiovasculaire lorsque la catégorie de risque est très élevée, respectivement élevée (selon la catégorie de risque du GSLA), si les valeurs cibles du cholestérol LDL correspondantes (1.8 mmol/l pour un risque très élevé, respectivement 2.5 mmol/l pour un risque élevé) n'ont pas été atteintes sous un traitement par statine à la dose maximale tolérée.

Nouvelle limitation:

Le remboursement s'applique aux situations suivantes:

- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ATORVASTATIN PFIZER	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19797	27.30	13.07
cpr pell 20 mg 30 pce			19797	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 30 pce			19797	27.25	13.03
cpr pell 80 mg 30 pce			19797	27.30	13.07
cpr pell 10 mg 100 pce			19797	65.75	42.99
cpr pell 20 mg 100 pce			19797	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 100 pce			19797	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 100 pce			19797	65.75	42.99
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
ATORVASTATIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19920	27.25	13.04
cpr pell 20 mg 30 pce			19920	27.25	13.04
cpr pell 40 mg 30 pce			19920	27.25	13.04
cpr pell 80 mg 30 pce			19920	27.25	13.04
cpr pell 10 mg 100 pce			19920	65.65	42.88
cpr pell 20 mg 100 pce			19920	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 100 pce			19920	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 100 pce			19920	65.65	42.88
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
ATORVASTATIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr pell 10 mg blist 30 pce			21196	27.25	13.04
cpr pell 20 mg blist 30 pce			21196	27.25	13.04
cpr pell 40 mg blist 30 pce			21196	27.25	13.04
cpr pell 80 mg blist 30 pce			21196	27.25	13.04
cpr pell 10 mg blist 100 pce			21196	65.65	42.88
cpr pell 20 mg blist 100 pce			21196	65.65	42.88
cpr pell 40 mg blist 100 pce			21196	65.65	42.88
cpr pell 80 mg blist 100 pce			21196	65.65	42.88
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ATORVASTATIN STREULI	Streuli Pharma AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19939	27.25	13.03
cpr pell 20 mg 30 pce			19939	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 30 pce			19939	27.25	13.03
cpr pell 80 mg 30 pce			19939	27.25	13.03
cpr pell 10 mg 100 pce			19939	65.65	42.88
cpr pell 20 mg 100 pce			19939	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 100 pce			19939	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 100 pce			19939	65.65	42.88
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
ATORVASTATIN XIROMED	Xiromed SA	071200			
cpr pell 10 mg blist 30 pce			21259	25.40	11.43
cpr pell 20 mg blist 30 pce			21259	25.40	11.43
cpr pell 40 mg blist 30 pce			21259	25.40	11.43
cpr pell 80 mg blist 30 pce			21259	25.40	11.43
cpr pell 10 mg blist 100 pce			21259	58.40	36.60
cpr pell 20 mg blist 100 pce			21259	58.40	36.60
cpr pell 40 mg blist 100 pce			21259	58.40	36.60
cpr pell 80 mg blist 100 pce			21259	58.40	36.60
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
ATORVASTATIN ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			20449	27.30	13.06
cpr pell 20 mg 30 pce			20449	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 30 pce			20449	27.25	13.03
cpr pell 80 mg 30 pce			20449	27.30	13.06
cpr pell 10 mg 100 pce			20449	65.75	42.97
cpr pell 20 mg 100 pce			20449	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 100 pce			20449	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 100 pce			20449	65.75	42.97
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ATORVASTATIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
lactabs 10 mg 30 pce			20239	27.25	13.03
lactabs 20 mg 30 pce			20239	27.25	13.03
lactabs 40 mg 30 pce			20239	27.25	13.03
lactabs 80 mg 30 pce			20239	27.25	13.03
lactabs 10 mg 90 pce			20239	60.70	38.59
lactabs 20 mg 90 pce			20239	60.70	38.59
lactabs 40 mg 90 pce			20239	60.70	38.59
lactabs 80 mg 100 pce			20239	65.60	42.87
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
ATORVASTATIN-MEPHA TEVA	Mepha Pharma AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19873	27.25	13.03
cpr pell 20 mg 30 pce			19873	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 30 pce			19873	27.25	13.03
cpr pell 80 mg 30 pce			19873	27.25	13.03
cpr pell 10 mg 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 20 mg 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 10 mg ds 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 20 mg ds 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 40 mg ds 100 pce			19873	65.65	42.88
cpr pell 80 mg ds 100 pce			19873	65.65	42.88
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
ATORVASTAX	Drossapharm AG	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			19879	27.25	13.03
cpr pell 20 mg 30 pce			19879	27.25	13.03
cpr pell 40 mg 30 pce			19879	27.25	13.03
cpr pell 80 mg 30 pce			19879	27.25	13.03
cpr pell 10 mg 100 pce			19879	65.65	42.88
cpr pell 20 mg 100 pce			19879	65.65	42.88
cpr pell 40 mg 100 pce			19879	65.65	42.88
cpr pell 80 mg 100 pce			19879	65.65	42.88
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ATOZET	Organon GmbH	071200			
cpr pell 10/10 mg 30 pce		20337	58.20	36.41	13.03
cpr pell 10/20 mg 30 pce		20337	58.20	36.41	13.03
cpr pell 10/40 mg 30 pce		20337	58.20	36.41	13.03
cpr pell 10/80 mg 30 pce		20337	58.20	36.41	13.03
cpr pell 10/10 mg 90 pce		20337	141.85	109.26	42.87
cpr pell 10/20 mg 90 pce		20337	141.85	109.26	38.59
cpr pell 10/40 mg 90 pce		20337	141.85	109.26	38.59
cpr pell 10/80 mg 90 pce		20337	141.85	109.26	38.59

Vieille limitation:

Pour la réduction du risque cardiovasculaire lorsque la catégorie de risque est très élevée, respectivement élevée (selon la catégorie de risque du GSLA), si les valeurs cibles du cholestérol LDL correspondantes (1.8 mmol/l pour un risque très élevé, respectivement 2.5 mmol/l pour un risque élevé) n'ont pas été atteintes sous un traitement par statine à la dose maximale tolérée.

Nouvelle limitation:

Le remboursement s'applique aux situations suivantes:

- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.

CADUET	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
cpr pell 5mg/10mg 98 pce			18422	80.25	55.62
cpr pell 10mg/10mg 98 pce			18422	80.25	55.62

Vieille limitation:

Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec la combinaison des mono-préparations.

Nouvelle limitation:

Uniquement pour les patients déjà traités avec l'association des mono-préparations et qui remplissent les critères selon la limitation des mono-préparations d'atorvastatine.

CHOLIB	Mylan Pharma GmbH	071200			
cpr pell 145mg/20mg 90 pce			20272	71.10	47.64
cpr pell 145mg/40mg 90 pce			20272	71.10	47.64

Vieille limitation:

Traitement en complément d'un régime alimentaire et de la pratique d'une activité physique chez les patients adultes à haut risque cardiovasculaire présentant une dyslipidémie mixte, afin de réduire le taux de triglycérides et d'augmenter le taux de HDL-cholestérol lorsque le taux de LDL-cholestérol est déjà contrôlé de façon appropriée par la simvastatine en monothérapie à une dose correspondante.

Nouvelle limitation:

Traitement en complément d'un régime alimentaire et de la pratique d'une activité physique chez les patients adultes à haut risque cardiovasculaire présentant une dyslipidémie mixte, afin de réduire le taux de triglycérides et d'augmenter le taux de HDL-cholestérol lorsque le taux de LDL-cholestérol est déjà contrôlé de façon appropriée par la simvastatine en monothérapie à une dose correspondante et les critères selon la limitation des mono-préparations de simvastatine sont remplis.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
CRESTASTATIN	AstraZeneca AG	071200			
cpr pell 5 mg 30 pce			20628	16.35	7.12
cpr pell 10 mg 30 pce			20628	17.50	8.12
cpr pell 20 mg 30 pce			20628	25.80	11.78
cpr pell 5 mg 100 pce			20628	43.65	23.75
cpr pell 10 mg 100 pce			20628	47.50	27.08
cpr pell 20 mg 100 pce			20628	61.50	39.28
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Crestastatin est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					
CRESTOR	AstraZeneca AG	071200			
cpr pell 5 mg 30 pce			18471	35.80	16.92
cpr pell 10 mg 30 pce			18471	38.55	19.29
cpr pell 20 mg 30 pce			18471	48.50	27.98
cpr pell 5 mg 100 pce			18471	81.15	56.39
cpr pell 10 mg 100 pce			18471	90.20	64.30
cpr pell 20 mg 100 pce			18471	123.50	93.28
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Crestor est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					
EZETIMIB ATORVASTATIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
cpr pell 10/10 mg blist 30 pce			21427	39.45	20.08
cpr pell 10/20 mg blist 30 pce			21427	39.45	20.08
cpr pell 10/40 mg blist 30 pce			21427	39.45	20.08
cpr pell 10/80 mg blist 30 pce			21427	39.45	20.08
cpr pell 10/10 mg blist 90 pce			21427	85.55	60.24
cpr pell 10/20 mg blist 90 pce			21427	85.55	60.24
cpr pell 10/40 mg blist 90 pce			21427	85.55	60.24
cpr pell 10/80 mg blist 90 pce			21427	85.55	60.24
Vieille limitation:					
Pour la réduction du risque cardiovasculaire lorsque la catégorie de risque est très élevée, respectivement élevée (selon la catégorie de risque du GSLA), si les valeurs cibles du cholestérol LDL correspondantes (1.8 mmol/l pour un risque très élevé, respectivement 2.5 mmol/l pour un risque élevé) n'ont pas été atteintes sous un traitement par statine à la dose maximale tolérée.					
Nouvelle limitation:					
Le remboursement s'applique aux situations suivantes:					
- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.					
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.					
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
EZETIMIB ATORVASTATIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr 10 mg/10 mg blist 30 pce			21233	39.45	20.08
cpr 10 mg/10 mg blist 90 pce			21233	85.55	60.24
cpr 10 mg/20 mg blist 30 pce			21233	39.45	20.08
cpr 10 mg/20 mg blist 90 pce			21233	85.55	60.24
cpr 10 mg/40 mg blist 30 pce			21233	39.45	20.08
cpr 10 mg/40 mg blist 90 pce			21233	85.55	60.24
cpr 10 mg/80 mg blist 30 pce			21233	39.45	20.08
cpr 10 mg/80 mg blist 90 pce			21233	85.55	60.24

Vieille limitation:

Pour la réduction du risque cardiovasculaire lorsque la catégorie de risque est très élevée, respectivement élevée (selon la catégorie de risque du GSLA), si les valeurs cibles du cholestérol LDL correspondantes (1.8 mmol/l pour un risque très élevé, respectivement 2.5 mmol/l pour un risque élevé) n'ont pas été atteintes sous un traitement par statine à la dose maximale tolérée.

Nouvelle limitation:

Le remboursement s'applique aux situations suivantes:

- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.

EZETIMIB AXAPHARM	Axapharm AG	071200			
cpr 10 mg blist 28 pce			20939	36.15	17.22
cpr 10 mg blist 98 pce			20939	85.50	60.20

Nouvelle limitation:

Le remboursement s'applique aux situations suivantes:

- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.
- patients atteints de sitostérolémie homozygote (phytostérolémie).

EZETIMIB ROSUVASTATIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr pell 10/10mg blist 30 pce			21296	45.15	25.05
cpr pell 10/20mg blist 30 pce			21296	49.50	28.83
cpr pell 10/10mg blist 100 pce			21296	112.25	83.50
cpr pell 10/20mg blist 100 pce			21296	126.75	96.11

Vieille limitation:

EZETIMIB ROSUVASTATIN SPIRIG HC est indiqué dans le traitement substitutif chez le patient adulte qui reçoit déjà de l'ézétimibe et de la rosuvastatine séparément sous forme de comprimés du même dosage.

Nouvelle limitation:

Ezétimibe Rosuvastatine Spirig HC est indiqué comme traitement substitutif chez le patient adulte qui reçoit déjà de l'ézétimibe et de la rosuvastatine séparément sous forme de comprimés du même dosage et qui remplit les critères selon la limitation des mono-préparations d'ézétimibe et de rosuvastatine.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
EZETIMIB SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
cpr 10 mg 28 pce			20710	36.20	17.24
cpr 10 mg 98 pce			20710	85.60	60.27
Nouvelle limitation :					
Le remboursement s'applique aux situations suivantes :					
- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.					
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.					
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.					
EZETIMIB SIMVA SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr 10/10 mg blist 30 pce			20971	27.80	13.52
cpr 10/20 mg blist 30 pce			20971	33.90	15.23
cpr 10/40 mg blist 30 pce			20971	36.80	17.75
cpr 10/80 mg blist 30 pce			20971	41.05	21.49
cpr 10/10 mg blist 100 pce			20971	68.00	44.93
cpr 10/20 mg blist 100 pce			20971	74.55	50.64
cpr 10/40 mg blist 100 pce			20971	83.35	58.33
cpr 10/80 mg blist 100 pce			20971	98.60	71.59
Nouvelle limitation :					
Le remboursement s'applique lorsque les patients sont déjà traités par Ezetimib Simva Spirig HC.					
Le remboursement d'un traitement par Ezetimib Simva Spirig HC nouvellement prescrit est en outre possible dans les situations suivantes :					
- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à la dose maximale tolérée.					
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à dose maximale tolérée.					
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.					
EZETIMIB SIMVASTATIN AXAPHARM	Axapharm AG	071200			
cpr 10/10 mg blist 28 pce			20976	26.80	12.62
cpr 10/20 mg blist 28 pce			20976	28.60	14.22
cpr 10/40 mg blist 28 pce			20976	35.40	16.56
cpr 10/80 mg blist 28 pce			20976	39.45	20.06
cpr 10/10 mg blist 98 pce			20976	66.95	44.04
cpr 10/20 mg blist 98 pce			20976	73.40	49.63
cpr 10/40 mg blist 98 pce			20976	82.05	57.17
cpr 10/80 mg blist 98 pce			20976	96.95	70.16
Nouvelle limitation :					
Le remboursement s'applique lorsque les patients sont déjà traités par Ezetimib Simvastatin Axapharm.					
Le remboursement d'un traitement par Ezetimib Simvastatin Axapharm nouvellement prescrit est en outre possible dans les situations suivantes :					
- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à la dose maximale tolérée.					
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à dose maximale tolérée.					
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
EZETIMIB SIMVASTATIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
cpr 10/40 mg 28 pce			20711	35.40	16.56
cpr 10/10 mg 28 pce			20711	26.80	12.62
cpr 10/20 mg 28 pce			20711	28.60	14.22
cpr 10/80 mg 28 pce			20711	39.45	20.06
cpr 10/40 mg 98 pce			20711	82.05	57.17
cpr 10/10 mg 98 pce			20711	66.95	44.04
cpr 10/20 mg 98 pce			20711	73.40	49.63
cpr 10/80 mg 100 pce			20711	96.95	70.16

Nouvelle limitation:

Le remboursement s'applique lorsque les patients sont déjà traités par Ezétimib Simvastatin Sandoz.

Le remboursement d'un traitement par Ezétimib Simvastatin Sandoz nouvellement prescrit est en outre possible dans les situations suivantes:

- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à la dose maximale tolérée.
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à dose maximale tolérée.
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.

EZETIMIB SIMVASTATIN ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr 10/10 mg blist 28 pce			20967	26.80	12.62
cpr 10/20 mg blist 28 pce			20967	28.60	14.22
cpr 10/40 mg blist 28 pce			20967	35.40	16.56
cpr 10/10 mg blist 98 pce			20967	66.95	44.04
cpr 10/20 mg blist 98 pce			20967	73.40	49.63
cpr 10/40 mg blist 98 pce			20967	82.05	57.17

Nouvelle limitation:

Le remboursement s'applique lorsque les patients sont déjà traités par Ezetimib Simvastatin Zentiva.

Le remboursement d'un traitement par Ezetimib Simvastatin Zentiva nouvellement prescrit est en outre possible dans les situations suivantes:

- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à la dose maximale tolérée.
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à dose maximale tolérée.
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.

EZETIMIB SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr 10 mg 28 pce			20721	35.90	16.98
cpr 10 mg 98 pce			20721	85.20	59.93

Nouvelle limitation:

Le remboursement s'applique aux situations suivantes:

- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.
- patients atteints de sitostérolémie homozygote (phytostérolémie).

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
EZETIMIB ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr 10 mg blist 28 pce			20719	36.20	17.25
cpr 10 mg blist 98 pce			20719	85.60	60.27
Nouvelle limitation :					
Le remboursement s'applique aux situations suivantes :					
- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.					
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.					
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.					
EZETIMIB-ATORVASTATIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
cpr pell 10mg/10 mg blist 30 pce			21415	39.15	19.83
cpr pell 10mg/20 mg blist 30 pce			21415	39.15	19.83
cpr pell 10mg/40 mg blist 30 pce			21415	39.15	19.83
cpr pell 10mg/80 mg blist 30 pce			21415	39.15	19.83
cpr pell 10mg/10 mg blist 90 pce			21415	84.70	59.50
cpr pell 10mg/20 mg blist 90 pce			21415	84.70	59.50
cpr pell 10mg/40 mg blist 90 pce			21415	84.70	59.50
cpr pell 10mg/80 mg blist 90 pce			21415	84.70	59.50
Vieille limitation :					
Pour la réduction du risque cardiovasculaire lorsque la catégorie de risque est très élevée, respectivement élevée (selon la catégorie de risque du GSLA), si les valeurs cibles du cholestérol LDL correspondantes (1.8 mmol/l pour un risque très élevé, respectivement 2.5 mmol/l pour un risque élevé) n'ont pas été atteintes sous un traitement par statine à la dose maximale tolérée.					
Nouvelle limitation :					
Le remboursement s'applique aux situations suivantes :					
- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.					
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.					
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.					
EZETIMIBE ORGANON	Organon GmbH	071200			
cpr 10 mg blist 28 pce			20695	36.20	17.25
cpr 10 mg blist 98 pce			20695	85.60	60.27
Nouvelle limitation :					
Le remboursement s'applique aux situations suivantes :					
- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.					
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.					
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.					
- patients atteints de sitostéroïnémie homozygote (phytostéroïnémie).					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
EZETIMIB-MEPHA TEVA	Mepha Pharma AG	071200			
cpr 10 mg blist 28 pce			20720	36.20	17.25
cpr 10 mg blist 98 pce			20720	85.60	60.27
cpr 10 mg ds 100 pce			20720	87.00	61.50
Nouvelle limitation:					
Le remboursement s'applique aux situations suivantes:					
– patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.					
– patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.					
– patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5–10 mg 1–2x par semaine.					
– patients atteints de sitostérolémie homozygote (phytostérolémie).					
EZETIMIB-ROSUVASTATIN MYLAN	Mylan Pharma GmbH	071200			
cpr pell 10 mg/10 mg blist 30 pce			21311	41.30	21.68
cpr pell 10 mg/20 mg blist 30 pce			21311	45.05	24.96
cpr pell 10 mg/10 mg blist 90 pce			21311	91.10	65.05
cpr pell 10 mg/20 mg blist 90 pce			21311	102.35	74.88
Vieille limitation:					
Ezetimib-Rosuvastatin Mylan est indiqué dans le traitement substitutif chez le patient adulte qui reçoit déjà de l'ézétimibe et de la rosuvastatine séparément sous forme de comprimés du même dosage.					
Nouvelle limitation:					
Ezetimib-Rosuvastatin Mylan est indiqué comme traitement substitutif chez le patient adulte qui reçoit déjà de l'ézétimibe et de la rosuvastatine séparément sous forme de comprimés du même dosage et qui remplit les critères selon la limitation des mono-préparations d'ézétimibe et de rosuvastatine.					
EZETIMIB-ROSUVASTATIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
caps 10 mg/10 mg blist 30 pce			20766	45.15	25.05
caps 10 mg/20 mg blist 30 pce			20766	49.50	28.83
caps 10 mg/10 mg blist 90 pce			20766	102.65	75.15
caps 10 mg/20 mg blist 90 pce			20766	115.70	86.50
Vieille limitation:					
Ezetimib-Rosuvastatin-Mepha est indiqué dans le traitement substitutif chez le patient adulte qui reçoit déjà de l'ézétimibe et de la rosuvastatine séparément sous forme de comprimés du même dosage.					
Nouvelle limitation:					
Ezetimib-Rosuvastatin-Mepha est indiqué comme traitement substitutif chez le patient adulte qui reçoit déjà de l'ézétimibe et de la rosuvastatine séparément sous forme de comprimés du même dosage et qui remplit les critères selon la limitation des mono-préparations d'ézétimibe et de rosuvastatine.					
EZETIMIB-SIMVASTATIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
cpr 10/10 mg ds 28 pce			20762	26.80	12.62
cpr 10/20 mg ds 28 pce			20762	28.60	14.22
cpr 10/40 mg ds 28 pce			20762	35.40	16.56
cpr 10/80 mg ds 28 pce			20762	39.45	20.06
cpr 10/10 mg ds 98 pce			20762	66.95	44.04
cpr 10/20 mg ds 98 pce			20762	73.40	49.63
cpr 10/40 mg ds 98 pce			20762	82.05	57.17
cpr 10/80 mg ds 98 pce			20762	96.95	70.16
Nouvelle limitation:					
Le remboursement s'applique lorsque les patients sont déjà traités par Ezetimib-Simvastatin-Mepha.					
Le remboursement d'un traitement par Ezetimib-Simvastatin-Mepha nouvellement prescrit est en outre possible dans les situations suivantes:					
– patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à la dose maximale tolérée.					
– patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à dose maximale tolérée.					
– patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5–10 mg 1–2x par semaine.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
EZETROL	Organon GmbH	071200			
cpr 10 mg 28 pce			17838	44.40	24.38
cpr 10 mg 98 pce			17838	114.20	85.20
Nouvelle limitation :					
Le remboursement s'applique aux situations suivantes :					
- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à la dose maximale tolérée.					
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec une statine hautement efficace (atorvastatine, rosuvastatine) seule à dose maximale tolérée.					
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.					
- patients atteints de sitostérolémie homozygote (phytostérolémie).					
FLUVASTATIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
caps 40 mg 28 pce			18860	18.50	8.97
caps 40 mg 98 pce			18860	50.05	29.32
Nouvelle limitation :					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Fluvastatine Sandoz est en outre possible chez les garçons (9 à 16 ans) et les filles après la ménarche (10 à 16 ans), atteints d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote insuffisamment contrôlée par les mesures diététiques.					
FLUVASTATIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Ret cpr pell 80 mg 28 pce			19409	29.20	14.71
Ret cpr pell 80 mg 98 pce			19409	75.40	51.40
Nouvelle limitation :					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Fluvastatine Sandoz Retard est en outre possible chez les garçons (9 à 16 ans) et les filles après la ménarche (10 à 16 ans), atteints d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote insuffisamment contrôlée par les mesures diététiques.					
FLUVASTATIN SANDOZ MITE	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
caps 20 mg 28 pce			18860	14.45	5.46
caps 20 mg 98 pce			18860	36.95	17.89
Nouvelle limitation :					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Fluvastatine Sandoz mite est en outre possible chez les garçons (9 à 16 ans) et les filles après la ménarche (10 à 16 ans), atteints d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote insuffisamment contrôlée par les mesures diététiques.					
FLUVASTATIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
caps 20 mg 30 pce			20633	14.90	5.85
caps 20 mg 100 pce			20633	37.35	18.26
caps 40 mg blist 30 pce			20633	19.25	9.64
caps 40 mg blist 100 pce			20633	50.75	29.92
Nouvelle limitation :					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Fluvastatin-Mepha est en outre possible chez les garçons (9 à 16 ans) et les filles après la ménarche (10 à 16 ans), atteints d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote insuffisamment contrôlée par les mesures diététiques.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
FLUVASTATIN-MEPHA RETARD	Mepha Pharma AG	071200			
Depotabs 80 mg 28 pce			19490	29.20	14.71
Depotabs 80 mg 98 pce			19490	75.40	51.40
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Fluvastatine-Mepha retard est en outre possible chez les garçons (9 à 16 ans) et les filles après la ménarche (10 à 16 ans), atteints d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote insuffisamment contrôlée par les mesures diététiques.					
INEGY	Organon GmbH	071200			
cpr 10/10 mg 28 pce			18299	49.70	29.02
cpr 10/20 mg 28 pce			18299	53.95	32.70
cpr 10/40 mg 28 pce			18299	60.15	38.10
cpr 10/10 mg 98 pce			18299	132.70	101.29
cpr 10/20 mg 98 pce			18299	147.45	114.16
cpr 10/40 mg 98 pce			18299	167.35	131.50
Nouvelle limitation:					
Le remboursement s'applique lorsque les patients sont déjà traités par Inegy.					
Le remboursement d'un traitement par Inegy nouvellement prescrit est en outre possible dans les situations suivantes :					
- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à la dose maximale tolérée.					
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4 mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à dose maximale tolérée.					
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5x la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2x par semaine.					
LIVAZO	Recordati AG	071200			
cpr pell 1 mg 30 pce			19952	46.80	26.46
cpr pell 2 mg 30 pce			19952	53.35	32.20
cpr pell 4 mg 30 pce			19952	70.05	46.72
cpr pell 1 mg 90 pce			19952	107.55	79.38
cpr pell 2 mg 90 pce			19952	127.30	96.62
cpr pell 4 mg 90 pce			19952	177.30	140.17
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Livazo est en outre possible chez les adolescents et les enfants âgés de 6 ans et plus présentant une hypercholestérolémie primaire, y compris l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en association avec un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique et réduction pondérale) est insuffisante.					
MEVALOTIN	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	071200			
cpr 20 mg 30 pce			16479	14.40	5.41
cpr 20 mg 100 pce			16479	50.00	29.27
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Mevalotin est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 8 à 18 ans souffrant d'hypercholestérolémie hétérozygote familiale en complément d'un régime pauvre en cholestérol.					
MEVALOTIN FORTE	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	071200			
cpr 40 mg 30 pce			16479	19.80	10.10
cpr 40 mg 100 pce			16479	65.85	43.08
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Mevalotin forte est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 8 à 18 ans souffrant d'hypercholestérolémie hétérozygote familiale en complément d'un régime pauvre en cholestérol.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
PRAVASTATIN AXAPHARM	Axapharm AG	071200			
cpr 20 mg 30 pce			20353	15.60	6.46
cpr 40 mg 30 pce			20353	25.25	11.29
cpr 20 mg 100 pce			20353	48.55	27.99
cpr 40 mg 100 pce			20353	70.65	47.25
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Pravastatine Axapharm est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 8 à 18 ans souffrant d'hypercholestérolémie hétérozygote familiale en complément d'un régime pauvre en cholestérol.					
PRAVASTATIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
cpr 20 mg 30 pce			18301	14.95	5.90
cpr 40 mg 30 pce			18301	19.80	10.10
cpr 20 mg 100 pce			18301	44.05	24.07
cpr 40 mg 100 pce			18301	65.85	43.08
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Pravastatine Sandoz est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 8 à 18 ans souffrant d'hypercholestérolémie hétérozygote familiale en complément d'un régime pauvre en cholestérol.					
PRAVASTATIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr 10 mg 30 pce			19946	9.35	4.56
cpr 20 mg 30 pce			19946	15.10	6.03
cpr 40 mg 30 pce			19946	19.50	9.85
cpr 20 mg 100 pce			19946	48.60	28.07
cpr 10 mg 100 pce			19946	28.35	14.00
cpr 40 mg 100 pce			19946	65.85	43.08
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Pravastatine Spirig HC est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 8 à 18 ans souffrant d'hypercholestérolémie hétérozygote familiale en complément d'un régime pauvre en cholestérol.					
PRAVASTATIN ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr 20 mg blist 30 pce			18344	15.25	6.16
cpr 40 mg blist 30 pce			18344	20.00	10.29
cpr 20 mg blist 100 pce			18344	45.25	25.15
cpr 40 mg blist 100 pce			18344	65.85	43.08
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Pravastatine Zentiva est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 8 à 18 ans souffrant d'hypercholestérolémie hétérozygote familiale en complément d'un régime pauvre en cholestérol.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
PRAVASTATIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
cpr 20 mg 30 pce			20205	15.40	6.29
cpr 40 mg 30 pce			20205	20.00	10.27
cpr 20 mg 100 pce			20205	48.60	28.07
cpr 40 mg 100 pce			20205	65.85	43.08
Nouvelle limitation :					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Pravastatin-Mepha est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 8 à 18 ans souffrant d'hypercholestérolémie hétérozygote familiale en complément d'un régime pauvre en cholestérol.					
PRAVASTAX	Drossapharm AG	071200			
cpr 20 mg 30 pce			19880	15.10	6.03
cpr 40 mg 30 pce			19880	19.50	9.85
cpr 20 mg 100 pce			19880	48.60	28.05
cpr 40 mg 100 pce			19880	65.85	43.08
Nouvelle limitation :					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Pravastax est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 8 à 18 ans souffrant d'hypercholestérolémie hétérozygote familiale en complément d'un régime pauvre en cholestérol.					
ROSUVASTATIN AXAPHARM	Axapharm AG	071200			
cpr pell 5 mg blist 30 pce			20729	16.35	7.12
cpr pell 10 mg blist 30 pce			20729	17.50	8.12
cpr pell 20 mg blist 30 pce			20729	25.80	11.78
cpr pell 5 mg blist 100 pce			20729	43.65	23.75
cpr pell 10 mg blist 100 pce			20729	47.50	27.08
cpr pell 20 mg blist 100 pce			20729	61.50	39.28
Nouvelle limitation :					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Rosuvastatine Axapharm est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					
ROSUVASTATIN NOBEL	NOBEL Pharma Schweiz AG	071200			
cpr pell 5 mg blist 30 pce			21052	16.35	7.12
cpr pell 10 mg blist 30 pce			21052	17.50	8.12
cpr pell 20 mg blist 30 pce			21052	25.80	11.78
cpr pell 5 mg blist 105 pce			21052	45.00	24.93
cpr pell 10 mg blist 105 pce			21052	49.05	28.43
cpr pell 20 mg blist 105 pce			21052	63.75	41.24
Nouvelle limitation :					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Rosuvastatine NOBEL est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ROSUVASTATIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
cpr pell 5 mg blist 30 pce			20661	16.35	7.12
cpr pell 20 mg blist 30 pce			20661	25.80	11.78
cpr pell 10 mg blist 30 pce			20661	17.50	8.12
cpr pell 5 mg blist 50 pce			20661	25.95	11.87
cpr pell 10 mg blist 50 pce			20661	27.85	13.53
cpr pell 20 mg blist 50 pce			20661	38.95	19.63
cpr pell 5 mg blist 100 pce			20661	43.65	23.75
cpr pell 10 mg blist 100 pce			20661	47.50	27.08
cpr pell 20 mg blist 100 pce			20661	61.50	39.28
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Rosuvastatine Sandoz est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					
ROSUVASTATIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr pell 5 mg 30 pce			20666	16.35	7.12
cpr pell 10 mg 30 pce			20666	17.50	8.12
cpr pell 20 mg 30 pce			20666	25.80	11.78
cpr pell 5 mg 100 pce			20666	43.65	23.75
cpr pell 10 mg 100 pce			20666	47.50	27.08
cpr pell 20 mg 100 pce			20666	61.50	39.28
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Rosuvastatine Spirig HC est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					
ROSUVASTATIN XIROMED	Xiromed SA	071200			
cpr pell 5 mg blist 30 pce			21257	13.95	5.03
cpr pell 10 mg blist 30 pce			21257	14.95	5.90
cpr pell 20 mg blist 30 pce			21257	24.95	11.04
cpr pell 5 mg blist 100 pce			21257	38.80	19.53
cpr pell 10 mg blist 100 pce			21257	42.80	23.01
cpr pell 20 mg blist 100 pce			21257	58.80	36.95
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Rosuvastatine Xiromed est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ROSUVASTATIN ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr pell 5 mg blist 28 pce			20728	15.85	6.65
cpr pell 10 mg blist 28 pce			20728	16.90	7.58
cpr pell 20 mg blist 28 pce			20728	24.95	11.00
cpr pell 5 mg blist 98 pce			20728	43.10	23.27
cpr pell 10 mg blist 98 pce			20728	46.85	26.53
cpr pell 20 mg blist 98 pce			20728	60.60	38.49
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Rosuvastatine Zentiva est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					
ROSUVASTATIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
Lactab 5 mg 30 pce			20658	16.35	7.12
Lactab 10 mg 30 pce			20658	17.50	8.12
Lactab 20 mg 30 pce			20658	25.80	11.78
Lactab 5 mg 100 pce			20658	43.65	23.75
Lactab 10 mg 100 pce			20658	47.50	27.08
Lactab 20 mg 100 pce			20658	61.50	39.2
Lactab 5 mg ds 100 pce			20658	43.65	23.75
Lactab 10 mg ds 100 pce			20658	47.50	27.08
Lactab 20 mg ds 100 pce			20658	61.50	39.28
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Rosuvastatine-Mepha est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					
ROSUVASTATIN VIATRIS	Mylan Pharma GmbH	071200			
cpr pell 5 mg blist 30 Stk			21416	16.35.65	7.12
cpr pell 5 mg blist 105 Stk			21416	43.65	23.75
cpr pell 10 mg blist 30 Stk			21416	17.50	8.12
cpr pell 10 mg blist 105 Stk			21416	47.50	27.08
cpr pell 20 mg blist 30 Stk			21416	25.80	11.78
cpr pell 20 mg blist 105 Stk			21416	61.50	39.28
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Rosuvastatin Viatris est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ROSUVASTAX	Drossapharm AG	071200			
cpr pell 5 mg 30 pce			20692	16.35	7.12
cpr pell 10 mg 30 pce			20692	17.50	8.12
cpr pell 20 mg 30 pce			20692	25.80	11.78
cpr pell 5 mg 100 pce			20692	43.65	23.75
cpr pell 10 mg 100 pce			20692	47.50	27.08
cpr pell 20 mg 100 pce			20692	61.50	39.28
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Rosuvastax est en outre possible chez les garçons et filles (au moins un an après la ménarche) de 10 à 17 ans souffrant d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique, perte de poids) reste insuffisante.					
SIMCORA	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
cpr pell 20 mg 30 pce			18013	34.15	15.48
cpr pell 40 mg 30 pce			18013	34.15	15.48
cpr pell 80 mg blist 30 pce			18013	34.15	15.44
cpr pell 20 mg 100 pce			18013	64.75	42.11
cpr pell 40 mg 100 pce			18013	73.00	49.29
cpr pell 80 mg blist 100 pce			18013	72.85	49.18
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Simcora est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 10 à 17 ans, lors d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote en accompagnement d'un régime, lorsque ce dernier et d'autres mesures non pharmacologiques (telles que l'activité physique et la réduction du poids) sont insuffisantes. Les garçons devraient avoir atteint au moins le stade Tanner II. Les jeunes filles devraient avoir eu la ménarche depuis au moins une année.					
SIMVASIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr pell 20 mg 28 pce			18347	34.25	15.55
cpr pell 40 mg 28 pce			18347	34.15	15.46
cpr pell 80 mg 28 pce			18347	29.50	14.99
cpr pell 20 mg 98 pce			18347	63.80	41.27
cpr pell 40 mg 98 pce			18347	72.95	49.26
cpr pell 80 mg 98 pce			18347	71.70	48.18
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Simvasine Spirig HC est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 10 à 17 ans, lors d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote en accompagnement d'un régime, lorsque ce dernier et d'autres mesures non pharmacologiques (telles que l'activité physique et la réduction du poids) sont insuffisantes. Les garçons devraient avoir atteint au moins le stade Tanner II. Les jeunes filles devraient avoir eu la ménarche depuis au moins une année.					
SIMVASTATIN HELVEPHARM	Helvepharm AG	071200			
cpr pell 20 mg 28 pce			18043	39.70	19.80
cpr pell 20 mg 98 pce			18043	98.25	69.50
cpr pell 40 mg 28 pce			18043	39.70	19.80
cpr pell 40 mg 98 pce			18043	98.25	69.50
cpr pell 80 mg 30 pce			18043	28.35	13.99
cpr pell 80 mg 100 pce			18043	67.75	44.71
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Simvastatine Helvepharm est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 10 à 17 ans, lors d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote en accompagnement d'un régime, lorsque ce dernier et d'autres mesures non pharmacologiques (telles que l'activité physique et la réduction du poids) sont insuffisantes. Les garçons devraient avoir atteint au moins le stade Tanner II. Les jeunes filles devraient avoir eu la ménarche depuis au moins une année.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SIMVASTATIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr pell 20 mg blist 30 pce			21274	34.85	16.06
cpr pell 40 mg blist 30 pce			21274	34.85	16.06
cpr pell 80 mg blist 30 pce			21274	34.85	16.06
cpr pell 20 mg blist 100 pce			21274	64.75	42.11
cpr pell 40 mg blist 100 pce			21274	72.85	49.17
cpr pell 80 mg blist 100 pce			21274	72.85	49.17
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Simvastatine Spirig HC est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 10 à 17 ans, lors d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote en accompagnement d'un régime, lorsque ce dernier et d'autres mesures non pharmacologiques (telles que l'activité physique et la réduction du poids) sont insuffisantes. Les garçons devraient avoir atteint au moins le stade Tanner II. Les jeunes filles devraient avoir eu la ménarche depuis au moins une année.					
SIMVASTATIN ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr pell 20 mg blist 28 pce			18043	27.30	13.06
cpr pell 40 mg blist 28 pce			18043	27.30	13.06
cpr pell 80 mg blist 30 pce			18043	28.35	13.99
cpr pell 40 mg blist 98 pce			18043	63.80	41.27
cpr pell 20 mg blist 98 pce			18043	63.80	41.27
cpr pell 80 mg blist 100 pce			18043	67.75	44.71
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Simvastatin Zentiva est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 10 à 17 ans, lors d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote en accompagnement d'un régime, lorsque ce dernier et d'autres mesures non pharmacologiques (telles que l'activité physique et la réduction du poids) sont insuffisantes. Les garçons devraient avoir atteint au moins le stade Tanner II. Les jeunes filles devraient avoir eu la ménarche depuis au moins une année.					
SIMVASTATIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
lactabs 20 mg 30 pce			20188	34.45	15.72
lactabs 40 mg 30 pce			20188	34.45	15.72
lactabs 80 mg 30 pce			20188	34.40	15.68
lactabs 20 mg 100 pce			20188	64.75	42.11
lactabs 40 mg 100 pce			20188	73.00	49.30
lactabs 80 mg 100 pce			20188	72.85	49.18
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Simvastatine-Mepha est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 10 à 17 ans, lors d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote en accompagnement d'un régime, lorsque ce dernier et d'autres mesures non pharmacologiques (telles que l'activité physique et la réduction du poids) sont insuffisantes. Les garçons devraient avoir atteint au moins le stade Tanner II. Les jeunes filles devraient avoir eu la ménarche depuis au moins une année.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SORTIS	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
cpr pell 10 mg 30 pce			16982	39.40	20.05
cpr pell 20 mg 30 pce			16982	39.40	20.05
cpr pell 40 mg 30 pce			16982	39.40	20.05
cpr pell 80 mg 30 pce			16982	39.40	20.05
cpr pell 10 mg 100 pce			16982	92.15	65.97
cpr pell 20 mg 100 pce			16982	92.15	65.97
cpr pell 40 mg 100 pce			16982	92.15	65.97
cpr pell 80 mg 100 pce			16982	92.15	65.97
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
TRIVERAM	Servier (Suisse) SA	029900			
cpr pell 10/5/5mg 30 pce			20453	44.80	24.75
cpr pell 20/5/5mg 30 pce			20453	44.80	24.75
cpr pell 20/10/5mg 30 pce			20453	44.80	24.75
cpr pell 20/10/10mg 30 pce			20453	44.80	24.75
cpr pell 40/10/10mg 30 pce			20453	44.80	24.75
cpr pell 10/5/5mg 90 pce			20453	88.85	63.11
cpr pell 20/5/5mg 3x 30 pce			20453	88.85	63.11
cpr pell 20/10/5mg 3x 30 pce			20453	88.85	63.11
cpr pell 20/10/10mg 3x 30 pce			20453	88.85	63.11
cpr pell 40/10/10mg 3x 30 pce			20453	88.85	63.11
Nouvelle limitation:					
Le remboursement s'applique aux patients adultes correctement contrôlés avec péridopril, amlodipine et atorvastatine pris simultanément à la même posologie et qui remplissent les critères selon la limitation des mono-préparations d'atorvastatine.					
ZOCOR	Organon GmbH	071200			
cpr pell 20 mg 28 pce			15662	34.55	15.83
cpr pell 40 mg 28 pce			15662	34.55	15.83
cpr pell 20 mg 98 pce			15662	79.55	55.03
cpr pell 40 mg 98 pce			15662	79.55	55.03
Nouvelle limitation:					
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1 % selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					
Le remboursement de Zocor est en outre possible chez les enfants et adolescents âgés de 10 à 17 ans, lors d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote en accompagnement d'un régime, lorsque ce dernier et d'autres mesures non pharmacologiques (telles que l'activité physique et la réduction du poids) sont insuffisantes.					
Les garçons devraient avoir atteint au moins le stade Tanner II. Les jeunes filles devraient avoir eu la ménarche depuis au moins une année.					

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Bâle-Ville		9819710
Zürich		9756815
		9996301–9996325
		9996319–9996325
		10200859

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

34/2022