



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 15 mai 2023

Semaine

OFSP-Bulletin 20/2023

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

Liste des spécialités, p. 8

Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

IMPRESSION

Cavelti AG
Wilerstrasse 73
CH-9201 Gossau
Téléphone 071 388 81 81

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 50 00
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	7
Liste des spécialités	8
Vol d'ordonnances	27

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 18^e semaine (08.05.2023)^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 Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^f Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses :

Situation à la fin de la 18^e semaine (08.05.2023)^a

	Semaine 18			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	2 1.2	1 0.6	1 0.6	8 1.2	13 1.9	6 0.9	136 1.6	106 1.2	56 0.6	49 1.6	45 1.5	20 0.7
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	55 32.6	131 77.6		481 71.2	1568 232.2		24473 278.8	11563 131.7	50 0.6	12403 408.2	11122 366	26 0.9
Légionellose	4 2.4	12 7.1	6 3.6	27 4	39 5.8	23 3.4	672 7.7	684 7.8	501 5.7	133 4.4	129 4.2	122 4
Méningocoques: maladie invasive	2 1.2			3 0.4	1 0.2		27 0.3	12 0.1	9 0.1	15 0.5	5 0.2	1 0.03
Pneumocoques: maladie invasive	8 4.7	11 6.5	9 5.3	86 12.7	68 10.1	45 6.7	963 11	630 7.2	327 3.7	465 15.3	264 8.7	133 4.4
Rougeole	1 0.6			3 0.4			9 0.1			8 0.3		
Rubéole^c												
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	8 4.7	4 2.4	10 5.9	26 3.8	31 4.6	33 4.9	361 4.1	351 4	344 3.9	127 4.2	122 4	121 4
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	64 37.9	110 65.2	59 35	327 48.4	382 56.6	219 32.4	7283 83	7264 82.8	6218 70.8	1642 54	2002 65.9	1477 48.6
Hépatite A	2 1.2			6 0.9	5 0.7	5 0.7	51 0.6	46 0.5	51 0.6	24 0.8	20 0.7	23 0.8
Hépatite E		3 1.8	2 1.2	2 0.3	5 0.7	8 1.2	76 0.9	82 0.9	152 1.7	28 0.9	27 0.9	113 3.7
Infection à E. coli entérohémorragique	20 11.8	18 10.7	8 4.7	73 10.8	65 9.6	41 6.1	1236 14.1	1026 11.7	725 8.3	302 9.9	263 8.7	183 6
Listériose	3 1.8			11 1.6	5 0.7	3 0.4	84 1	45 0.5	37 0.4	26 0.9	20 0.7	8 0.3
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	1 0.6			1 0.2			15 0.2	5 0.06	1 0.01	7 0.2	3 0.1	
Salmonellose, autres	24 14.2	31 18.4	19 11.3	97 14.4	90 13.3	72 10.7	1892 21.6	1531 17.4	1262 14.4	385 12.7	326 10.7	291 9.6
Shigellose	1 0.6	4 2.4		13 1.9	10 1.5	3 0.4	201 2.3	134 1.5	30 0.3	55 1.8	46 1.5	10 0.3

	Semaine 18			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	215 127.4	306 181.3	223 132.1	953 141.1	927 137.3	916 135.7	12942 147.4	12116 138	11649 132.7	4341 142.9	4224 139	4289 141.2
Gonorrhée	98 58.1	125 74	49 29	398 58.9	396 58.6	243 36	5196 59.2	4610 52.5	3504 39.9	1803 59.3	1739 57.2	1216 40
Hépatite B, aiguë			1 0.6		1 0.2	3 0.4	15 0.2	17 0.2	19 0.2	6 0.2	6 0.2	5 0.2
Hépatite B, total déclarations	32	27	28	93	88	82	1150	1073	973	427	418	373
Hépatite C, aiguë			1 0.6		1 0.2	2 0.3	7 0.08	9 0.1	20 0.2	2 0.07	2 0.07	6 0.2
Hépatite C, total déclarations	29	25	24	91	76	86	1101	941	958	362	335	354
Infection à VIH	5 3	7 4.2	3 1.8	16 2.4	20 3	28 4.2	329 3.8	328 3.7	301 3.4	98 3.2	120 4	120 4
Sida		1 0.6			2 0.3	2 0.3	36 0.4	44 0.5	45 0.5	7 0.2	13 0.4	18 0.6
Syphilis, stades précoces*	5 3	15 8.9	24 14.2	29 4.3	48 7.1	66 9.8	732 8.3	735 8.4	629 7.2	211 6.9	273 9	237 7.8
Syphilis, total	11 6.5	19 11.3	30 17.8	39 5.8	65 9.6	89 13.2	982 11.2	977 11.1	847 9.6	298 9.8	362 11.9	323 10.6
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose							8 0.09	5 0.06	3 0.03	2 0.07		1 0.03
Chikungunya						1 0.2	11 0.1	5 0.06	1 0.01	6 0.2		1 0.03
Dengue	3 1.8	4 2.4		6 0.9	9 1.3	1 0.2	137 1.6	37 0.4	15 0.2	47 1.6	17 0.6	6 0.2
Encéphalite à tiques	6 3.6	3 1.8	4 2.4	17 2.5	9 1.3	12 1.8	403 4.6	278 3.2	449 5.1	28 0.9	16 0.5	23 0.8
Fièvre du Nil occidental									1 0.01			
Fièvre jaune												
Fièvre Q	1 0.6	1 0.6	2 1.2	13 1.9	4 0.6	6 0.9	109 1.2	94 1.1	74 0.8	42 1.4	24 0.8	38 1.2
Infection à Hantavirus								6 0.07				
Infection à virus Zika							1 0.01		1 0.03			
Paludisme	12 7.1	5 3	6 3.6	24 3.6	22 3.3	15 2.2	319 3.6	292 3.3	111 1.3	103 3.4	99 3.3	59 1.9
Trichinellose							2 0.02	2 0.02	3 0.03		2 0.07	1 0.03
Tularémie		1 0.6	3 1.8		3 0.4	11 1.6	117 1.3	192 2.2	163 1.9	13 0.4	17 0.6	65 2.1
Autres déclarations												
Botulisme							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.07	1 0.03	1 0.03
Diphthérie ^f				1 0.2			99 1.1	5 0.06	2 0.02	6 0.2	1 0.03	
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		4 2.4			6 0.9	1 0.2	21 0.2	33 0.4	21 0.2	9 0.3	12 0.4	7 0.2
Tétanos												
Variole du singe				1 0.2			554 6.3			3 0.1		

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



Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 5.5.2023 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	15		16		17		18		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	1	0.1	0.3	0
Coqueluche	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Piqûre de tiques	2	0.3	2	0.2	10	0.9	3	0.3	4.3	0.4
Borréliose de Lyme	1	0.1	4	0.4	3	0.3	1	0.1	2.3	0.2
Herpès zoster	7	0.9	10	0.9	7	0.6	6	0.6	7.5	0.8
Néuralgies post-zostériennes	2	0.3	2	0.2	2	0.2	1	0.1	1.8	0.2
Médecins déclarants	118		138		141		138		133.8	

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} mai 2023

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
07.02.30		VITAMINE D3 SANDOZ ECO (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21434	caps 1000 UI blist 30 pce Fr. 3.10 (1.68)		68434001	01.05.2023, D
	21434	caps 1000 UI blist 90 pce Fr. 9.30 (5.04)		68434002	01.05.2023, D
	21434	caps 3200 UI blist 30 pce Fr. 14.40 (5.38)		68434003	01.05.2023, B
	21434	caps 3200 UI blist 90 pce Fr. 34.90 (16.13)		68434004	01.05.2023, B
<p>Traitement d'une carence sévère prouvée en vitamine D (concentration sérique de 25-hydroxycholecalciférol < 25 nmol/l ou < 10 ng/ml) chez les adultes et les adolescents âgés de 12 ans et plus. Pour le traitement de l'ostéomalacie.</p>					
	21434	caps 25000 UI blist 4 pce Fr. 14.65 (5.60)		68434005	01.05.2023, B
<p>Traitement d'une carence sévère prouvée en vitamine D (concentration sérique de 25-hydroxycholecalciférol < 25 nmol/l ou < 10 ng/ml) chez les adultes et les adolescents âgés de 12 ans et plus.</p>					
07.06.20		RÉPAGLINIDE RIVOPHARM (Repaglinidum)	Rivopharm SA		
G	21590	cpr 0.5 mg blist 90 pce Fr. 19.15 (9.53)		61234016	01.05.2023, B
	21590	cpr 1 mg blist 90 pce Fr. 25.55 (11.54)		61234017	01.05.2023, B
	21590	cpr 2 mg blist 90 pce Fr. 27.80 (13.52)		61234018	01.05.2023, B
<p>A utiliser lorsque d'autres antidiabétiques oraux sont contre-indiqués ou non appropriés pour des raisons médicales ou pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.</p>					
07.06.20		SITAGLIPTINE METFORMINE SANDOZ (Metformini hydrochloridum, Sitagliptinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
G	21603	cpr pell 50/500 mg blist 56 pce Fr. 29.50 (14.99)		68723001	01.05.2023, B
	21603	cpr pell 50/500 mg blist 196 pce Fr. 76.65 (52.48)		68723002	01.05.2023, B
	21603	cpr pell 50/850 mg blist 56 pce Fr. 29.50 (14.99)		68723003	01.05.2023, B
	21603	cpr pell 50/850 mg blist 196 pce Fr. 76.65 (52.48)		68723004	01.05.2023, B
	21603	cpr pell 50/1000 mg blist 56 pce Fr. 29.50 (14.99)		68723005	01.05.2023, B
	21603	cpr pell 50/1000 mg blist 196 pce Fr. 76.65 (52.48)		68723006	01.05.2023, B
<p>Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec un régime alimentaire, une activité physique accrue et les traitements oraux et/ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lorsque ni la metformine ni la sitagliptine en monothérapie n'offrent un contrôle suffisant de la glycémie ou chez les patients qui reçoivent déjà une combinaison de sitagliptine et de metformine. - En triple association avec une sulfonylurée, si la combinaison de deux des trois principes actifs suivants n'offre pas un contrôle suffisant de la glycémie: metformine, sitagliptine ou sulfonylurée. - En association avec l'insuline, si cette mesure ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie. 					

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.06.20 G		SITAGLIPTIN-METFORMIN-MEPHA (Metformini hydrochloridum, Sitagliptinum)	Mepha Pharma AG		
	21612	cpr pell 50/500 mg blist 56 pce Fr. 29.50 (14.99)		68378001	01.05.2023, B
	21612	cpr pell 50/500 mg blist 196 pce Fr. 76.65 (52.48)		68378002	01.05.2023, B
	21612	cpr pell 50/850 mg blist 56 pce Fr. 29.50 (14.99)		68378003	01.05.2023, B
	21612	cpr pell 50/850 mg bte 100 pce Fr. 47.15 (26.77)		68378007	01.05.2023, B
	21612	cpr pell 50/850 mg blist 196 pce Fr. 76.65 (52.48)		68378004	01.05.2023, B
	21612	cpr pell 50/1000 mg blist 56 pce Fr. 29.50 (14.99)		68378005	01.05.2023, B
	21612	cpr pell 50/1000 mg bte 100 pce Fr. 47.15 (26.77)		68378008	01.05.2023, B
	21612	cpr pell 50/1000 mg blist 196 pce Fr. 76.65 (52.48)		68378006	01.05.2023, B
<p>Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec un régime alimentaire, une activité physique accrue et les traitements oraux et/ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lorsque ni la metformine ni la sitagliptine en monothérapie n'offrent un contrôle suffisant de la glycémie ou chez les patients qui reçoivent déjà une combinaison de sitagliptine et de metformine. - En triple association avec une sulfonylurée, si la combinaison de deux des trois principes actifs suivants n'offre pas un contrôle suffisant de la glycémie: metformine, sitagliptine ou sulfonylurée. - En association avec l'insuline, si cette mesure ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie. 					
07.06.20 G		VILDAGLIPTINE NOBEL (Vildagliptinum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21610	cpr 50 mg blist 28 pce Fr. 29.20 (14.72)		68750001	01.05.2023, B
	21610	cpr 50 mg blist 112 pce Fr. 84.00 (58.90)		68750002	01.05.2023, B
<p>Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie: <ul style="list-style-type: none"> - avec la metformine ou - une sulfonylurée (SU) ou - une thiazolidinédione (TZD) - En triple association avec la metformine et une sulfonylurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie. - En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie. 					
07.06.20 G		VILDAGLIPTINE SPIRIG HC (Vildagliptinum)	Spirig HealthCare AG		
	21614	cpr 50 mg blist 28 pce Fr. 29.20 (14.72)		67574001	01.05.2023, B
	21614	cpr 50 mg blist 112 pce Fr. 84.00 (58.90)		67574002	01.05.2023, B
<p>Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie: <ul style="list-style-type: none"> - avec la metformine ou - une sulfonylurée (SU) ou - une thiazolidinédione (TZD) - En triple association avec la metformine et une sulfonylurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie. - En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie. 					
07.12		EZETIMIB-ROSUVASTATIN-MEPHA (Ezetimibum, Rosuvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	21601	cpr pell 10 mg/10 mg blist 30 pce Fr. 45.15 (25.05)		68437003	01.05.2023, B
	21601	cpr pell 10 mg/10 mg blist 90 pce Fr. 102.65 (75.15)		68437004	01.05.2023, B
	21601	cpr pell 10 mg/20 mg blist 30 pce Fr. 49.50 (28.83)		68437005	01.05.2023, B
	21601	cpr pell 10 mg/20 mg blist 90 pce Fr. 115.70 (86.50)		68437006	01.05.2023, B
<p>Ezetimib-Rosuvastatin-Mepha est indiqué comme traitement substitutif chez le patient adulte qui reçoit déjà de l'ézétimibe et de la rosuvastatine séparément sous forme de comprimés du même dosage et qui remplit les critères selon la limitation des mono-préparations d'ézétimibe et de rosuvastatine.</p>					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.15		REMSIMA (IP) (Infliximabum)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	21606	subst sèche 100 mg flac 1 pce Fr. 535.65 (452.29)		68734001	01.05.2023, A

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Maladie de Crohn active

Traitement de patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel précédent (p. ex. par l'azathioprine, la 6-mercaptopurine, les stéroïdes) a été insuffisant.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement chez les patients adultes par REMSIMA lorsque le traitement de fond classique (p. ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

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

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1) la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 2) un anti-TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas permis d'obtenir un succès thérapeutique. En l'absence de succès thérapeutique au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée maximale du traitement est de 1 an.

Arthrite psoriasique

Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1) seulement en association avec le méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux DMARD de fond, dont le méthotrexate et 2) après échec des associations méthotrexate/étanercept ou méthotrexate/adalimumab.

07.16.10		POLIVY (Polatuzumabum vedotinum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	21276	subst sèche 30 mg i. v. flac 1 pce Fr. 2408.40 (2139.89)		67165001	01.05.2023, A
	21276	subst sèche 140 mg i. v. flac 1 pce Fr. 10481.80 (9986.16)		67165002	01.05.2023, A

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2026

Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, en association avec le rituximab et la bendamustine

(avec modèle de prix)

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

Une garantie de prise en charge doit contenir le code de l'indication correspondant (21276.01).

POLIVY, en association avec la bendamustine et le rituximab, est indiqué dans le traitement des patients adultes présentant un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Le traitement par POLIVY est remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable.

Il existe des modèles de prix pour POLIVY et le rituximab. Le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, une part convenue du prix de fabrique pour chaque emballage remis de POLIVY. Elle informe l'assureur-maladie du montant du remboursement.

La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit intervenir rapidement dès le moment de l'administration. Sans remboursements, POLIVY et le rituximab ne sont pas rentables dans cette association.

Le remboursement de POLIVY n'est possible qu'en association avec un médicament à base de rituximab dont la limitation précise explicitement l'association (POLIVY et rituximab et bendamustine) pour le traitement du LDGCB. En revanche, l'association est remboursée si, pour les préparations contenant le principe actif bendamustine, l'association avec POLIVY et le rituximab n'est pas explicitement mentionnée dans leur limitation.

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 21276.01

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10 G		TOPOTECAN LABATEC (Topotecanum)	Labatec Pharma SA		
	20206	subst sèche 1 mg flac 1 pce Fr. 97.20 (70.40)		65085005	01.05.2023, A
	20206	subst sèche 4 mg flac 1 pce Fr. 304.45 (250.90)		65085007	01.05.2023, A
	20206	subst sèche 4 mg flac 5 pce Fr. 1431.60 (1249.25)		65085008	01.05.2023, A
<p>Traitement de deuxième ligne du cancer bronchique à petites cellules en cas d'échec ou de récurrence après une chimiothérapie de première ligne selon un schéma actuellement établi.</p> <p>Traitement du cancer de l'ovaire métastatique, après un échec du traitement primaire ou de plusieurs lignes de traitement.</p> <p>Traitement associé au cisplatine, de patientes souffrant de cancer du col de l'utérus récidivant, persistant ou de stade IV-B, attesté histologiquement, si une intervention chirurgicale et/ou une radiothérapie ne sont pas envisageables.</p>					
07.99		WILENTIN (Trientini dihydrochloridum)	Future Health Pharma GmbH		
	21411	caps 250 mg bte 100 pce Fr. 2600.00 (2314.55)		67900001	01.05.2023, B
<p>WILENTIN est remboursé pour le traitement de la maladie de Wilson (maladie de surcharge en cuivre) chez les patients qui ne pouvaient pas tolérer le traitement à la D-pénicillamine.</p> <p>Le traitement doit être initié et suivi par des gastroentérologues ou des hépatologues expérimentés pour traiter les patients atteints de la maladie de Wilson.</p>					
08.01.70		VANTOBRA (Tobramycinum)	PARI Swiss AG		
	21573	sol inhal 170 mg/1.7 ml amp 56 pce Fr. 2300.45 (2041.44)		68539001	01.05.2023, A
08.03		BARACLIDE (IP) (Entecavirum)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	21588	cpr pell 0.5 mg blist 30 pce Fr. 413.40 (345.84)		68837001	01.05.2023, A
	21588	cpr pell 1 mg blist 30 pce Fr. 567.85 (480.34)		68837002	01.05.2023, A
Indiqué seulement pour les patients ayant développé une résistance à la lamivudine. (Traitement de deuxième intention).					
09.99		VISANNE (IP) (Dienogestum)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	21607	cpr 2 mg 2 blist 14 pce Fr. 71.45 (47.94)		68831001	01.05.2023, B
	21607	cpr 2 mg 6 blist 14 pce Fr. 156.75 (122.24)		68831002	01.05.2023, B
11.99		BYOOVIZ (Ranibizumabum)	Samsung Bioepis CH GmbH		
	21604	sol inj 2.3 mg/0.23 ml av aiguille filtre flac 0.23 ml Fr. 654.15 (555.54)		68690001	01.05.2023, B
<p>Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative (humide) – DMLA, d'une perte de vision due à un œdème maculaire diabétique (OMD) et d'une perte de vision due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de veine rétinienne (occlusion de branche veineuse rétinienne OBVR et occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) ou d'une perte de vision due à une néovascularisation choroïdienne (NVC) consécutive à une myopie pathologique (MP), (NVC myopique, mNVC). LUCENTIS ne doit être utilisé que par des ophtalmologistes qualifiés dans les cliniques/centres A, B et C (conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH (http://www.siwf-register.ch) et pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).</p> <p>Réglementation exceptionnelle: les cliniques de formation A, B et C ont le droit de collaborer avec des ophtalmologistes en cabinet pour assurer des soins qui soient proches du patient.</p> <p>La collaboration se déroule sur une base consensuelle entre les deux partenaires et respecte les conditions suivantes:</p> <p>a) La clinique de formation assure le premier examen ou la confirmation du diagnostic. Ce point doit être documenté pour les caisses-maladie.</p> <p>b) Sur accord concernant les indications autorisées (DMLA, OMD, OBVR, OVCR ou mNVC), le médecin en cabinet peut également assurer la poursuite du traitement du patient.</p> <p>Le traitement simultané des deux yeux chez un patient nécessite l'autorisation de l'assurance maladie, après consultation préalable du médecin-conseil.</p>					
17.01 G		STRIASCAN (loflupanum (123-I))	b.e.imaging.ag		
	21613	sol inj 74 MBq/ml 1 pce Fr. 937.10 (749.29)		68593001	01.05.2023, A
<p>L'indication doit être posée par un spécialiste en neurologie (FMH).</p> <p>Dans des cas sélectionnés pour différencier le tremblement essentiel des syndromes parkinsoniens, lorsque le neurologue ne peut pas poser le diagnostic clinique avec suffisamment de certitude, malgré la réalisation d'un essai thérapeutique adéquat par la L-Dopa.</p> <p>DatSCAN n'est pas indiqué pour différencier la maladie de Parkinson des syndromes parkinsoniens atypiques (atrophie multisystématisée ou paralysie supranucléaire progressive ou dégénérescence cortico-basale).</p> <p>Le taux de distribution supplémentaire pour le transport spécial est de fr. 59.-.</p>					

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

II. Autres emballages et dosages

07.12		EZETIMIB-ROSUVASTATIN-MEPHA (Ezetimibum, Rosuvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	21601	cpr pell 10 mg/5 mg blist 30 pce Fr. 40.80 (21.27)		68437001	01.05.2023, B
	21601	cpr pell 10 mg/5 mg blist 90 pce Fr. 89.65 (63.81)		68437002	01.05.2023, B

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

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.99 G		RIVASTIGMIN-MEPHA PATCH (Rivastigminum)	Mepha Pharma AG		
	20783	patchs mat 4.6mg/24h (ancien) 30 pce Fr. 61.75 (39.51)		66880001	01.05.2023, B
	20783	patchs mat 9.5 mg/24h (ancien) 30 pce Fr. 61.75 (39.51)		66880002	01.05.2023, B
	20783	patchs mat 9.5 mg/24h (ancien) 60 pce Fr. 107.10 (79.02)		66880003	01.05.2023, B
	20783	patchs mat 13.3mg/24h (ancien) 30 pce Fr. 61.75 (39.51)		66880004	01.05.2023, B
	20783	patchs mat 13.3mg/24h (ancien) 60 pce Fr. 107.10(79.02)		66880005	01.05.2023, B
07.01.10		ALFARÉ (Materia crassa, Carbohydrata, Proteina)	Nestlé Health Science Nestlé Suisse S.A.		
	14384	pdr bte 400 g Fr. 25.05 (13.58)			01.05.2023
07.01.10		ALFARÉ HMO (Materia crassa, Carbohydrata, Fibrae alimentariae)	Nestlé Health Science Nestlé Suisse S.A.		
	14384	pdr bte 400 g Fr. 25.05 (13.58)			01.05.2023
07.01.10		ALTHÉRA HMO (Materia crassa, Carbohydrata, Fibrae alimentariae)	Nestlé Health Science Nestlé Suisse S.A.		
	18943	pdr bte 400 g Fr. 26.75 (14.49)			01.05.2023
07.16.10 G		ETOPOSIDE SANDOZ (Etoposidum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17764	conc perf 400 mg/20ml flac 20 ml Fr. 105.95 (78.00)		55165008	01.05.2023, A
07.16.20		SANDOSTATINE (Octreotidum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	15538	sol inj 1 mg/5ml flac 5 ml Fr. 113.20 (84.32)		49137060	01.05.2023, A
08.03		REYATAZ (Atazanavirum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	18048	caps 150 mg 60 pce Fr. 467.60 (393.02)		56288003	01.05.2023, A
12.02.10		SPRAY NASAL NEO SPIRIG HC (Xylometazolini hydrochloridum)	Spirig HealthCare AG		
	19405	spray nasal 0.1 % spr dos 15ml Fr. 6.85 (3.70)		61376002	01.05.2023, D
	19405	spray nasal 0.05 % 10ml Fr. 4.55 (2.47)		61376003	01.05.2023, D
12.03.20		MALVEOL (Acidum salicylicum, Malvae folium, Althaeae folium)	EHC (EUROPEAN HEALTH CORPORATION) SA		
	14081	émuls 100 ml Fr. 7.65 (4.15)		11275028	01.05.2023, D
17.01		INDIUM DTPA IN111 CURIUM (Indii (111-In)pentetas)	b.e.imaging.ag		
	17432	sol inj 18.5 MBq 0.5 ml Fr. 370.40		46160001	01.05.2023, A
	17432	sol inj 37 MBq 1 ml Fr. 460.45		46160002	01.05.2023, A

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS					
VYEPTI conc perf 100 mg/ml flac 1 ml	Lundbeck (Schweiz) AG	020510	21307	1396.05	1216.84
IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
FELODIPIN RETARD ZENTIVA cpr pell ret 2.5mg 30 pce cpr pell ret 5 mg 20 pce cpr pell ret 5 mg 100 pce cpr pell ret 10 mg 20 pce cpr pell ret 10 mg 100 pce	Helvepharm AG	020610	18575 18575 18575 18575 18575	15.25 15.30 45.50 19.45 69.25	6.16 6.17 25.33 9.78 46.05
FELODIPINE SANDOZ ECO cpr ret 2.5mg 30 pce cpr ret 5 mg 20 pce cpr ret 5 mg 100 pce cpr ret 10 mg 20 pce cpr ret 10 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020610	17859 17859 17859 17859 17859	15.45 15.75 45.50 19.45 69.40	6.33 6.59 25.33 9.81 46.15
FELODIPINE-MEPHA cpr ret 2.5mg 30 pce cpr ret 5 mg 20 pce cpr ret 5 mg 100 pce cpr ret 10 mg 20 pce cpr ret 10 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	020610	18332 18332 18332 18332 18332	15.65 15.75 45.50 19.45 69.40	6.51 6.59 25.33 9.81 46.15
HALAVEN sol inj 1 mg/2ml flac 2 ml	Eisai Pharma AG	071610	19427	302.85	249.54
KETESSE cpr pell 25 mg 20 pce cpr pell 25 mg 40 pce	A. Menarini GmbH	071010	17547 17547	9.65 18.00	4.85 8.55
MEDROL cpr 4 mg 30 pce cpr 16 mg 10 pce cpr 32 mg 10 pce cpr 100 mg 10 pce	Pfizer AG	070723	12664 12664 12664 12664	9.55 14.25 18.20 42.40	4.75 5.25 8.73 22.63
NAPROXEN-MEPHA lactabs 250 mg 20 pce lactabs 500 mg 10 pce lactabs 500 mg 20 pce lactabs 500 mg 50 pce	Mepha Pharma AG	071010	16231 16231 16231 16231	7.70 7.60 14.40 20.70	3.15 3.05 5.38 10.89
PLENDIL cpr ret 5 mg 20 pce cpr ret 5 mg 100 pce cpr ret 10 mg 20 pce cpr ret 10 mg 100 pce	AstraZeneca AG	020610	15426 15426 15426 15426	15.60 48.70 20.30 71.50	6.44 28.14 10.55 48.00
PLENDIL SENIOR cpr ret 2.5 mg 30 pce	AstraZeneca AG	020610	15426	15.55	6.42
PROXEN cpr pell 500 mg 10 pce cpr pell 500 mg 20 pce cpr pell 500 mg 50 pce cpr pell 250 mg 50 pce	Grünenthal Pharma AG	071010	14012 14012 14012 14012	7.70 14.60 26.20 17.15	3.14 5.56 12.10 7.79

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SERACTIL	Gebro Pharma AG	071010			
cpr pell 200 mg 30 pce			17549	8.85	4.14
cpr pell 300 mg 30 pce			17549	15.20	6.09
cpr pell 400 mg forte 10 pce			17549	7.15	2.67
cpr pell 400 mg forte 30 pce			17549	16.10	6.88
cpr pell 400 mg forte 50 pce			17549	25.15	11.19
pdr 400 mg sach 10 pce			19228	7.15	2.67
pdr 400 mg sach 30 pce			19228	16.10	6.88
SPEDIFEN	Zambon Switzerland Ltd	071010			
cpr pell 400 mg 30 pce			17672	14.65	5.61
gran 400 mg sach 30 pce			15689	14.35	5.36
gran 600 mg sach 30 pce			15689	16.45	7.19
IV.c. Mutation de prix normale					
IMBRUVICA	Janssen-Cilag AG	071610			
cpr pell 140 mg 28 pce			21011	1632.55	1432.48
cpr pell 280 mg 28 pce			21011	3182.60	2864.96
cpr pell 420 mg 28 pce			21011	4650.90	4297.44
cpr pell 560 mg 28 pce			21011	6071.65	5683.56
KALYDECO	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
cpr pell 150 mg 56 pce			20145	13548.60	12978.17
ORKAMBI	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
cpr pell 100 mg/125 mg (à partir de 6 ans) 112 pce			20543	10633.20	10133.84
cpr pell 200 mg/125 mg (à partir de 12 ans) 112 pce			20543	10633.20	10133.84
gran 100 mg/125 mg (à partir de 2 ans) sach 56 pce			21561	10633.20	10133.84
gran 150 mg/188 mg (à partir de 2 ans) sach 56 pce			21561	10633.20	10133.84
SYMDEKO	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
cpr pell 100 mg/150 mg + 150 mg 56 pce			20914	11838.75	11310.01
IV.d. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet					
REPLAGAL	Takeda Pharma AG	071400			
conc perf 3.5 mg/3.5 ml flac 3.5 ml			17762	2028.00	1793.02

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

V. Modifications de la limitation/de l'indication

CAPRELSA

Sanofi-Aventis (Suisse) SA

071610

cpr 100 mg blist 30 pce

19924

2445.50

2173.70

cpr 300 mg blist 30 pce

19924

4959.05

4598.08

Vieille limitation

Traitement du cancer médullaire de la thyroïde métastatique et non opérable avec progression rapide et présence de symptômes. Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Le traitement nécessite la garantie de prise en charge des frais de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Nouvelle limitation

Pour le traitement des patients atteints du cancer médullaire de la thyroïde (CMT) agressif et symptomatique avec mutation RET (Réarrangement pendant la Transfection) chez les adultes atteints d'une maladie non opérable, localement avancée ou métastatique. Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Le traitement nécessite la garantie de prise en charge des frais de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

IMBRUVICA

Janssen-Cilag AG

071610

cpr pell 140 mg 28 pce

21011

1632.55

1432.48

cpr pell 280 mg 28 pce

21011

3182.60

2864.96

cpr pell 420 mg 28 pce

21011

4650.90

4297.44

cpr pell 560 mg 28 pce

21011

6071.65

5683.56

Imbruvica 140 mg - 420 mg

Vieille limitation

Ibrutinib n'est pas remboursé chez les patients ayant progressé sous acalabrutinib.

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

Leucémie lymphoïde chronique en 1^{ère} ligne (LLC, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'une LLC non préalablement traitée et présentant une délétion 17p ou une mutation TP53.

Leucémie lymphoïde chronique dès la 2^e ligne (LLC, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'une LLC ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Maladie de Waldenström (MW, monothérapie et thérapie combinée)

Ibrutinib monothérapie

- En monothérapie pour le traitement de première ligne de patients adultes symptomatiques atteints d'une MW pour lesquels une immunochimiothérapie (DRC, BR, BDR, VR) n'est pas envisageable ou en monothérapie pour le traitement de patients adultes symptomatiques atteints d'une MW ayant reçu au moins un traitement antérieur et qui ont eu une rechute dans les 24 mois suivant un régime thérapeutique à base de rituximab.

Thérapie d'ibrutinib en association avec le rituximab

- En association avec le rituximab dès la première ligne de traitement pour des patients adultes symptomatiques atteints d'une MW pour lesquels au moins l'un des traitements suivants n'est pas envisageable: immunochimiothérapie (DRC, BR, BDR, VR), chimiothérapie, rituximab en monothérapie (sur la base de la charge tumorale, de l'état de santé du patient ou des contre-indications).

Lymphome à cellules du manteau (LCM, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau caractérisé par une translocation t(11;14) et/ou une expression de la cycline D1, et n'ayant pas obtenu de réponse partielle avec un traitement antérieur ou ayant présenté une progression après le traitement antérieur.

Nouvelle limitation

Ibrutinib n'est pas remboursé chez les patients ayant progressé sous des inhibiteurs de la BTK.

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

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2025

Leucémie lymphoïde chronique en 1^{ère} ligne, uIGHV (LLC, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes ≥ 65 ans présentant un status de IGHV non muté, naïfs de traitement et pour lesquels une immunochimiothérapie à base de fludarabine à dose complète n'est pas envisageable.

Janssen-Cilag AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, une part convenue du prix de fabrique pour chaque emballage remis d'IMBRUVICA pour le traitement des patients avec une CLL en 1^{ère} ligne présentant un status de IGHV non muté sans délétion 17p ou mutation TP53.

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

Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21011.01

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

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2025

Leucémie lymphoïde chronique en 1^{ère} ligne, uIGHV (LLC, thérapie combinée)

En combinaison avec Rituximab pour le traitement de patients adultes ≤ 70 ans présentant un status de IGHV non muté, naïfs de traitement et pour lesquels une immunochimiothérapie à base de fludarabine à dose complète n'est pas envisageable.

Janssen-Cilag AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, une part convenue du prix de fabrication pour chaque emballage remis d'IMBRUVICA pour le traitement des patients avec une LLC en 1^{ère} ligne présentant un status de IGHV non muté sans délétion 17p ou mutation TP53. Janssen-Cilag AG informe l'assureur-maladie du montant du remboursement. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, Janssen-Cilag AG rembourse les frais de thérapie pour le rituximab en traitement combiné avec l'ibrutinib en LLC 1^{ère} ligne sur la base du prix de fabrication. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrication.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21011.02

Leucémie lymphoïde chronique en 1^{ère} ligne, délétion 17p ou mutation TP53 (LLC, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'une LLC non préalablement traitée et présentant une délétion 17p ou une mutation TP53.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21011.03

Leucémie lymphoïde chronique dès la 2^e ligne (LLC, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'une LLC ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21011.04

Maladie de Waldenström (MW, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de première ligne de patients adultes symptomatiques atteints d'une MW pour lesquels une immunochimiothérapie (DRC, BR, BDR, VR) n'est pas envisageable ou en monothérapie pour le traitement de patients adultes symptomatiques atteints d'une MW ayant reçu au moins un traitement antérieur et qui ont eu une rechute dans les 24 mois suivant un régime thérapeutique à base de rituximab.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21011.05

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

Maladie de Waldenström (MW, thérapie combinée)

Thérapie d'ibrutinib en association avec le rituximab

En association avec le rituximab dès la première ligne de traitement pour des patients adultes symptomatiques atteints d'une MW pour lesquels au moins l'un des traitements suivants n'est pas envisageable: immunochimiothérapie (DRC, BR, BDR, VR), chimiothérapie, rituximab en monothérapie (sur la base de la charge tumorale, de l'état de santé du patient ou des contre-indications).

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21011.06

Lymphome à cellules du manteau (LCM, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau caractérisé par une translocation t(11;14) et/ou une expression de la cycline D1, et n'ayant pas obtenu de réponse partielle avec un traitement antérieur ou ayant présenté une progression après le traitement antérieur.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21011.07

Imbruvica 560 mg

Vieille limitation

Ibrutinib n'est pas remboursé chez les patients ayant progressé sous acalabrutinib.

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

Lymphome à cellules du manteau (LCM, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau caractérisé par une translocation t(11;14) et/ou une expression de la cycline D1, et n'ayant pas obtenu de réponse partielle avec un traitement antérieur ou ayant présenté une progression après le traitement antérieur.

Nouvelle limitation

Ibrutinib n'est pas remboursé chez les patients ayant progressé sous des inhibiteurs de la BTK.

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

Lymphome à cellules du manteau (LCM, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau caractérisé par une translocation t(11;14) et/ou une expression de la cycline D1, et n'ayant pas obtenu de réponse partielle avec un traitement antérieur ou ayant présenté une progression après le traitement antérieur.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21011.07

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
KALYDECO cpr pell 150 mg 56 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20145	13548.60	12978.17

Vieille limitation

KALYDECO est indiqué dans le traitement de la mucoviscidose chez les patients âgés de 6 ans et plus porteurs de la mutation G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R du gène CFTR.

Le traitement par KALYDECO de tous les patients souffrant de mucoviscidose ne peut avoir lieu que dans des centres spécialisés dans cette maladie.

L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose et traités par KALYDECO doit en règle générale être enregistrée dans le registre européen de lutte contre la mucoviscidose (ECFSPR) tous les trois mois (anamnèse, qualité de vie, fonction pulmonaire, posologie de KALYDECO, observance, interruptions de traitement). Le taux de chlorure dans la sueur ainsi que la valeur initiale du VEMS (%) doivent être déterminés chez tous les patients souffrant de mucoviscidose avant le début du traitement (= situation initiale). Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement par KALYDECO. Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % n'est atteinte, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois. Tous les séjours en établissement hospitalier doivent être portés dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation). Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être répertoriés dans le registre. Lors d'une exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être indiqué comme suit: désignation de la substance active de l'antibiotique; durée du traitement antibiotique, voie intraveineuse vs voie orale vs voie inhalée; hospitalisation vs traitement ambulatoire.

Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par KALYDECO doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis:

- Le taux de chlorure dans la sueur du patient tombe au-dessous de 60 mmol/l OU
- le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale OU
- le patient présente une amélioration absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.

Dans les cas où le taux de chlorure dans la sueur est déjà inférieur à 60 mmol/l en situation initiale, le patient est considéré comme répondant au traitement si

- le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou
- le patient présente une amélioration absolue durable du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.

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

Contact:

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

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

L'ivacaftor (comprimés pelliculés) en monothérapie est remboursé pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 6 ans et plus et pesant au moins 25 kg, porteurs d'une mutation R117H-CFTR ou de l'une des mutations de défaut de régulation (classe III) du gène CFTR suivantes: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R. La mutation doit avoir été constatée avec une procédure de test validée.

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

- L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités doit être consignée tous les 3 mois dans le registre européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement).
- Le taux de chlorure dans la sueur ainsi que la valeur initiale du VEMS (%) doivent être déterminés chez tous les patients souffrant de mucoviscidose avant le début du traitement (= situation initiale).
- Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement par ivacaftor.
- Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % n'est atteinte, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois.
- Tous les séjours en établissement hospitalier doivent être portés dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être répertoriés dans le registre.
- Lors d'une exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être indiqué comme suit: désignation de la substance active de l'antibiotique; durée du traitement antibiotique, voie intraveineuse vs voie orale vs voie inhalée; hospitalisation vs traitement ambulatoire.

Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par ivacaftor doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis:

- Le taux de chlorure dans la sueur du patient tombe au-dessous de 60 mmol/l OU
- le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale OU
- le patient présente une amélioration absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.

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

Dans les cas où le taux de chlorure dans la sueur est déjà inférieur à 60 mmol/l en situation initiale, le patient est considéré comme répondant au traitement si

- Le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale OU
- le patient présente une amélioration absolue durable du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.

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

Contact:

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

MABTHERA	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
conc perf 100 mg/10 ml 2 amp 10 ml			17079	627.30	532.16
conc perf 500 mg/50 ml amp 50 ml			17079	1515.65	1325.87

Vieille limitation

Hématologie:

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20- positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Nouvelle limitation

Hématologie:

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20- positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 17079.01

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 17079.02

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.04.2026

Association de MABTHERA avec POLIVY et la bendamustine en cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire

(avec modèle de prix)

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

MABTHERA est remboursé en association avec POLIVY et la bendamustine pour le traitement des patients adultes présentant un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Le traitement est remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable.

Les critères de remboursement correspondants s'appliquent conformément à la limitation de POLIVY. En ce qui concerne le remboursement de MABTHERA dans cette association, respecter également la limitation suivante:

Le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, un pourcentage de 19.94% du prix de fabrique pour chaque emballage remis de MABTHERA en association avec POLIVY et la bendamustine. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 17079.03

RIXATHON	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
conc perf 100 mg/10ml 2 amp 10 ml			20820	505.50	426.05
conc perf 500 mg/50 ml amp 50 ml			20820	1225.70	1061.49

Vieille limitation

Hématologie:

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20- positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Nouvelle limitation

Hématologie:

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20- positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 20820.01

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 20820.02

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.04.2026

Association de RIXATHON avec POLIVY et la bendamustine en cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire

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

RIXATHON est remboursé en association avec POLIVY et la bendamustine pour le traitement des patients adultes présentant un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Le traitement est remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable.

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 20820.03

TRITTICO UNO	OM Pharma Suisse SA	010600			
cpr ret 150 mg blist 30 pce			20882	42.20	22.49
cpr ret 150 mg blist 90 pce			20882	82.25	57.35

Vieille limitation

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

Nouvelle limitation

Pour le traitement des patients adultes souffrant de dépression, avec ou sans trouble anxieux. La posologie est de 300 mg/jour maximum. Les emballages entamés doivent être utilisés, même si cela implique la prise de deux comprimés par jour pendant une courte période.

TRUXIMA	iQone Healthcare Switzerland SA	071610			
conc perf 100 mg/10 ml 2 vial 10 ml			20815	505.50	426.05
conc perf 500 mg/50 ml vial 50 ml			20815	1225.70	1061.49

Vieille limitation

Hématologie:

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Nouvelle limitation

Hématologie:

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 20815.01

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

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 20815.02

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.04.2026

Association de TRUXIMA avec POLIVY et la bendamustine en cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire

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

TRUXIMA est remboursé en association avec POLIVY et la bendamustine pour le traitement des patients adultes présentant un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Le traitement est remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable.

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 20815.03

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
VI. Limitation de la nouvelle admission					
KALYDECO	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
gran 25 mg sach 56 pce			21563	13548.60	12978.17
gran 50 mg sach 56 pce			21563	13548.60	12978.17
gran 75 mg sach 56 pce			21563	13548.60	12978.17

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

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

L'ivacaftor (granulés) en monothérapie est remboursé pour le traitement des enfants atteints de mucoviscidose âgés de 4 mois et plus et pesant de 5 kg à moins de 25 kg, porteurs d'une mutation R117H-CFTR ou de l'une des mutations de défaut de régulation (classe III) du gène CFTR suivantes: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R. La mutation doit avoir été constatée avec une procédure de test validée.

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

- L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités doit être consignée tous les 3 mois dans le registre européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr/>) (fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement).
- Le taux de chlorure dans la sueur ainsi que la valeur initiale du VEMS (%) doivent être déterminés chez tous les patients souffrant de mucoviscidose avant le début du traitement (= situation initiale), dans la mesure où l'évaluation de la fonction pulmonaire est réalisable du fait de l'âge du patient. Au plus tard à partir de l'âge de 6 ans, la valeur du VEMS (%) doit être évaluée tous les 3 mois.
- Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % n'est atteinte ou si l'évaluation de la fonction pulmonaire n'est pas réalisable chez des patients de moins de 6 ans, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois.
- Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
- Lors d'une exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être indiqué comme suit: désignation de la substance active de l'antibiotique; durée du traitement antibiotique, voie intraveineuse vs voie orale vs voie inhalée; hospitalisation vs traitement ambulatoire.

Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par l'ivacaftor doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis:

- Le taux de chlorure dans la sueur du patient tombe au-dessous de 60 mmol/l OU
- le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale OU
- le patient présente une amélioration absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.

Dans les cas où le taux de chlorure dans la sueur est déjà inférieur à 60 mmol/l en situation initiale, le patient est considéré comme répondant au traitement si

- le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale OU
- le patient présente une amélioration absolue durable du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.

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

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

ORKAMBI	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
cpr pell 100 mg/125 mg (à partir de 6 ans) 112 pce			20543	10633.20	10133.84
cpr pell 200 mg/125 mg (à partir de 12 ans) 112 pce			20543	10633.20	10133.84
gran 100 mg/125 mg (à partir de 2 ans) sach 56 pce			21561	10633.20	10133.84
gran 150 mg/188 mg (à partir de 2 ans) sach 56 pce			21561	10633.20	10133.84

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

Après l'accord de prise en charge de l'assureur et l'évaluation préalable par le médecin-conseil pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 2 ans et plus, homozygotes pour la mutation F508del dans le gène CFTR.

La mutation doit avoir été constatée avec une procédure de test validée.

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

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

Utilisation uniquement chez les patientes et les patients avec:

- un conseil diététique avant le début du traitement ET
- une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre ET
- un VEMS < 90 % avant le début du traitement OU
- plusieurs exacerbations pulmonaires par an OU
- l'administration régulière d'antibiotiques OU
- des lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement.

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

Pour tous les patients:

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

En outre, les éléments suivants doivent être enregistrés en fonction de l'âge.

2 à 5 ans:

- Chez tous les patients atteints de mucoviscidose, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) et/ou l'ICP_{2,5} avant le début du traitement, si la mesure est possible en raison de l'âge. Un ICP_{2,5} est à mesurer au plus tard à partir de l'âge de 3 ans.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires avant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) et/ou l'ICP_{2,5} doivent être mesurés tous les trois mois pendant le traitement.

6 à 11 ans:

- Chez tous les patients atteints de mucoviscidose, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) et/ou l'ICP_{2,5} avant le début du traitement.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) et/ou l'ICP_{2,5} doivent être mesurés tous les trois mois pendant le traitement.

À partir de 12 ans:

- Chez tous les patients atteints de mucoviscidose, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) avant le début du traitement.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement.

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

- d'absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale (VEMS (%) et/ou ICP_{2,5}) OU
- de réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.) si des exacerbations pulmonaires cliniquement significatives sont survenues avant le traitement par ORKAMBI. En l'absence d'exacerbations pulmonaires cliniquement significatives avant le traitement par ORKAMBI, celles-ci ne doivent pas se produire pour que le traitement soit poursuivi.

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

Contact:

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

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

SYMDEKO cpr pell 100 mg/150 mg + 150 mg 56 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20914	11838.75	11310.01
---	-------------------------------------	--------	-------	----------	----------

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

Après l'accord de prise en charge des assureurs et l'évaluation préalable par le médecin-conseil pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 12 ans et plus qui sont homozygotes pour la mutation F508del ou qui sont hétérozygotes pour la mutation F508del et porteurs de l'une des mutations suivantes du gène CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator): P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G ou 3849+10kbC→T.

La mutation doit avoir été constatée avec une procédure de test validée.

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

Utilisation uniquement chez les patients avec:

- un conseil diététique avant le début du traitement ET
- une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre ET
- un VEMS < 90 % avant le début du traitement OU
- plusieurs exacerbations pulmonaires par an OU
- l'administration régulière d'antibiotiques OU
- des lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement.

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

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

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

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

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

Contact:

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

Le don d'organes?

- décider
- communiquer
- consigner

vivre-partager.ch

Faites-le pour vous.



Décidez de ce qu'il advient de votre corps, de votre vivant et après.
Consignez votre volonté sur le don d'organes et informez-en vos proches.



Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Berne		9723089
Zurich		9474936-9474937 10340670

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine
20/2023