



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 14 février 2022

OFSP-Bulletin Semaine 7/2022

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

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**
www.ofsp-coronavirus.ch



Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales	6
www.ofsp-coronavirus.ch/vaccination : Informations sur la vaccination COVID-19	7
PEPra – informations, outils et formations continues en faveur de la prévention dans les cabinets médicaux	8
Liste des spécialités Corrigendum	10
Liste des spécialités	11
Vol d'ordonnances	47

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 5^e semaine (08.02.2022)^a

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

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

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

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

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

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

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

Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 5^e semaine (08.02.2022)^a

	Semaine 5			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	3 1.80		1 0.60	8 1.20	1 0.20	14 2.10	97 1.10	61 0.70	121 1.40	14 1.70	3 0.40	22 2.60
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	208 124.20	1 0.60	1426 851.40	782 116.70	5 0.80	3069 458.10	1483 17.00	6413 73.60	14093 161.80	1026 122.50	10 1.20	3327 397.30
Légionellose	4 2.40	8 4.80	9 5.40	25 3.70	27 4.00	27 4.00	668 7.70	483 5.60	564 6.50	29 3.50	41 4.90	34 4.10
Méningocoques: maladie invasive			1 0.60	1 0.20		2 0.30	8 0.09	16 0.20	47 0.50	1 0.10	1 0.10	5 0.60
Pneumocoques: maladie invasive	11 6.60	5 3.00	31 18.50	39 5.80	15 2.20	99 14.80	529 6.10	424 4.90	878 10.10	54 6.40	22 2.60	135 16.10
Rougeole			1 0.60			11 1.60		18 0.20	227 2.60			17 2.00
Rubéole^c									1 0.01			
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	5 3.00	7 4.20	8 4.80	21 3.10	20 3.00	33 4.90	355 4.10	353 4.00	426 4.90	23 2.80	28 3.30	37 4.40
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	67 40.00	82 49.00	89 53.10	476 71.00	380 56.70	523 78.10	6889 79.10	5980 68.70	7261 83.40	744 88.80	594 70.90	725 86.60
Hépatite A	2 1.20	2 1.20	1 0.60	9 1.30	5 0.80	9 1.30	50 0.60	61 0.70	82 0.90	9 1.10	7 0.80	11 1.30
Hépatite E	4 2.40	4 2.40	4 2.40	9 1.30	9 1.30	12 1.80	169 1.90	62 0.70	112 1.30	11 1.30	10 1.20	12 1.40
Infection à E. coli entérohémorragique	19 11.30	9 5.40	11 6.60	67 10.00	40 6.00	53 7.90	957 11.00	686 7.90	1078 12.40	81 9.70	52 6.20	58 6.90
Listériose	1 0.60		1 0.60	6 0.90	1 0.20	4 0.60	37 0.40	56 0.60	38 0.40	7 0.80	3 0.40	4 0.50
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			1 0.60	2 0.30		3 0.40	4 0.05	8 0.09	22 0.20	2 0.20		3 0.40
Salmonellose, autres	16 9.60	15 9.00	17 10.20	71 10.60	63 9.40	84 12.50	1502 17.20	1227 14.10	1532 17.60	93 11.10	87 10.40	97 11.60
Shigellose	2 1.20	2 1.20	1 0.60	11 1.60	4 0.60	14 2.10	106 1.20	47 0.50	211 2.40	12 1.40	4 0.50	16 1.90

	Semaine 5			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	187 111.60	235 140.30	292 174.30	885 132.10	973 145.20	1126 168.10	12025 138.10	10989 126.20	12458 143.00	1015 121.20	1167 139.40	1229 146.80
Gonorrhée ^e	36 21.50	65 38.80	86 51.40	251 37.50	316 47.20	376 56.10	4006 46.00	3410 39.20	3983 45.70	296 35.40	380 45.40	420 50.20
Hépatite B, aiguë		1 0.60	2 1.20		1 0.20	3 0.40	24 0.30	21 0.20	28 0.30	1 0.10	1 0.10	3 0.40
Hépatite B, total déclarations	13	23	17	90	97	96	1023	932	1080	102	119	104
Hépatite C, aiguë		1 0.60			1 0.20		12 0.10	18 0.20	24 0.30		1 0.10	
Hépatite C, total déclarations	3	20	21	51	73	82	939	885	1014	71	96	87
Infection à VIH	4 2.40	10 6.00	13 7.80	22 3.30	24 3.60	35 5.20	331 3.80	264 3.00	439 5.00	31 3.70	29 3.50	41 4.90
Sida		2 1.20	1 0.60	2 0.30	5 0.80	4 0.60	46 0.50	49 0.60	75 0.90	3 0.40	6 0.70	4 0.50
Syphilis, stades précoces ^f		10 6.00	16 9.60	15 2.20	36 5.40	67 10.00	615 7.10	578 6.60	762 8.80	28 3.30	54 6.40	74 8.80
Syphilis, total ^g	1 0.60	14 8.40	28 16.70	19 2.80	59 8.80	91 13.60	819 9.40	788 9.00	1071 12.30	37 4.40	80 9.60	104 12.40
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose				1 0.20			7 0.08	3 0.03	7 0.08	1 0.10		
Chikungunya			2 1.20			8 1.20	6 0.07	2 0.02	44 0.50			9 1.10
Dengue			5 3.00	1 0.20	2 0.30	30 4.50	25 0.30	42 0.50	263 3.00	3 0.40	2 0.20	34 4.10
Encéphalite à tiques		1 0.60			1 0.20	2 0.30	284 3.30	453 5.20	262 3.00		1 0.10	2 0.20
Fièvre du Nil occidental								1 0.01	1 0.01			
Fièvre jaune												
Fièvre Q		1 0.60	2 1.20	3 0.40	7 1.00	2 0.30	105 1.20	59 0.70	99 1.10	5 0.60	8 1.00	2 0.20
Infection à Hantavirus							6 0.07					
Infection à virus Zika									1 0.01			
Paludisme	10 6.00	2 1.20	7 4.20	30 4.50	18 2.70	37 5.50	264 3.00	100 1.20	306 3.50	32 3.80	20 2.40	37 4.40
Trichinellose				1 0.20			1 0.01	4 0.05	3 0.03	1 0.10	1 0.10	1 0.10
Tularémie		4 2.40		4 0.60	18 2.70	8 1.20	215 2.50	135 1.60	152 1.80	5 0.60	22 2.60	8 1.00
Autres déclarations												
Botulisme							1 0.01					
Diphthérie ^h							4 0.05	3 0.03	2 0.02			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		1 0.60	2 1.20		3 0.40	3 0.40	26 0.30	23 0.30	19 0.20	2 0.20	4 0.50	3 0.40
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 4.2.2022 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)

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

Semaine	2		3		4		5		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	0	0	2	0.1	0	0	0.5	0
Piqûre de tiques	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Borréliose de Lyme	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Herpès zoster	16	1.1	7	0.5	9	0.7	4	0.3	9	0.6
Néuralgies post-zostériennes	0	0	2	0.1	0	0	0	0	0.5	0
Médecins déclarants	160		160		162		149		157.8	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

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

www.bag.admin.ch/rapport-grippe



Coronavirus

VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER :



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

MIEUX VAUT
SE FAIRE
VACCINER

ofsp-coronavirus.ch/vaccination

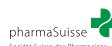


Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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

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



PEPra – informations, outils et formations continues en faveur de la prévention dans les cabinets médicaux

Quand aborder la question des comportements à risque avec les patientes et les patients ? Comment les inciter à changer ? Quelles offres de formation spécifiques recommander dans ma région ? Les équipes des cabinets médicaux sont très souvent confrontées à ces questions, or il leur manque souvent le temps, les connaissances et l'accès aux outils spécifiques pour y répondre.

Et c'est justement là que PEPra entre en jeu pour soutenir l'implémentation de la prévention dans les cabinets médicaux au moyens d'outils, de formations continues et d'offres régionales spécifiques.

LA PRÉVENTION EST EFFICACE

Environ 80 % des coûts de la santé sont engendrés par les maladies non transmissibles (MNT). En Suisse, ce sont environ 2,2 % des dépenses de santé qui sont investis chaque année dans la prévention, un chiffre inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE. Chaque franc investi dans le domaine de la prévention du tabagisme produit un retour sur investissement de CHF 28.– à CHF 48.–; pour la consommation d'alcool à risque, ce chiffre atteint CHF 11.– à CHF 29.–. À cela s'opposent des coûts économiques annuels de près de CHF 8 milliards causés par l'addiction. Le tabagisme occupe clairement la première place avec près de CHF 4 milliards, suivi de la consommation

d'alcool avec près de CHF 2,8 milliards. L'efficacité de la prévention des MNT est donc clairement établie. Le rôle central que les médecins de premier recours jouent dans ce contexte est également incontesté. Les médecins de premier recours ne bénéficient pas seulement d'une confiance élevée, mais sont régulièrement consultés et font souvent figure de premiers interlocuteurs pour les questions de santé. Le rapport de base sur la stratégie nationale MNT considère par ailleurs que la prévention fait partie intégrante de la médecine de premier recours moderne et que l'action préventive est une tâche d'équipe qui s'intègre sur le plan structurel et procédural dans la médecine de premier recours.

ELLE CONCERNE TOUTE L'ÉQUIPE DU CABINET

Le projet PEPra (cf. encadré) regroupe de nombreuses opportunités et s'attelle ainsi à répondre aux défis de la prévention en médecine de premier recours. Son objectif est d'encourager et de soutenir la mise en place de la prévention dans les cabinets médicaux. Pour cela, il met à disposition des informations et outils sur les thèmes de prévention les plus importants qui peuvent être utilisés avant, pendant et après la consultation. Cette offre est complétée par des formations continues modulaires qui sont proposées pour approfondir certains thèmes suivant les besoins.

Comme la tâche de détecter et prendre en charge les « Persons at Risk » incombe aux médecins de premier recours, PEPra souligne particulièrement l'importance de la communication et du conseil, et propose des formations continues dans lesquelles les compétences correspondantes sont enseignées et exercées. De plus, il permet de porter à la connaissance de l'équipe du cabinet les offres régionales spécifiques vers lesquelles les patientes et patients peuvent être dirigés.

POUR OBTENIR DES INFORMATIONS

Sur [Modules de formation continue/PEPra](#), sélectionnez le thème qui vous intéresse, cliquez en bas de la page sur « Activer les notifications », cochez les cantons et les thèmes concernés et cliquez sur envoyer. Vous recevrez une information dès que nous aurons des offres correspondants à vos besoins.

Au sujet de PEPra

Le projet PEPra s'inscrit dans l'axe d'intervention Prévention dans le domaine des soins de la [Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles de l'OFSP](#) et est cofinancé par [FMH](#) et le Soutien de projets « [Prévention dans le domaine des soins](#) » de la Fondation Promotion Santé Suisse. Les cantons suivants sont impliqués dans la phase pilote qui dure jusqu'en 2024 : Bâle-Ville, Fribourg, Lucerne et St-Gall. Toutes les personnes intéressées peuvent toutefois bénéficier de l'offre.



Salomé Steinle, directrice du projet PEPra
Division Santé publique, professions de la santé et produits thérapeutiques
info@pepra.ch, téléphone +41 31 359 12 92



**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

Liste des spécialités Corrigendum

«I. NOUVELLE ADMISSIONS DES PRÉPARATIONS» (BULLETIN 24/21)

Dans le numéro 24/21 du Bulletin, sous I. Nouvelles admissions des préparations ainsi que dans la liste des spécialités, la limitation suivante, valable à partir du 1^{er} juin 2021, a été mentionnée pour **(21177) CALQUENCE caps 100 mg 60 pce**:

Limitation dès le 01.06.2021 :

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

Le traitement exige l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

1L LLC (Monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC) non préalablement traitée présentant une délétion 17p ou une mutation TP53:

- qui sont âgés de 65 ans ou plus OU
- qui sont âgés de 18–64 ans avec des comorbidités (présentant une clairance de la créatinine < 70 ml/min ou des comorbidités cliniquement significatives déterminées par un Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) > 6 ou une valeur comparable avec un autre système d'évaluation reconnu).

2L+ LLC (Monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de LLC, ayant reçu au moins un traitement antérieur. Acalabrutinib n'est pas remboursé chez les patients ayant connu une progression de la maladie alors qu'ils recevaient l'ibrutinib.

Par principe d'égalité de traitement avec d'autres thérapies utilisées dans la même indication, la limitation valable à partir du 1^{er} février 2022 est la suivante :

Limitation dès le 01.02.2022 :

Le traitement exige l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

1L LLC (Monothérapie)

En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) non précédemment traitée, présentant une délétion 17p ou une mutation TP53 **et âgés d'au moins 65 ans ou présentant des comorbidités.**

2L+ LLC (Monothérapie)

En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une LLC, ayant reçu au moins un traitement antérieur. Acalabrutinib n'est pas remboursé chez les patients ayant connu une progression de la maladie alors qu'ils recevaient l'ibrutinib.

Liste des spécialités :

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

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

Valable à partir du 1^{er} février 2022

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.05 G		CLOZAPIN VIATRIS (Clozapinum)	Mylan Pharma GmbH		
	21375	cpr 25 mg blist 50 pce Fr. 18.20 (8.69)		68560001	01.02.2022, A
	21375	cpr 100 mg blist 50 pce Fr. 42.65 (22.86)		68560003	01.02.2022, A
01.09 G		PALONOSETRON ACCORD (Palonosetronum)	Accord Healthcare AG		
	21388	sol inj 0.250 mg/5 ml flac 5 ml Fr. 68.45 (45.36)		68343001	01.02.2022, B
Chimiothérapie fortement émétogène.					
07.16		ISTURISA (Osilodrostatum)	Recordati AG		
	21210	cpr pell 1 mg 60 pce Fr. 1951.50 (1723.26)		67262001	01.02.2022, A
	21210	cpr pell 5 mg 60 pce Fr. 7332.85 (6914.01)		67262002	01.02.2022, A
	21210	cpr pell 10 mg 60 pce Fr. 7687.75 (7260.25)		67262003	01.02.2022, A
Limitation limitée jusqu'au 31.01.2025					
Après garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation du médecin-conseil.					
Remboursement pour le traitement du syndrome de Cushing et d'autres causes d'hypercorticisme endogène (par exemple, un adénome de la corticosurrénale, une hyperplasie bilatérale de la corticosurrénale, une sécrétion ectopique d'ACTH) chez les adultes chez lesquels un traitement médicamenteux est indiqué.					
Pour chaque emballage d'Isturisa acheté, Recordati SA rembourse, dès la première demande de l'assureur, une partie fixe du prix de fabrication à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise du médicament. Le titulaire de l'autorisation informe l'assurance maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.					
07.16.10 G		BORTEZOMIB ACCORD LIQUID (Bortezomibum)	Accord Healthcare AG		
	21387	sol inj 2.5 mg/ml flac 1 pce Fr. 349.10 (289.82)		68276001	01.02.2022, A
	21387	sol inj 3.5 mg/1.4 ml flac 1 pce Fr. 474.10 (398.70)		68276002	01.02.2022, A
Pour le traitement d'induction en association avec la chimiothérapie standard avant la greffe de cellules souches chez les patients adultes souffrant de myélome multiple.					
En association avec le melphalan et la prednisone chez les patients atteints de myélome multiple non traités jusque là.					
Traitement des patients atteints de myélome multiple récidivant/réfractaire ayant reçu au moins un traitement antérieur.					
Les traitements nécessitent une confirmation de la prise en charge par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil.					

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		EMPLICITI (Elotuzumabum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	20544	subst sèche 300 mg flac 1 pce Fr. 1389.65 (1210.98)		65920001	01.08.2017, A
	20544	subst sèche 400 mg flac 1 pce Fr. 1832.35 (1614.64)		65920002	01.08.2017, A

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

EMPLICITI est remboursé après garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, lorsque utilisé en association avec légalidomide et dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant ayant reçu au moins un précédent traitement. Le schéma posologique et le dosage pour le traitement combiné doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle, et un maximum de 10 mg d'élotuzumab par kg de poids corporel peut être utilisé.

Si la maladie progresse ou des phénomènes de toxicité inacceptables surviennent, le traitement par EMLICITI doit être interrompu.

Bristol-Myers Squibb SA rembourse 28.19% du prix de sortie d'usine pour chaque emballage d'EMPLICITI acheté dans le cadre du traitement combiné d'EMPLICITI avec légalidomide, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'administration. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

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

EMPLICITI est remboursé en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple ayant déjà reçu auparavant au moins deux traitements, dont le légalidomide et un inhibiteur du protéasome, et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement. Le schéma posologique et la posologie pour le traitement combiné doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle.

Si la maladie progresse ou si des phénomènes de toxicité inacceptables surviennent, le traitement par EMLICITI doit être interrompu.

Bristol-Myers Squibb SA rembourse une part définie du prix de sortie d'usine pour chaque emballage d'EMPLICITI acheté dans le cadre du traitement combiné par EMLICITI avec pomalidomide et dexaméthasone, sur demande de l'assurance-maladie auprès duquel la personne assurée l'était au moment de l'administration. Elle communique à l'assurance-maladie le montant du remboursement. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant de remboursement.

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		LENALIDOMID BMS (Lenalidomidum)	Bristol-Myers Squibb SA		
G	21377	caps 2.5 mg blist 21 pce Fr. 1679.80 (1475.55)		68490001	01.02.2022, A
	21377	caps 5 mg blist 21 pce Fr. 1723.30 (1515.21)		68490002	01.02.2022, A
	21377	caps 7.5 mg blist 21 pce Fr. 1766.80 (1554.88)		68490003	01.02.2022, A
	21377	caps 10 mg blist 21 pce Fr. 1810.30 (1594.54)		68490004	01.02.2022, A
	21377	caps 15 mg blist 21 pce Fr. 1899.50 (1675.86)		68490005	01.02.2022, A
	21377	caps 20 mg blist 21 pce Fr. 1991.45 (1759.72)		68490006	01.02.2022, A
	21377	caps 25 mg blist 21 pce Fr. 2083.45 (1843.58)		68490007	01.02.2022, A

Pour le traitement

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

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

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 28.02.2022

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 en association avec elotuzumab et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant.

Le traitement par LENALIDOMID 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 31.03.2022

L'association de LENALIDOMID BMS avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

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

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10 G		LENALIDOMID SANDOZ (Lenalidomidum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21312	caps 2.5 mg blist 21 pce Fr. 1679.80 (1475.55)		67456008	01.02.2022, A
	21312	caps 5 mg blist 21 pce Fr. 1723.30 (1515.21)		67456011	01.02.2022, A
	21312	caps 7.5 mg blist 21 pce Fr. 1766.80 (1554.88)		67456014	01.02.2022, A
	21312	caps 10 mg blist 21 pce Fr. 1810.30 (1594.54)		67456017	01.02.2022, A
	21312	caps 15 mg blist 21 pce Fr. 1899.50 (1675.86)		67456020	01.02.2022, A
	21312	caps 20 mg blist 21 pce Fr. 1991.45 (1759.72)		67456023	01.02.2022, A
	21312	caps 25 mg blist 21 pce Fr. 2083.45 (1843.58)		67456026	01.02.2022, A

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu' à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21312.01)
 - des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone (code d'indication: 21312.02)
 - des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques (code d'indication: 21312.03).
- Après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Le code d'indication doit être transmis à l'assurance maladie.

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21312.05

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

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

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

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 28.02.2022

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 en association avec elotuzumab et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID 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 31.03.2022

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

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

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

07.16.10	LÉNALIDOMIDE SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG		
G	(Lenalidomidum)			
	21384 caps 2.5 mg blist 21 pce Fr. 1679.80 (1475.55)		67561001	01.02.2022, A
	21384 caps 5 mg blist 21 pce Fr. 1723.30 (1515.21)		67561002	01.02.2022, A
	21384 caps 7.5 mg blist 21 pce Fr. 1766.80 (1554.87)		67561003	01.02.2022, A
	21384 caps 10 mg blist 21 pce Fr. 1810.30 (1594.53)		67561004	01.02.2022, A
	21384 caps 15 mg blist 21 pce Fr. 1899.50 (1675.86)		67561005	01.02.2022, A
	21384 caps 20 mg blist 21 pce Fr. 1991.45 (1759.71)		67561006	01.02.2022, A
	21384 caps 25 mg blist 21 pce Fr. 2083.45 (1843.57)		67561007	01.02.2022, A

Pour le traitement

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

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

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 en association avec elotuzumab et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par Lenalidomid 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 31.03.2022

L'association de Lenalidomid Spirig avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

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

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10 G		LENALIDOMID TEVA (Lenalidomidum)	Teva Pharma AG		
	21379	caps 2.5 mg blist 21 pce Fr. 1679.80 (1475.55)		67460001	01.02.2022, A
	21379	caps 5 mg blist 21 pce Fr. 1723.30 (1515.21)		67460002	01.02.2022, A
	21379	caps 7.5 mg blist 21 pce Fr. 1766.80 (1554.88)		67460003	01.02.2022, A
	21379	caps 10 mg blist 21 pce Fr. 1810.30 (1594.54)		67460004	01.02.2022, A
	21379	caps 15 mg blist 21 pce Fr. 1899.50 (1675.86)		67460005	01.02.2022, A
	21379	caps 20 mg blist 21 pce Fr. 1991.45 (1759.72)		67460006	01.02.2022, A
	21379	caps 25 mg blist 21 pce Fr. 2083.45 (1843.58)		67460007	01.02.2022, A

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par 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 28.02.2022

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 en association avec elotuzumab et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant.

Le traitement par LENALIDOMID-TEVA peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2022

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

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

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

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

07.99		EVENTITY (Romosozumabum)	UCB-Pharma SA		
	21107	sol inj 105 mg/1.17 ml stylo pré 2 pce Fr. 601.85 (509.97)		67033001	01.02.2022, B

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2022

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

La prescription d'EVENTITY ne peut être effectuée que par un spécialiste FMH (endocrinologues ou rhumatologues) ou un spécialiste en maladies osseuses opérant dans les centres hospitaliers reconnus dans ce domaine (hôpitaux/instituts de catégorie A, B et C, conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH (<http://www.siwf-register.ch>) et/ou possédant un FLS (Fracture Liaison Services).

Traitement en monothérapie (exception faite des suppléments de calcium et vitamine D) de l'ostéoporose sévère, chez les femmes post-ménopausées présentant:

- un **risque imminent** de fracture tel que défini par les recommandations de l'ASCO 2020, c'est-à-dire un antécédent de fracture ostéoporotique majeure (vertèbre, hanche, bassin ou humérus) datant de moins de 24 mois, **associé à un T-Score \leq -3.5** (mesuré au niveau de la colonne vertébrale ou de la hanche)
- ou
- un **risque très élevé** de fracture tel que défini par les recommandations de l'ASCO 2020, c'est-à-dire que la probabilité de fracture ostéoporotique majeure sur 10 ans, évaluée à l'aide de l'outil FRAX, doit être supérieure d'au moins 20% au seuil d'intervention thérapeutique, quel que soit l'âge
- ou
- un antécédent **d'au moins 2 fractures ostéoporotiques majeures.**

EVENTITY ne doit pas être prescrit chez les femmes qui ont un historique d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral.

Au maximum 12 emballages d'EVENTITY peuvent être remboursés.

A l'issue des 12 mois de traitement, il est impératif de passer à un traitement antirésorptif afin de prolonger le bénéfice thérapeutique obtenu avec le romosozumab.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
08.08		SHINGRIX (Glycoproteini E viri Varicellae Zoster antigenum)	GlaxoSmithKline AG		
	^{LI} 21281	subst sèche c solv (susp) flac 0.5 ml Fr. 174.50 (137.71)		67987001	01.02.2022, B

La prise en charge des coûts des vaccins au titre de mesure préventive dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des soins est régie par les conditions contraignantes fixées à l'article 12a OPAS pour les vaccinations correspondantes. En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins. Les prix des vaccins sont des prix maximaux (art. 52, al. 3, LAMal) et ne s'appliquent pas aux vaccinations en série (par ex. dans le service médical scolaire). Dans ce cas, les tarifs négociés par les assureurs maladie avec les autorités compétentes ou, le cas échéant, ceux fixés par les autorités, sont applicables. Si le vaccin est acheté à un prix inférieur (par exemple dans le cadre d'une série de vaccinations), le médecin ne peut pas le facturer au prix public de la LS.

L'avantage doit être répercuté conformément à l'article 56, al. 3, LAMal, hormis si des conventions au sens de l'art. 56, al. 3bis, LAMal, ont été conclues.

^{LI} La prise en charge des coûts des vaccins au titre de mesure préventive dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des soins est régie par les conditions contraignantes fixées à l'article 12a OPAS pour les vaccinations correspondantes. En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins. Les prix des vaccins sont des prix maximaux (art. 52, al. 3, LAMal) et ne s'appliquent pas aux vaccinations en série (par ex. dans le service médical scolaire). Dans ce cas, les tarifs négociés par les assureurs maladie avec les autorités compétentes ou, le cas échéant, ceux fixés par les autorités, sont applicables. Si le vaccin est acheté à un prix inférieur (par exemple dans le cadre d'une série de vaccinations), le médecin ne peut pas le facturer au prix public de la LS.

L'avantage doit être répercuté conformément à l'article 56, al. 3, LAMal, hormis si des conventions au sens de l'art. 56, al. 3bis, LAMal, ont été conclues.

II. Autres emballages et dosages

07.12 G		ATORVASTATIN MEPHA (Atorvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20239	lactabs 40 mg 90 pce Fr. 64.90 (42.25)		61322027	01.02.2022, B
07.12 G		EZETIMIB SIMVASTATIN SANDOZ (Simvastatinum, Ezetimibum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20711	cpr 10/80 mg 28 pce Fr. 39.45 (20.06)		66234007	01.02.2022, B
	20711	cpr 10/80 mg 100 pce Fr. 96.95 (70.16)		66234008	01.02.2022, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.05 0		SEROQUEL XR (IP) (Quetiapinum)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	20915	cpr ret 50 mg 60 pce Fr. 67.05 (44.12)		67095001	01.02.2022, B
	20915	cpr ret 150 mg 60 pce Fr. 113.30 (84.41)		67095002	01.02.2022, B
	20915	cpr ret 150 mg 100 pce Fr. 177.90 (140.69)		67095003	01.02.2022, B
	20915	cpr ret 200 mg 60 pce Fr. 136.30 (104.43)		67095004	01.02.2022, B
	20915	cpr ret 200 mg 100 pce Fr. 213.20 (171.45)		67095005	01.02.2022, B
	20915	cpr ret 300 mg 60 pce Fr. 185.80 (147.58)		67095006	01.02.2022, B
	20915	cpr ret 300 mg 100 pce Fr. 294.20 (241.99)		67095007	01.02.2022, B
	20915	cpr ret 400 mg 60 pce Fr. 251.55 (204.84)		67095008	01.02.2022, B
	20915	cpr ret 400 mg 100 pce Fr. 408.35 (341.40)		67095009	01.02.2022, B
06.99 6		DEFERASIROX NOBEL (Deferasiroxum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21237	cpr pell 90 mg blist 30 pce Fr. 267.20 (218.47)		67681001	01.02.2022, B
	21237	cpr pell 90 mg blist 90 pce Fr. 655.95 (557.12)		67681002	01.02.2022, B
	21237	cpr pell 180 mg blist 30 pce Fr. 427.75 (358.30)		67681003	01.02.2022, B
	21237	cpr pell 180 mg blist 90 pce Fr. 1063.55 (913.67)		67681004	01.02.2022, B
	21237	cpr pell 360 mg blist 30 pce Fr. 691.00 (587.62)		67681005	01.02.2022, B
	21237	cpr pell 360 mg blist 90 pce Fr. 1704.90 (1498.42)		67681006	01.02.2022, B
06.99 6		DEFERASIROX-MEPHA (Deferasiroxum)	Mepha Pharma AG		
	21244	Lactab 90 mg blist 30 pce Fr. 267.20 (218.47)		67678001	01.02.2022, B
	21244	Lactab 90 mg blist 90 pce Fr. 655.95 (557.12)		67678002	01.02.2022, B
	21244	Lactab 180 mg blist 30 pce Fr. 427.75 (358.30)		67678003	01.02.2022, B
	21244	Lactab 180 mg blist 90 pce Fr. 1063.55 (913.67)		67678004	01.02.2022, B
	21244	Lactab 360 mg blist 30 pce Fr. 691.00 (587.62)		67678005	01.02.2022, B
	21244	Lactab 360 mg blist 90 pce Fr. 1704.90 (1498.42)		67678006	01.02.2022, B
09.03 6		CORISOL 3 (Clotrimazolium)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17907	cpr vag 200 mg 3 pce Fr. 10.60 (5.76)		55962001	01.02.2022, D
09.03		GYNO-PEVARYL DEPOT (Econazoli nitras)	Medius AG		
	14288	ovule 150 mg 2 pce Fr. 15.60 (6.43)		44676028	01.02.2022, 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					
ANESDERM	Pierre Fabre Pharma AG	100100			
crème 5 % tb 5 g			19776	8.45	3.79
crème 5 % 5 tb 5 g			19776	38.15	18.95
ARIXTRA	Mylan Pharma GmbH	060330			
sol inj 1.500 mg/0.3 ml 10 ser prê 0.300 ml			17778	39.10	19.76
sol inj 2.500 mg/0.5 ml 2 ser prê 0.500 ml			17778	25.40	11.40
sol inj 2.500 mg/0.5 ml 10 ser prê 0.500 ml			17778	68.70	45.56
sol inj 5 mg/0.4 ml 2 ser prê 0.400 ml			17778	60.00	38.00
sol inj 5 mg/0.4 ml 10 ser prê 0.400 ml			17778	190.90	152.02
sol inj 7.500 mg/0.6 ml 2 ser prê 0.600 ml			17778	60.00	38.00
sol inj 7.500 mg/0.6 ml 10 ser prê 0.600 ml			17778	190.90	152.02
sol inj 10 mg/0.8 ml 2 ser prê 0.800 ml			17778	60.00	38.00
sol inj 10 mg/0.8 ml 10 ser prê 0.800 ml			17778	190.90	152.02
ATOMOXETIN MEPHA	Mepha Pharma AG	011020			
caps 10 mg blist 7 pce			21185	36.40	17.43
caps 18 mg blist 7 pce			21185	36.40	17.43
caps 18 mg blist 28 pce			21185	96.45	69.71
caps 25 mg blist 7 pce			21185	36.40	17.43
caps 25 mg blist 28 pce			21185	96.45	69.71
caps 40 mg blist 7 pce			21185	36.40	17.43
caps 40 mg blist 28 pce			21185	96.45	69.71
caps 60 mg blist 28 pce			21185	96.45	69.71
caps 80 mg blist 28 pce			21185	116.30	87.00
caps 100 mg blist 28 pce			21185	116.30	87.00
CALCIMAGON D3	CPS Cito Pharma Services GmbH	070250			
cpr croquer 500/800 orange (s aspar) bte 30 pce			16787	16.05	8.69
cpr mâcher 500/800 Citron (s aspar) bte 30 pce			16787	16.05	8.69
cpr mâcher 500/800 Citron (s aspar) bte 90 pce			16787	41.15	22.30
cpr croquer 500/800 orange (s aspar) bte 90 pce			16787	41.15	22.30
cpr mâcher spearmint (s aspartame) bte 120 pce			16787	35.25	19.10
cpr mâcher citron (s aspartame) bte 20 pce			16787	7.70	4.18
cpr mâcher citron (s aspartame) bte 60 pce			16787	20.00	10.84
cpr mâcher citron (s aspartame) bte 120 pce			16787	35.25	19.10
CALCIMAGON D3 FORTE	CPS Cito Pharma Services GmbH	070250			
cpr mâcher citr 30 pce			16787	18.65	10.10
cpr mâcher citr 60 pce			16787	32.80	17.79
cpr mâcher citr 90 pce			16787	47.55	25.77

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
CALPEROS D3	Recordati AG	070250			
cpr sucer menthe 60 pce			17307	13.60	7.37
cpr sucer nature 60 pce			17307	13.60	7.37
cpr sucer lemon 60 pce			17307	13.60	7.37
cpr sucer lemon 180 pce			17307	39.10	21.18
cpr sucer nature 180 pce			17307	39.10	21.18
cpr sucer menthe 180 pce			17307	39.10	21.18
CLEXANE	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	060330			
sol inj 20 mg/0.2 ml 10 ser pré 0.200 ml			15598	41.00	21.45
sol inj 20 mg/0.2 ml 50 ser pré 0.200 ml			15598	139.55	107.27
sol inj 40 mg/0.4 ml 2 ser pré 0.400 ml			15598	17.35	7.98
sol inj 40 mg/0.4 ml 10 ser pré 0.400 ml			15598	62.45	40.13
sol inj 40 mg/0.4 ml 50 ser pré 0.400 ml			15598	246.75	200.64
sol inj 60 mg/0.6 ml 10 ser pré 0.600 ml			15598	76.65	52.47
sol inj 80 mg/0.8 ml 10 ser pré 0.800 ml			15598	102.30	74.83
sol inj 100 mg/ml 10 ser pré 1 ml			15598	123.75	93.51
sol inj 120 mg/0.8 ml 2 ser pré 0.8 ml			15598	41.85	22.16
sol inj 120 mg/0.8 ml 2 ser pré 0.8 ml			15598	41.85	22.16
sol inj 120 mg/0.8 ml 10 ser pré 0.8 ml			15598	134.90	103.23
sol inj 150 mg/ml 2 ser pré 1 ml			15598	47.50	27.09
sol inj 150 mg/ml 2 ser pré 1 ml			15598	47.50	27.09
sol inj 150 mg/ml 10 ser pré 1 ml			15598	161.30	126.23
CLEXANE MULTI	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	060330			
sol inj 300 mg/3 ml flac 3 ml			17131	41.30	21.69
CLOBEX SHAMPOOING	Galderma SA	100510			
sol fl 125 ml			18657	36.40	17.42
CREON 10000	Mylan Pharma GmbH	040500			
caps 50 pce			16931	27.40	14.85
caps 100 pce			16931	48.20	26.13
CREON 25000	Mylan Pharma GmbH	040500			
caps 50 pce			17662	56.10	30.40
caps 100 pce			17662	111.75	60.56
CREON 40000	Mylan Pharma GmbH	040500			
caps 100 pce			19171	144.00	78.05
CURATODERM	Almirall AG	100300			
ong 20 g			16496	28.90	14.44
ong 60 g			16496	54.95	33.59
lot 20 ml			17847	25.20	11.25
lot 50 ml			17847	40.00	20.55
DERMOVATE	GlaxoSmithKline AG	100510			
crème 30 g			12697	8.15	3.54
crème 100 g			12697	19.30	9.69
ong 30 g			12698	8.15	3.54
ong 100 g			12698	19.30	9.69
DERMOVATE SCALP APPLICATION	GlaxoSmithKline AG	100510			
sol 25 ml			13371	8.80	4.10
sol 100 ml			13371	27.40	13.16

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
DUROGESIC MATRIX	Janssen-Cilag AG	010130			
TTS 12 mcg/h 5 pce			16734	26.10	12.04
TTS 25 mcg/h 5 pce			16734	42.45	22.67
TTS 50 mcg/h 5 pce			16734	67.45	44.47
TTS 75 mcg/h 5 pce			16734	87.15	61.64
TTS 100 mcg/h 5 pce			16734	106.40	78.40
ELVANSE	Takeda Pharma AG	011020			
caps 20 mg 30 pce			20194	109.20	80.84
caps 30 mg 30 pce			20194	116.15	86.89
caps 40 mg 30 pce			20194	123.50	93.29
caps 50 mg 30 pce			20194	130.85	99.69
caps 60 mg 30 pce			20194	139.45	107.18
caps 70 mg 30 pce			20194	148.00	114.64
ENTUMINE	Medius AG	010500			
cpr 40 mg 30 pce			11045	14.00	5.05
cpr 40 mg 100 pce			11045	26.80	12.64
EPIDUO	Galderma SA	100200			
gel 30 g			19122	27.80	13.51
gel disp 45 g			19122	39.65	20.27
gel 60 g			19122	43.70	23.79
EPIDUO FORTE	Galderma SA	100200			
gel disp 45 g			19122	39.65	20.27
FEIBA NF	Takeda Pharma AG	060110			
subst sèche 1000 UI c solv flac 1 pce			13547	1460.90	1385.25
subst sèche 2500 UI c solv flac 1 pce			13547	3588.25	3460.73
FENTANYL HELVEPHARM TTS	Helvepharm AG	010130			
patchs mat 12 mcg/h 5 pce			18666	18.95	9.36
patchs mat 25 mcg/h 5 pce			18666	34.70	15.96
patchs mat 50 mcg/h 5 pce			18666	50.05	29.32
patchs mat 75 mcg/h 5 pce			18666	69.35	46.13
patchs mat 100 mcg/h 5 pce			18666	83.90	58.80
FENTANYL MEPHA	Mepha Pharma AG	010130			
patchs mat 25 mcg/h 5 pce			18512	34.35	15.63
patchs mat 12 mcg/h 5 pce			18512	19.35	9.71
patchs mat 12 mcg/h 10 pce			18512	36.00	17.09
patchs mat 25 mcg/h 10 pce			18512	47.95	27.50
patchs mat 50 mcg/h 5 pce			18512	53.45	32.28
patchs mat 50 mcg/h 10 pce			18512	81.60	56.81
patchs mat 75 mcg/h 5 pce			18512	68.85	45.68
patchs mat 75 mcg/h 10 pce			18512	108.70	80.40
patchs mat 100 mcg/h 5 pce			18512	83.90	58.80
patchs mat 100 mcg/h 10 pce			18512	135.20	103.49
FENTANYL SANDOZ MAT	Sandoz Pharmaceuticals AG	010130			
patchs mat 12 mcg/h 5 pce			18614	18.40	8.90
patchs mat 25 mcg/h 5 pce			18614	34.95	16.17
patchs mat 50 mcg/h 5 pce			18614	54.70	33.38
patchs mat 75 mcg/h 5 pce			18614	69.70	46.41
patchs mat 100 mcg/h 5 pce			18614	83.90	58.80

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
FENTANYL SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	010130			
patchs mat 12 mcg/h 5 pce			18921	19.45	9.82
patchs mat 12 mcg/h 10 pce			18921	36.25	17.28
patchs mat 25 mcg/h 5 pce			18921	34.50	15.78
patchs mat 25 mcg/h 10 pce			18921	48.35	27.81
patchs mat 50 mcg/h 5 pce			18921	53.85	32.61
patchs mat 50 mcg/h 10 pce			18921	82.30	57.42
patchs mat 75 mcg/h 5 pce			18921	69.05	45.87
patchs mat 75 mcg/h 10 pce			18921	109.10	80.73
patchs mat 100 mcg/h 5 pce			18921	83.90	58.80
patchs mat 100 mcg/h 10 pce			18921	135.15	103.45
FERTIFOL	Effik SA	060730			
cpr 0.400 mg 28 pce			18823	7.20	3.90
cpr 0.400 mg 84 pce			18823	18.65	10.12
FLUANXOL	Lundbeck (Schweiz) AG	010500			
cpr pell 0.500 mg 50 pce			20384	7.00	2.52
cpr pell 1 mg 50 pce			20384	7.50	2.95
cpr pell 5 mg 50 pce			20384	27.00	12.80
FRAGMIN	Pfizer AG	060330			
sol inj 2500 UI/0.2 ml 2 ser prêt 0.200 ml			15523	15.75	6.57
sol inj 2500 UI/0.2 ml 10 ser prêt 0.200 ml			15523	50.95	30.10
sol inj 5000 UI/0.2 ml 2 ser prêt 0.200 ml			15523	18.05	8.60
sol inj 5000 UI/0.2 ml 10 ser prêt 0.200 ml			15523	64.75	42.11
sol inj 7500 UI/0.3 ml 10 ser prêt 0.300 ml			15523	87.45	61.90
sol inj 10000 UI/0.4 ml 5 ser prêt 0.400 ml			15523	54.35	33.06
sol inj 10000 U/ml 10 amp 1 ml			15523	85.75	60.42
sol inj 10000 U/4 ml 10 flac 4 ml			15523	85.75	60.42
sol inj 12500 UI/0.5 ml 5 ser prêt 0.500 ml			15523	64.80	42.16
sol inj 15000 UI/0.6 ml 5 ser prêt 0.600 ml			15523	71.80	48.26
sol inj 18000 UI/0.72 ml 5 ser prêt 0.720 ml			15523	78.40	53.99
sol inj 100000 U/4 ml flac 4 ml			15523	81.45	56.65
FYCOMPA	Eisai Pharma AG	010710			
cpr pell 2 mg 7 pce			19986	40.30	20.84
cpr pell 4 mg 28 pce			19986	172.40	135.87
cpr pell 6 mg 28 pce			19986	172.40	135.87
cpr pell 8 mg 28 pce			19986	172.40	135.87
cpr pell 10 mg 28 pce			19986	172.40	135.87
cpr pell 12 mg 28 pce			19986	172.40	135.87
HALDOL	Janssen-Cilag AG	010500			
gouttes 2 mg/ml 30 ml			9307	7.30	2.80
IMMUNATE S/D	Takeda Pharma AG	060110			
subst sèche 250 UI c solv flac 1 pce			16468	252.90	206.72
subst sèche 500 UI c solv flac 1 pce			16468	440.65	389.91
subst sèche 1000 UI c solv flac 1 pce			16468	840.60	780.08

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
INHIXA sol inj 20 mg/0.2 ml 10 ser pré 0.200 ml	Mylan Pharma GmbH	060330	21094	38.55	19.31
sol inj 20 mg/0.2 ml 50 ser pré 0.200 ml			21094	127.25	96.55
sol inj 40 mg/0.4 ml 2 ser pré 0.400 ml			21094	16.45	7.18
sol inj 40 mg/0.4 ml 10 ser pré 0.400 ml			21094	57.85	36.12
sol inj 40 mg/0.4 ml 50 ser pré 0.400 ml			21094	223.70	180.58
sol inj 60 mg/0.6 ml 10 ser pré 0.600 ml			21094	70.60	47.22
sol inj 80 mg/0.8 ml 10 ser pré 0.800 ml			21094	93.70	67.35
sol inj 100 mg/ml 10 ser pré 1 ml			21094	113.00	84.16
sol inj 120 mg/0.8 ml 10 ser pré 0.800 ml			21094	123.05	92.91
sol inj 150 mg/ml 10 ser pré 1 ml			21094	146.80	113.61
INHIXA MULTI sol inj 300 mg/3 ml flac 3 ml	Mylan Pharma GmbH	060330	21093	38.80	19.51
INOVELON cpr pell 200 mg 60 pce	Eisai Pharma AG	010710	18877	90.65	64.68
cpr pell 400 mg 100 pce			18877	255.50	208.29
INTUNIV cpr ret 1 mg 7 pce	Takeda Pharma AG	011020	20663	36.75	17.74
cpr ret 1 mg 28 pce			20663	97.80	70.92
cpr ret 2 mg 7 pce			20663	37.20	18.10
cpr ret 2 mg 28 pce			20663	99.55	72.41
cpr ret 3 mg 28 pce			20663	103.35	75.76
cpr ret 4 mg 28 pce			20663	110.15	81.66
MALTOFER FOL cpr mâcher 30 pce	Vifor (International) Inc.	060711	18181	10.65	5.77
cpr mâcher 100 pce			18181	31.20	16.91
NOZINAN cpr pell 25 mg 20 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010500	9120	6.90	2.44
cpr pell 25 mg 100 pce			9120	20.50	10.72
OXYCODON MEPHA RETARD UNO cpr ret 10 mg blist 14 pce	Mepha Pharma AG	010130	20705	16.90	7.57
cpr ret 10 mg blist 28 pce			20705	28.35	13.98
cpr ret 20 mg blist 14 pce			20705	26.00	11.92
cpr ret 20 mg blist 28 pce			20705	41.60	21.95
cpr ret 40 mg blist 14 pce			20705	40.45	20.97
cpr ret 40 mg blist 28 pce			20705	60.85	38.70
cpr ret 80 mg blist 14 pce			20705	63.35	40.91
cpr ret 80 mg blist 28 pce			20705	102.90	75.36
PALIPERIDON MEPHA RETARD depotabs 3 mg blist 28 pce	Mepha Pharma AG	010500	20938	146.55	113.36
depotabs 6 mg blist 28 pce			20938	146.55	113.36
depotabs 9 mg blist 28 pce			20938	195.75	156.24
PALIPÉRIDONE SANDOZ cpr ret 3 mg blist 28 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010500	20918	146.55	113.36
cpr ret 6 mg blist 28 pce			20918	146.55	113.36
cpr ret 9 mg blist 28 pce			20918	195.75	156.24
QUTENZA empl 8 % Capsaicine 1 pce	Grünenthal Pharma AG	109900	19350	319.55	264.06

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SOLIAN gouttes 100 mg/ml 60 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010500	17621	62.80	40.42
STRATTERA caps 10 mg 7 pce caps 18 mg 7 pce caps 18 mg 28 pce caps 25 mg 7 pce caps 25 mg 28 pce caps 40 mg 7 pce caps 40 mg 28 pce caps 60 mg 28 pce caps 80 mg 28 pce caps 100 mg 28 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	011020	18929 18929 18929 18929 18929 18929 18929 18929 18929 18929	38.65 38.65 105.30 38.65 105.30 38.65 105.30 105.30 127.40 127.40	19.37 19.37 77.46 19.37 77.46 19.37 77.46 77.46 96.69 96.69
TARGIN cpr ret 5 mg/2.5 mg 30 pce cpr ret 5 mg/2.5 mg 60 pce cpr ret 10 mg/5 mg 30 pce cpr ret 10 mg/5 mg 60 pce cpr ret 20 mg/10 mg 30 pce cpr ret 20 mg/10 mg 60 pce cpr ret 40 mg/20 mg 30 pce cpr ret 40 mg/20 mg 60 pce cpr ret 60 mg/30 mg 30 pce cpr ret 60 mg/30 mg 60 pce cpr ret 80 mg/40 mg 30 pce cpr ret 80 mg/40 mg 60 pce	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	19110 19110 19110 19110 19110 19110 19110 19110 19110 19110 19110 19110	36.85 52.35 47.60 71.25 69.00 117.00 113.85 204.60 149.35 273.30 176.20 325.05	17.80 31.32 27.18 47.79 45.83 87.62 84.87 163.93 115.81 223.77 139.20 268.85
TEMESTA EXPIDET cpr orodisp 1 mg 50 pce cpr orodisp 2.5000 mg 20 pce cpr orodisp 2.5000 mg 50 pce	Pfizer AG	010410	14814 14814 14814	14.05 8.30 17.80	5.08 3.67 8.38
TIMOGEL UD gel ophth 0.100 % 30 monodos 0.400 g	Théa PHARMA SA	110900	18314	16.30	7.04
VEREGEN 10% ong 10 % 15 g	Mylan Pharma GmbH	609900	19779	67.25	44.31
WILLFACT subst sèche 1000 UI c solv (10 ml) flac 1 pce	Opopharma Vertriebs AG	060110	20069	810.05	750.27
XARELTO cpr pell 10 mg 10 pce cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg blist 98 pce cpr pell 15 mg 14 pce cpr pell 15 mg 28 pce cpr pell 15 mg 98 pce cpr pell 20 mg 14 pce cpr pell 20 mg 28 pce cpr pell 20 mg 98 pce	Bayer (Schweiz) AG	060340	18899 18899 18899 18899 18899 18899 18899 18899 18899	42.10 93.50 280.95 53.35 88.55 280.95 53.55 88.55 280.95	22.39 67.17 230.43 32.17 62.83 230.43 32.37 62.83 230.43

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV.b. Baissement de prix volontairement					
PANTOPRAZOL NYCOMED subst sèche 40 mg i.v flac 1 pce	Takeda Pharma AG	049900	19136	6.65	2.23
PANTOZOL subst sèche 40 mg i.v. flac 1 pce	Takeda Pharma AG	049900	17635	7.30	2.79
subst sèche 40 mg i.v. flac 10 pce			17635	40.00	22.32
IV.c. Mutation de prix normale					
TRULICITY sol inj 0.75 mg/0.5 ml stylo 4 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	070620	20310	123.95	93.67
sol inj 1.5 mg/0.5 ml stylo 4 pce			20310	123.95	93.67

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
V. Augmentations de prix					
V.a. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
TEMESTA EXPIDET 20 pce	Pfizer AG	010410	14814	7.50	2.97
V.b. Demande d'augmentation de prix					
ALUTARD SØ APIS MELLIFERA 4x 5 ml	ALK-Abelló AG	071330	19816	445.50	373.80
ALUTARD SØ VESPULA SPP 4x 5 ml	ALK-Abelló AG	071330	19829	510.35	430.27
ALUTARD SØ VESPULA SPP 5 ml	ALK-Abelló AG	071330	19829	411.95	344.57
ALUTARD SØ-U APIS MELLIFERA 5 ml	ALK-Abelló AG	071330	19816	360.05	299.34

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

VI. Modifications de la limitation/de l'indication

AVASTIN	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
conc perf 100 mg/4ml vial 4 ml			18082	410.65	343.42
conc perf 400 mg/16ml vial 16 ml			18082	1469.50	1283.79

Vieille limitation :

Carcinome colorectal

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

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

Carcinome pulmonaire

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

Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome rénal avancé et/ou métastatique et ayant subi une néphrectomie, en association avec l'interféron alpha-2a. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour le traitement Fr. 0.85 par mg d'Avastin. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

Carcinome mammaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour le traitement Fr. 0.45 par mg d'Avastin. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

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

Carcinome Ovarien

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

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

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

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

Cancer du col utérin

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

Glioblastome

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

Nouvelle limitation:

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.1.

Carcinome pulmonaire

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.2.

Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome rénal avancé et/ou métastatique et ayant subi une néphrectomie, en association avec l'interféron alpha-2a. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour le traitement Fr. 0.85 par mg d'Avastin. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.3.

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

Carcinome mammaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour le traitement Fr. 0.45 par mg d'Avastin. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.4.

Carcinome Ovarien

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

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

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.5.

Cancer du col utérin

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.6.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

Glioblastome

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.7.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

AVASTIN en association avec l'atézolizumab (TECENTRIQ) pour le traitement du carcinome hépatocellulaire inopérable ou métastatique (CHC)

Les critères de remboursement correspondants s'appliquent conformément à la limitation de l'atézolizumab (voir limitation TECENTRIQ). En ce qui concerne le remboursement d'AVASTIN dans cette indication respecter également la limitation suivante:

Le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur première demande de celui-ci, une part définie du prix départ usine pour chaque boîte d'AVASTIN en association avec de l'atézolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Roche Pharma (Suisse) SA indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévacicumab. Les parts de remboursement correspondent à la différence entre les prix publiés et les prix économiques. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à compter de la date d'administration du traitement.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.8.

PRÉPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Groupe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CALQUENCE caps 100 mg blist 60 pce	AstraZeneca AG	071610	21177	5786.20	5405.07
Vieille limitation : Le traitement exige l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
1L LLC (Monothérapie) En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC) non préalablement traitée présentant une délétion 17p ou une mutation TP53: – qui sont âgés de 65 ans ou plus OU – qui sont âgés de 18-64 ans avec des comorbidités (présentant une clairance de la créatinine < 70 ml/min ou des comorbidités cliniquement significatives déterminées par un Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) > 6 ou une valeur comparable avec un autre système d'évaluation reconnu).					
2L+ LLC (Monothérapie) En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de LLC, ayant reçu au moins un traitement antérieur. Acalabrutinib n'est pas remboursé chez les patients ayant connu une progression de la maladie alors qu'ils recevaient l'ibrutinib.					
Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024 Le traitement exige l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
1L LLC (Monothérapie) En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) non précédemment traitée, présentant une délétion 17p ou une mutation TP53 et âgés d'au moins 65 ans ou présentant des comorbidités.					
2L+ LLC (Monothérapie) En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une LLC, ayant reçu au moins un traitement antérieur. Acalabrutinib n'est pas remboursé chez les patients ayant connu une progression de la maladie alors qu'ils recevaient l'ibrutinib.					
IMNOVID caps 1 mg 21 pce caps 2 mg 21 pce caps 3 mg 21 pce caps 4 mg 21 pce	Celgene GmbH	071640	20221 20221 20221 20221	9457.90 9578.05 9698.25 9778.60	8987.24 9104.46 9221.69 9300.11
Vieille limitation : Seulement après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. IMNOVID, en association avec la dexaméthasone, est indiqué pour le traitement du myélome multiple (MM) en rechute et réfractaire chez les patients ayant déjà reçu au moins deux traitements antérieurs (comportant le lénalidomide et le bortézomib) et dont la maladie a progressé pendant le dernier traitement. Après la garantie de prise en charge des frais par l'assurance-maladie et consultation préalable du médecin conseil. IMNOVID est remboursé en association avec l'élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement chez des patients adultes atteints de myélome multiple ayant déjà reçu au moins deux traitements, dont le lénalidomide et un inhibiteur de protéasome et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement. La société Celgene GmbH rembourse à l'assureur-maladie 13.44% du prix de sortie d'usine par emballage d'IMNOVID sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée l'était au moment de l'achat. La demande de remboursement par l'assurance-maladie ne s'applique qu'à l'association d'élotuzumab et d'IMNOVID et elle ne peut avoir lieu que si l'utilisation des deux médicaments peut être démontrée. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant de remboursement.					
Nouvelle limitation : Seulement après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Imnovid, en association avec la dexaméthasone, est indiqué pour le traitement du myélome multiple (MM) en rechute et réfractaire chez les patients ayant déjà reçu au moins deux traitements antérieurs (comportant le lénalidomide et le bortézomib) et dont la maladie a progressé pendant le dernier traitement. Limitation limitée jusqu'au 28.02.2022 Après la garantie de prise en charge des frais par l'assurance-maladie et consultation préalable du médecin conseil. IMNOVID est remboursé en association avec l'élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement chez des patients adultes atteints de myélome multiple ayant déjà reçu au moins deux traitements, dont le lénalidomide et un inhibiteur de protéasome et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement. La société Celgene GmbH rembourse à l'assureur-maladie 13.44% du prix de sortie d'usine par emballage d'IMNOVID sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée l'était au moment de l'achat. La demande de remboursement par l'assurance-maladie ne s'applique qu'à l'association d'élotuzumab et d'IMNOVID et elle ne peut avoir lieu que si l'utilisation des deux médicaments peut être démontrée. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant de remboursement.					
Limitation limitée jusqu'au 28.02.2024 L'association de IMNOVID 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. IMNOVID est remboursé en association avec le daratumumab et dexaméthasone, pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant ou réfractaire, qui ont déjà été traités par un inhibiteur du protéasome (IP) et le lénalidomide et dont la maladie a progressé pendant ou après le dernier traitement. Sur demande de l'assurance maladie, auprès duquel la personne était assurée lorsque IMNOVID lui a été délivré, Celgene GmbH rembourse une part fixe du prix de fabrique pour chaque emballage de IMNOVID 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: 20221.03					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
KANJINTI	Amgen Switzerland AG	071610			
subst sèche 150 mg flac 1 pce			21018	562.45	475.67
subst sèche 440 mg c solv flac 1 pce			21018	1586.75	1390.68

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

KANJINTI en association avec le pertuzumab (PERJETA) comme traitement adjuvant du cancer du sein

Les critères de remboursement correspondants s'appliquent conformément à la limitation du pertuzumab (voir limitation PERJETA). En ce qui concerne le remboursement de KANJINTI dans cette combinaison s'applique en plus la limitation suivante:

Sur première demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie une partie déterminée du prix de fabrique pour chaque boîte de KANJINTI en association avec le pertuzumab (PERJETA) achetée dans le cadre d'un traitement adjuvant (post-opératoire). Il indique à l'assureur-maladie la hauteur du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de cette partie du prix de fabrique. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21018.01.

Autres indications

Pour les indications autorisées et pour d'autres associations, pour autant qu'un remboursement soit prévu conformément à la limitation des préparations associées, s'appliquent les prix (sans modèle tarifaire) de KANJINTI figurant dans la LS.

OYAVAS	Spirig HealthCare AG	071610			
conc perf 100 mg/4 ml flac 4 ml			21272	312.10	257.57
conc perf 400 mg/16 ml flac 16 ml			21272	1117.50	962.84

Vieille limitation:

Carcinome colorectal

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

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

Carcinome pulmonaire

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

Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome rénal avancé et/ou métastatique et ayant subi une néphrectomie, en association avec l'interféron alpha-2a. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Spirig Healthcare SA rembourse pour le traitement Fr. 0.64 par mg d'Oyavas. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

PRÉPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Groupe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
---------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Carcinome mammaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel.

Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Spirig Healthcare SA rembourse pour le traitement Fr. 0.34 par mg d'Oyavas. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

Carcinome Ovarien

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

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

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

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

Cancer du col utérin

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

Glioblastome

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

Nouvelle limitation:

Carcinome colorectal

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.1.

Carcinome pulmonaire

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.2.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
---------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome rénal avancé et/ou métastatique et ayant subi une néphrectomie, en association avec l'interféron alpha-2a. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Spirig Healthcare SA rembourse pour le traitement Fr. 0.64 par mg d'Oyavas. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.3.

Carcinome mammaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel.

Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Spirig Healthcare SA rembourse pour le traitement Fr. 0.34 par mg d'Oyavas. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.4.

Carcinome Ovarien

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

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

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.5.

PRÉPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
---------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Cancer du col utérin

Oyavas est indiqué en combinaison avec la chimiothérapie dans le traitement des patientes atteintes d'un cancer du col utérin persistant, récidivant ou métastatique. En cas de prescription médicale appropriée, après environ 7 cycles en combinaison avec la chimiothérapie, Oyavas est remboursé jusqu'à la progression de la maladie. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.6.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

Glioblastome

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.7.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

OYAVAS en association avec l'atezolizumab (TECENTRIQ) pour le traitement du carcinome hépatocellulaire inopérable ou métastatique (CHC)

Les critères de remboursement correspondants s'appliquent conformément à la limitation de l'atezolizumab (voir limitation TECENTRIQ). En ce qui concerne le remboursement d'OYAVAS dans cette indication **respecter également** la limitation suivante:

Le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur première demande de celui-ci, une part définie du prix départ usine pour chaque boîte d'OYAVAS en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Spirig HealthCare AG indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévacizumab. Les parts de remboursement correspondent à la différence entre les prix publiés et les prix économiques. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à compter de la date d'administration du traitement.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.8.

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

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.
------------------------------------------------	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

Vieille limitation :

L'association de REVLIMID avec elotuzumab et la dexaméthasone

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

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

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

L'association de REVLIMID avec elotuzumab et la dexaméthasone

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2022

L'association de REVLIMID avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de REVLIMID avec le daratumumab et la dexaméthasone

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

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

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

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thérap.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TECENTRIQ conc perf 1200 mg/20 ml flac 1 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071600	20641	4954.35	4593.52
<p>Vieille limitation: 2L du CPNPC Tecentriq est indiqué en monothérapie pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique, après une chimiothérapie préalable. Les patients présentant une progression après un traitement par une substance immuno-oncologique sont exclus d'un traitement par Tecentriq. Les patients doivent être traités jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité intolérable. Les patients cliniquement stables après la découverte initiale d'une progression peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de la maladie. Le traitement nécessite l'accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2022 2L du CPNPC Tecentriq est indiqué en monothérapie pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique, après une chimiothérapie préalable. Les patients présentant une progression après un traitement par une substance immuno-oncologique sont exclus d'un traitement par Tecentriq. Les patients doivent être traités jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité intolérable. Les patients cliniquement stables après la découverte initiale d'une progression peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de la maladie. Le traitement nécessite l'accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20641.1.</p> <p>Vieille limitation: CPPC Tecentriq, en association avec le carboplatine et l'étoposide, est indiqué dans le traitement de première intention des patients atteints de cancer du poumon à petites cellules de stade avancé (CPPC-SA ou ES_SCLC, extensive-stage small cell lung cancer). Les critères suivants de la maladie doivent être remplis: - CPPC-SA histologiquement ou cytologiquement confirmé (selon la classification du Veterans Administration Lung Study Group (VALG)) - Absence de traitement systémique antérieur pour le CPPC-SA - Maladie mesurable, selon les critères RECIST v1 - Fonction hématologique et des organes cibles adéquates - Absence de traitement pendant au moins 6 mois depuis la dernière chimio/radiothérapie, chez les patients ayant déjà reçu une chimio/radiothérapie pour un CCPC-SL (CCPC de stade limité) Les patients doivent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables après la découverte initiale d'une progression peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de la maladie. L'assureur doit être informé de l'indication au début du traitement.</p> <p>Le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur demande de celui-ci, une part définie du prix départ usine pour chaque boîte de TECENTRIQ achetée pour l'indication secondaire traitement du CPPC. Le titulaire de l'autorisation indique à l'assureur-maladie la hauteur des remboursements. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.</p> <p>Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.04.2024 CPPC Tecentriq, en association avec le carboplatine et l'étoposide, est indiqué dans le traitement de première intention des patients atteints de cancer du poumon à petites cellules de stade avancé (CPPC-SA ou ES_SCLC, extensive-stage small cell lung cancer). Les critères suivants de la maladie doivent être remplis: - CPPC-SA histologiquement ou cytologiquement confirmé (selon la classification du Veterans Administration Lung Study Group (VALG)) - Absence de traitement systémique antérieur pour le CPPC-SA - Maladie mesurable, selon les critères RECIST v1 - Fonction hématologique et des organes cibles adéquates - Absence de traitement pendant au moins 6 mois depuis la dernière chimio/radiothérapie, chez les patients ayant déjà reçu une chimio/radiothérapie pour un CCPC-SL (CCPC de stade limité) Les patients doivent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables après la découverte initiale d'une progression peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de la maladie. L'assureur doit être informé de l'indication au début du traitement.</p> <p>Le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur demande de celui-ci, une part définie du prix départ usine pour chaque boîte de TECENTRIQ achetée pour l'indication secondaire traitement du CPPC. Le titulaire de l'autorisation indique à l'assureur-maladie la hauteur des remboursements. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20641.2.</p> <p>Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023 CHC Tecentriq est indiqué en association avec le bévacicumab pour le traitement de patients adultes (à partir de 18 ans) atteints d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) inopérable ou métastatique, qui n'ont pas reçu de traitement systémique préalable, qui ne sont pas éligibles pour un traitement locorégional ou qui étaient en progression par rapport à ce traitement et qui remplissent tous les critères suivants de la maladie: - statut ECOG 0-1 - fonction hépatique préservée (catégorie A sur l'échelle de fonction hépatique de Child-Pugh).</p> <p>Le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, et le titulaire de l'autorisation de la préparation de bévacicumab remboursent à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur première demande de celui-ci, une part définie du prix départ usine pour chaque boîte de tecentriq et de bévacicumab achetée pour le traitement du CHC conformément à l'indication. Roche Pharma (Suisse) SA communique à l'assureur-maladie les prix économiques pour tecentriq et le bévacicumab. Les parts de remboursement correspondent à la différence entre les prix publiés et les prix économiques. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à compter de la date d'administration du traitement. Le tecentriq ne peut être remboursé qu'en combinaison avec une préparation de bévacicumab dont la limitation précise explicitement l'association (tecentriq et bévacicumab) pour le traitement du CHC. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20641.3.</p>					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
THALLOUS CHLORIDE TI-201 CURIUM	b.e.imaging.ag	170100			
sol inj 85 MBq fl 1 pce			16859	255.00	0.00
sol inj 213 MBq fl 1 pce			16859	509.95	0.00
sol inj 370 MBq fl 1 pce			16859	788.50	0.00
Nouvelle limitation: Facturation maximale de 2 x 2 mCi par patient et par 48 heures.					

ZIRABEV	Pfizer AG	071610			
conc perf 400 mg/16 ml vial 16 ml			21090	1117.50	962.84
conc perf 100 mg/4 ml vial 4 ml			21090	312.10	257.57

Vieille limitation:**Carcinome colorectal**

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

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

Carcinome pulmonaire

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

Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome rénal avancé et/ou métastatique et ayant subi une néphrectomie, en association avec l'interféron alpha-2a. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Pfizer SA rembourse pour le traitement Fr. 0.64 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

Carcinome mammaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Pfizer SA rembourse pour le traitement Fr. 0.34 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

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

Carcinome Ovarien

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

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

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

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

Cancer du col utérin

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

Glioblastome

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

Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne

Traitement en association avec Lynparza (olaparib)

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

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

Dans les conditions suivantes:

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

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

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

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

Nouvelle limitation:**Carcinome colorectal**

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.1.

Carcinome pulmonaire

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.2.

Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome rénal avancé et/ou métastatique et ayant subi une néphrectomie, en association avec l'interféron alpha-2a. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Pfizer SA rembourse pour le traitement Fr. 0.64 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.3.

Carcinome mammaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Pfizer SA rembourse pour le traitement Fr. 0.34 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.4.

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

Carcinome Ovarien

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

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

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.5.

Cancer du col utérin

Zirabev est indiqué en combinaison avec la chimiothérapie dans le traitement des patientes atteintes d'un cancer du col utérin persistant, récidivant ou métastatique.

En cas de prescription médicale appropriée, après environ 7 cycles en combinaison avec la chimiothérapie, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.6.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

Glioblastome

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.7.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne

Traitement en association avec Lynparza (olaparib)

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

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

Dans les conditions suivantes:

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

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.8.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

ZIRABEV en association avec l'atezolizumab (TECENTRIQ) pour le traitement du carcinome hépatocellulaire inopérable ou métastatique (CHC)

Les critères de remboursement correspondants s'appliquent conformément à la limitation de l'atezolizumab (voir limitation TECENTRIQ). En ce qui concerne le remboursement d'ZIRABEV dans cette indication **respecter également** la limitation suivante:

Le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur première demande de celui-ci, une part définie du prix départ usine pour chaque boîte d'ZIRABEV en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Pfizer AG indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévécizumab. Les parts de remboursement correspondent à la différence entre les prix publiés et les prix économiques. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à compter de la date d'administration du traitement.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.9.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	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

IMNOVID	Celgene GmbH	071640			
caps 1 mg 21 pce			20221	9457.90	8987.24
caps 2 mg 21 pce			20221	9578.05	9104.46
caps 3 mg 21 pce			20221	9698.25	9221.69
caps 4 mg 21 pce			20221	9778.60	9300.11

Vieille limitation :

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

IMNOVID est remboursé en association avec l'élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement chez des patients adultes atteints de myélome multiple ayant déjà reçu au moins deux traitements, dont le lénalidomide et un inhibiteur de protéasome et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement.

La société Celgene GmbH rembourse à l'assureur-maladie 13.44% du prix de sortie d'usine par emballage d'IMNOVID sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée l'était au moment de l'achat.

La demande de remboursement par l'assurance-maladie ne s'applique qu'à l'association d'élotuzumab et d'IMNOVID et elle ne peut avoir lieu que si l'utilisation des deux médicaments peut être démontrée. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant de remboursement.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

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

IMNOVID est remboursé en association avec l'élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement chez des patients adultes atteints de myélome multiple ayant déjà reçu au moins deux traitements, dont le lénalidomide et un inhibiteur de protéasome et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement.

La société Celgene GmbH rembourse à l'assureur-maladie 13.44% du prix de sortie d'usine par emballage d'IMNOVID sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée l'était au moment de l'achat.

La demande de remboursement par l'assurance-maladie ne s'applique qu'à l'association d'élotuzumab et d'IMNOVID et elle ne peut avoir lieu que si l'utilisation des deux médicaments peut être démontrée. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant de remboursement.

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2024

L'association de IMNOVID 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.

IMNOVID est remboursé en association avec le daratumumab et dexaméthasone, pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant ou réfractaire, qui ont déjà été traités par un inhibiteur du protéasome (IP) et le lénalidomide et dont la maladie a progressé pendant ou après le dernier traitement.

Sur demande de l'assurance maladie, auprès duquel la personne était assurée lorsque IMNOVID lui a été délivré, Celgene GmbH rembourse une part fixe du prix de fabrique pour chaque emballage de IMNOVID 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: 20221.03

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
VIII. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2021					
CALCIUM D3 SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	070250			
cpr croquer 500/440 orange 20 pce			17724	5.95	3.22
cpr croquer 500/440 abricot 20 pce			17724	5.95	3.22
cpr croquer 500/1000 UI 20 pce			17724	9.95	5.40
cpr croquer 500/440 orange 60 pce			17724	16.35	8.86
cpr croquer 500/440 abricot 60 pce			17724	16.35	8.86
cpr croquer 500/1000 UI 120 pce			17724	47.25	25.61
cpr croquer 500/440 orange 120 pce			17724	28.75	15.59
cpr croquer 500/440 abricot 120 pce			17724	28.75	15.59
pdr 500/440 sach 30 pce			16958	11.80	6.40
pdr 1000/880 sach 30 pce			16958	20.40	11.06
pdr 500/440 sach 90 pce			16958	32.05	17.37
pdr 1000/880 sach 90 pce			16958	52.70	28.56
FREKA CLYSS KLISTER	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	040820			
Klist fl 133 ml			11764	2.75	1.50
Nouvelle limitation: Prescription limitée au maximum à 2 petits emballages ou 1 grand emballage . Cette limitation ne s'applique pas à la prise en charge des cas de constipation résultant d'un traitement par des opioïdes ou par des antiparkinsoniens ou encore à ceux consécutifs à la prise d'antidépresseurs ou de neuroleptiques. Cette limitation ne s'applique pas non plus aux paraplégiques et aux tétraplégiques.					
FREKA CLYSS KLISTER	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	140300			
Klist fl 133 ml			11764	2.75	1.50
Nouvelle limitation: Prescription limitée au maximum à 2 petits emballages ou 1 grand emballage . Cette limitation ne s'applique pas à la prise en charge des cas de constipation résultant d'un traitement par des opioïdes ou par des antiparkinsoniens ou encore à ceux consécutifs à la prise d'antidépresseurs ou de neuroleptiques. Cette limitation ne s'applique pas non plus aux paraplégiques et aux tétraplégiques.					
OMNISCAN	GE Healthcare AG	140200			
sol inj bouteille en verre 10 ml			16440	75.60	51.57
sol inj bouteille en verre 15 ml			16440	106.65	78.61
sol inj bouteille en verre 20 ml			16440	133.15	101.72
sol inj seringue prête ser pré COP 10 ml			16440	75.60	51.57
sol inj seringue prête ser pré COP 15 ml			16440	105.70	77.79
sol inj seringue prête ser pré COP 20 ml			16440	128.55	97.67
Nouvelle limitation: Omniscan (gadodiamide) ne doit être utilisé que lorsque l'information diagnostique attendue de l'examen est indispensable pour le patient et ne peut pas être obtenue par une imagerie par résonance magnétique (IRM) non rehaussée, un agent de contraste à base de gadolinium macrocyclique ou toute autre méthode.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
QUTENZA	Grünenthal Pharma AG	109900			
patch 8 % Capsaicin 1 pce			19350	319.55	264.06
patch 8 % Capsaicin 2 pce			19350	741.65	631.76

Vieille limitation:

Pour le traitement de troisième intention des douleurs neuropathiques périphériques chez les patients adultes qui ne souffrent ni de diabète ni d'une neuropathie associée au VIH et chez qui une réduction suffisante de la douleur n'a pu être obtenue ni avec les traitements de première intention (antiépileptiques, antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline) ni avec les traitements de deuxième intention (opioïdes, patches à base de lidocaïne) ou qui n'ont pas toléré les traitements oraux de première et de deuxième intention.

Traitement réalisé en collaboration avec un centre de la douleur ou avec des spécialistes de la douleur titulaires d'une certification de compétences dans le traitement interventionnel de la douleur (SSIPM).

Seconde application uniquement en cas de réduction d'au moins 30% de la douleur (échelle visuelle analogique - EVA).

Remboursement de deux applications au maximum (patch) par période de trois mois à raison de CHF 576.50 (prix public). L'utilisation d'un seul patch revient à CHF 334.65 (prix public).

Garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie sur demande du médecin-conseil.

Nouvelle limitation:

Pour le traitement de troisième intention des douleurs neuropathiques périphériques chez les patients adultes qui ne souffrent ni de diabète ni d'une neuropathie associée au VIH et chez qui une réduction suffisante de la douleur n'a pu être obtenue ni avec les traitements de première intention (antiépileptiques, antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline) ni avec les traitements de deuxième intention (opioïdes, patches à base de lidocaïne) ou qui n'ont pas toléré les traitements oraux de première et de deuxième intention.

Traitement réalisé en collaboration avec un centre de la douleur ou avec des spécialistes de la douleur titulaires d'une certification de compétences dans le traitement interventionnel de la douleur (SSIPM).

Seconde application uniquement en cas de réduction d'au moins 30% de la douleur (échelle visuelle analogique - EVA).

Remboursement de deux applications au maximum (patch) par période de trois mois à raison de CHF 549.95 (prix public). L'utilisation d'un seul patch revient à CHF 319.55 (prix public).

Garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie sur demande du médecin-conseil.

IX. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2022

IMMUNATE S/D	Takeda Pharma AG	060110			
subst sèche 250 IE c solv flac 1 pce			16468	253.85	207.65
subst sèche 500 IE c solv flac 1 pce			16468	440.65	389.91
subst sèche 1000 IE c solv flac 1 pce			16468	840.60	780.08
subst sèche 250 IE c solv flac 1pce			16468	252.90	206.72

Nouvelle limitation:

Thérapie et prophylaxie des hémorragies chez les patients atteints d'hémophilie A (déficit congénital en facteur VIII, hémophilie A avec inhibiteur du facteur VIII, déficit acquis en facteur VIII dû au développement spontané d'inhibiteurs du facteur VIII).

Maladie de von Willebrand avec déficit en facteur VIII, si aucune préparation spécifique de von Willebrand n'est disponible et si le traitement par desmopressine (DDAVP) seule est insuffisant ou contre-indiqué.

IMMUNATE S/D	Shire Switzerland GmbH	060110			
subst sèche 250 IE c solv flac 1 pce			16468	253.85	207.65
subst sèche 500 IE c solv flac 1 pce			16468	440.65	389.91
subst sèche 1000 IE c solv flac 1 pce			16468	840.60	780.08
subst sèche 250 IE c solv flac 1 pce			16468	252.90	206.72

Nouvelle limitation:

Thérapie et prophylaxie des hémorragies chez les patients atteints d'hémophilie A (déficit congénital en facteur VIII, hémophilie A avec inhibiteur du facteur VIII, déficit acquis en facteur VIII dû au développement spontané d'inhibiteurs du facteur VIII).

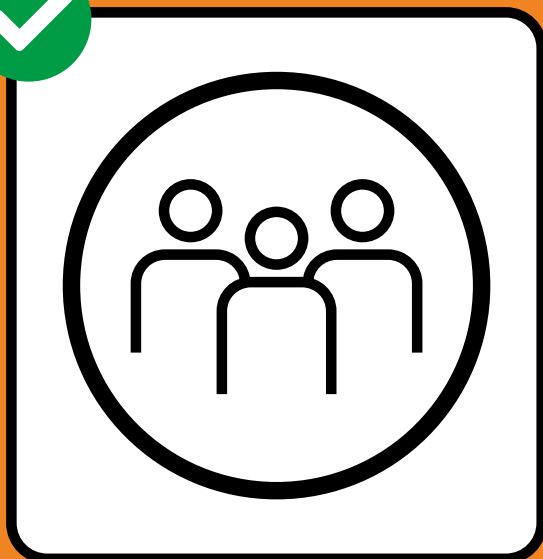
Maladie de von Willebrand avec déficit en facteur VIII, si aucune préparation spécifique de von Willebrand n'est disponible et si le traitement par desmopressine (DDAVP) seule est insuffisant ou contre-indiqué.

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER :**



À RESPECTER ABSOLUMENT :

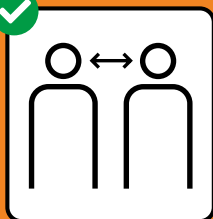
**Se faire
vacciner.**



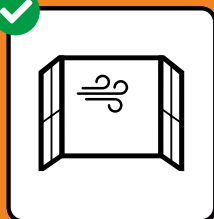
Réduire les contacts.



Porter un masque.



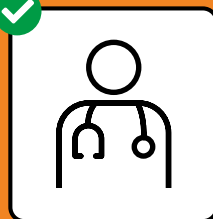
**Garder ses
distances.**



**Aérer
régulièrement.**



**Se laver ou
se désinfecter
les mains.**



**Se faire tester
en cas de
symptômes.**



**Travailler si
possible
à domicile.**

www.ofsp-coronavirus.ch

Les règles peuvent varier selon les cantons.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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



Application SwissCovid
Download

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n ^{os}
Argovie		9119247
Bâle-Ville		9812876
Berne		9561825
		9562576
		9722589
Zurich		8908976–8909000
		8909001–8909025
		8909026–8909050
		9226176–9226200
		9226151–9226175

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

7/2022