



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Édition du 17 juillet 2023

Semaine

# OFSP-Bulletin 29/2023

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](http://www.bag.admin.ch)

## RÉDACTION

Office fédéral de la santé publique  
CH-3003 Berne  
Téléphone 058 463 87 79  
[drucksachen-bulletin@bag.admin.ch](mailto: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.abo@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.abo@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](http://www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin)

# Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	7
Liste des spécialités	8
Vol d'ordonnances	39

# Déclarations des maladies infectieuses

## Situation à la fin de la 27<sup>e</sup> semaine (10.07.2023)<sup>a</sup>

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella [www.bag.admin.ch/rapport-grippe](http://www.bag.admin.ch/rapport-grippe).

<sup>c</sup> N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

<sup>d</sup> Femmes enceintes et nouveau-nés.

<sup>e</sup> Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

<sup>f</sup> Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses :

Situation à la fin de la 27<sup>e</sup> semaine (10.07.2023)<sup>a</sup>

	Semaine 27			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
<b>Transmission respiratoire</b>												
<b>Haemophilus influenzae: maladie invasive</b>	3 1.8	3 1.8	1 0.6	10 1.5	7 1	8 1.2	141 1.6	107 1.2	63 0.7	71 1.6	62 1.4	36 0.8
<b>Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers<sup>b</sup></b>	6 3.6	11 6.5		28 4.2	45 6.7	1 0.2	24386 277.8	11790 134.3	68 0.8	12542 275.2	11352 249.1	29 0.6
<b>Légionellose</b>	10 5.9	27 16	18 10.7	54 8	91 13.5	57 8.4	616 7	745 8.5	495 5.6	232 5.1	284 6.2	216 4.7
<b>Méningocoques: maladie invasive</b>	1 0.6			4 0.6	1 0.2	1 0.2	31 0.4	10 0.1	9 0.1	20 0.4	6 0.1	4 0.09
<b>Pneumocoques: maladie invasive</b>	6 3.6	8 4.7	6 3.6	42 6.2	44 6.5	34 5	947 10.8	648 7.4	390 4.4	568 12.5	383 8.4	234 5.1
<b>Rougeole</b>	1 0.6			5 0.7			32 0.4			31 0.7		
<b>Rubéole<sup>c</sup></b>												
<b>Rubéole, materno-fœtale<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberculose</b>	10 5.9	3 1.8	10 5.9	41 6.1	37 5.5	30 4.4	362 4.1	346 3.9	345 3.9	204 4.5	195 4.3	199 4.4
<b>Transmission féco-orale</b>												
<b>Campylobactériose</b>	113 66.9	249 147.5	218 129.1	548 81.2	880 130.3	705 104.4	6871 78.3	7451 84.9	6294 71.7	2725 59.8	3497 76.7	2785 61.1
<b>Hépatite A</b>			1 0.6	6 0.9	1 0.2	3 0.4	61 0.7	46 0.5	48 0.6	39 0.9	25 0.6	28 0.6
<b>Hépatite E</b>	2 1.2			5 0.7	1 0.2	2 0.3	80 0.9	79 0.9	153 1.7	42 0.9	37 0.8	126 2.8
<b>Infection à E. coli entérohémorragique</b>	31 18.4	40 23.7	22 13	105 15.6	134 19.8	79 11.7	1196 13.6	1108 12.6	737 8.4	489 10.7	489 10.7	327 7.2
<b>Listériose</b>	3 1.8	7 4.2	1 0.6	6 0.9	17 2.5	1 0.2	76 0.9	62 0.7	33 0.4	39 0.9	41 0.9	12 0.3
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>				2 0.3			18 0.2	6 0.07	1 0.01	11 0.2	4 0.09	
<b>Salmonellose, autres</b>	41 24.3	49 29	28 16.6	120 17.8	167 24.7	125 18.5	1833 20.9	1625 18.5	1336 15.2	657 14.4	656 14.4	524 11.5
<b>Shigellose</b>	2 1.2	2 1.2	1 0.6	10 1.5	12 1.8	6 0.9	198 2.3	150 1.7	35 0.4	80 1.8	74 1.6	22 0.5

	Semaine 27			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
<b>Transmission par du sang ou sexuelle</b>												
Chlamydie	116 68.7	267 158.2	243 144	909 134.6	1050 155.5	870 128.8	12890 146.8	12489 142.3	11628 132.5	6587 144.5	6521 143.1	6213 136.3
Gonorrhée	126 74.6	103 61	95 56.3	513 76	436 64.6	293 43.4	5323 60.6	4959 56.5	3642 41.5	2895 63.5	2703 59.3	1831 40.2
Hépatite B, aiguë			1 0.6		1 0.2	3 0.4	10 0.1	15 0.2	18 0.2	4 0.09	8 0.2	9 0.2
Hépatite B, total déclarations	20	17	27	108	84	91	1162	1086	988	650	627	567
Hépatite C, aiguë		2 1.2		1 0.2	2 0.3		4 0.05	12 0.1	17 0.2	2 0.04	6 0.1	7 0.2
Hépatite C, total déclarations	24	18	22	119	87	77	1122	980	975	586	537	516
Infection à VIH	6 3.6	6 3.6	7 4.2	41 6.1	26 3.8	20 3	346 3.9	343 3.9	297 3.4	174 3.8	179 3.9	164 3.6
Sida			3 1.8	3 0.4	6 0.9	7 1	40 0.5	43 0.5	51 0.6	20 0.4	22 0.5	28 0.6
Syphilis, stades précoces*	10 5.9	19 11.3	15 8.9	46 6.8	64 9.5	71 10.5	764 8.7	729 8.3	639 7.3	366 8	404 8.9	378 8.3
Syphilis, total	11 6.5	22 13	19 11.3	63 9.3	86 12.7	87 12.9	995 11.3	999 11.4	862 9.8	495 10.9	555 12.2	498 10.9
<b>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</b>												
Brucellose		2 1.2		1 0.2	2 0.3		8 0.09	7 0.08	3 0.03	4 0.09	2 0.04	1 0.02
Chikungunya			1 0.6	3 0.4	1 0.2	1 0.2	15 0.2	5 0.06	3 0.03	12 0.3	2 0.04	3 0.07
Dengue	2 1.2			8 1.2	7 1	1 0.2	154 1.8	50 0.6	14 0.2	80 1.8	33 0.7	9 0.2
Encéphalite à tiques	16 9.5	23 13.6	19 11.3	59 8.7	109 16.1	74 11	330 3.8	334 3.8	346 3.9	124 2.7	182 4	133 2.9
Fièvre du Nil occidental									1 0.01			
<b>Fièvre jaune</b>												
Fièvre Q		3 1.8	3 1.8	3 0.4	7 1	8 1.2	111 1.3	89 1	74 0.8	55 1.2	35 0.8	54 1.2
Infection à Hantavirus						1 0.2		5 0.06	1 0.01			1 0.02
Infection à virus Zika							1 0.01		1 0.02			
Paludisme	13 7.7	10 5.9	6 3.6	37 5.5	25 3.7	19 2.8	331 3.8	311 3.5	154 1.8	181 4	165 3.6	106 2.3
Trichinellose							2 0.02	3 0.03	2 0.02	1 0.02	3 0.07	1 0.02
Tularémie		2 1.2	9 5.3	4 0.6	19 2.8	24 3.6	97 1.1	188 2.1	166 1.9	27 0.6	52 1.1	104 2.3
<b>Autres déclarations</b>												
Botulisme							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.04	1 0.02	1 0.02
Diphthérie <sup>f</sup>						1 0.2	100 1.1	4 0.05	3 0.03	8 0.2	2 0.04	2 0.04
Maladie de Creutzfeldt-Jakob					1 0.2	7 1	25 0.3	27 0.3	26 0.3	16 0.4	14 0.3	15 0.3
<b>Tétanos</b>												
Variolle du singe		48 28.4			148 21.9		377 4.3	177 2		3 0.07	177 3.9	

# Les nouvelles cultures du travail sont-elles favorables à la santé ?

Congrès national pour la GSE  
20 septembre 2023  
Kursaal Berne  
[www.bgm-tagung.ch/fr](http://www.bgm-tagung.ch/fr)



## Organisatrice



Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera

## Partenaires de coopération

# suva



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'économie,  
de la formation et de la recherche DEFR  
Secrétariat d'Etat à l'économie SECO

# Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 7.7.2023 et incidence pour 1000 consultations (N/10<sup>3</sup>)  
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	24		25		26		27		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>						
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Piqûre de tiques	25	2	16	1.4	12	1.1	10	1.1	15.8	1.4
Borréliose de Lyme	19	1.5	10	0.9	14	1.3	12	1.3	13.8	1.3
Herpès zoster	5	0.4	6	0.5	7	0.7	5	0.5	5.8	0.5
Névralgies post-zostériennes	0	0	1	0.1	1	0.1	7	0.8	2.3	0.3
Médecins déclarants	160		148		142		124		143.5	

## Liste des spécialités :

La liste des spécialités peut être consultée sur internet sous : [www.listedesspecialites.ch](http://www.listedesspecialites.ch)

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

Valable à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
<b>I. Nouvelle admissions des préparations</b>					
06.01.10		<b>OBIZUR</b> (Susoctocogum alfa)	Takeda Pharma AG		
	20683	subst sèche 500 U c solv flac 1 pce Fr. 1297.60 (1225.95)		65874004	01.07.2023, B
<p>Calcul des prix des préparations sanguines sur la base du prix « ex factory », plus une marge fixe de 40 francs en raison de la situation particulière de distribution (pratiquement pas d'intermédiaire), TVA en sus. Ce calcul ne s'applique pas aux albumines humaines.</p> <p>Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025</p> <p>Susoctocogum alfa est indiqué pour le traitement des épisodes hémorragiques chez les patients adultes atteints d'hémophilie héréditaire causée par des anticorps contre le facteur VIII.</p> <p>Susoctocogum alfa n'est pas indiqué pour le traitement de l'hémophilie A congénitale.</p> <p>Le diagnostic et le traitement par Susoctocogum alfa ne peuvent être effectués que dans des centres universitaires spécialisés, capables de déterminer l'activité du FVIII. L'indication, la prescription et le suivi de Susoctocogum alfa doivent être effectués exclusivement par un médecin spécialiste en hématologie, expérimenté dans le traitement de l'hémophilie acquise.</p> <p>Si, après la deuxième administration de Susoctocogum alfa, l'activité du facteur VIII n'atteint pas au moins 50 %, la poursuite du traitement par Susoctocogum alfa ne sera pas remboursée et le traitement devra être interrompu.</p> <p>Le titulaire de l'autorisation, Takeda Pharma SA, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'obtention, à la première demande de ce dernier, pour chaque flacon de Susoctocogum alfa obtenu et utilisé pour le traitement, une part déterminée du prix de fabrique par flacon. Takeda Pharma SA communique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du moment de l'administration du traitement.</p> <p>En outre, Takeda Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'obtention, une part déterminée du prix de fabrique par flacon pour la quantité de Susoctocogum alfa administrée par traitement qui dépasse une quantité déterminée d'UI par traitement. Takeda Pharma SA communique à l'assureur-maladie la valeur seuil (la quantité d'UI par traitement) ainsi que le montant fixé par flacon. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de ces remboursements.</p>					
07.10.40		<b>LIXIM PATCH</b> (Etofenamatum)	Drossapharm AG		
	21513	empl 70 mg sach 7 pce Fr. 24.30 (13.17)		67494002	01.07.2023, D
<p>LIXIM PATCH est remboursé pour le traitement symptomatique de courte durée des distorsions aiguës, bénignes de la cheville chez l'adulte. Un emballage est remboursé par accident.</p>					
07.12 6		<b>EZETIMIB-SIMVASTATIN-MEPHA TEVA</b> (Simvastatinum, Ezetimibum)	Mepha Pharma AG		
	21642	cpr 10/10 mg blist 28 pce Fr. 26.80 (12.62)		67074010	01.07.2023, B
	21642	cpr 10/10 mg blist 98 pce Fr. 66.95 (44.04)		67074011	01.07.2023, B
	21642	cpr 10/20 mg blist 28 pce Fr. 28.60 (14.22)		67074012	01.07.2023, B
	21642	cpr 10/20 mg blist 98 pce Fr. 73.40 (49.63)		67074013	01.07.2023, B
	21642	cpr 10/40 mg blist 28 pce Fr. 35.40 (16.56)		67074014	01.07.2023, B
	21642	cpr 10/40 mg blist 100 pce Fr. 83.35 (58.34)		67074015	01.07.2023, B
	21642	cpr 10/80 mg blist 28 pce Fr. 39.45 (20.06)		67074016	01.07.2023, B
	21642	cpr 10/80 mg blist 100 pce Fr. 98.60 (71.59)		67074017	01.07.2023, B

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

Le remboursement s'applique lorsque les patients sont déjà traités par Ezetimib-Simvastatin-Mepha Teva.

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

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

07.16.10 G		<b>CABAZITAXEL SANDOZ</b> (Cabazitaxelum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21628	sol perf 60 mg/6 ml flac 1 pce Fr. 2960.05 (2647.85)		67542004	01.07.2023, A

En association avec la prednisone ou la prednisolone, pour le traitement de patients atteints d'un cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC) ayant été traités au préalable avec une chimiothérapie à base de docétaxel, mais qui n'ont pas répondu au traitement ou chez lesquels le carcinome a progressé dans les 6 mois après l'arrêt de la thérapie avec le docétaxel.

Après entente préalable par le médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie.

Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 10.

En cas d'arrêt de la thérapie avant le 2ème cycle de Cabazitaxel Sandoz, la titulaire de l'autorisation remboursera au payeur, sur demande de l'assureur, les coûts de la dose de Cabazitaxel Sandoz administrée pour le 1er cycle en termes de prix public.

07.16.10		<b>SARCLISA</b> (Isatuximabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	21099	conc perf 100 mg/5 ml flac 5 ml Fr. 595.40 (504.35)		67525001	01.07.2023, A
	21099	conc perf 500 mg/25 ml flac 25 ml Fr. 2827.25 (2521.75)		67525003	01.07.2023, A

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

#### SARCLISA en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone

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

SARCLISA en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone est remboursé pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant et réfractaire, ayant déjà reçu au moins deux lignes de traitements antérieurs, dont un inhibiteur du protéasome (IP) et le lénalidomide, et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement.

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

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 déterminée du prix de fabrique pour chaque emballage remis de SARCLISA. Le titulaire de l'autorisation informe l'assureur-maladie du montant du remboursement. Le remboursement de la TVA ne peut pas être réclamé en plus de cette part 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: 21099.01

11.07.10		<b>AZYTER</b> (Azithromycinum dihydricum)	Théa PHARMA SA		
	21598	gtt opht 15 mg/g 6 unidos 0.25 g Fr. 15.70 (6.52)		68519001	01.07.2023, A
07.99.00		<b>SAPROPTERIN DIPHARMA</b>	Dipharma SA		
	21578	cpr disp 100 mg fl 30 pce Fr. 993.55 (851.18)		68224001	01.07.2023
	21578	cpr disp 100 mg fl 120 pce Fr. 3107.70 (2791.88)		68224002	01.07.2023
	21559	pdr 100 mg sach 30 pce Fr. 944.70 (808.62)		67735001	01.07.2023
	21559	pdr 500 mg sach 30 pce Fr. 3299.65 (2979.15)		67735002	01.07.2023

En cas de défaut congénital et prouvé de la synthèse de BH4 (aussi connu sous le nom de phénylcétonurie atypique). Par ailleurs, chez les patients souffrant de phénylcétonurie qui doivent répondre complètement au traitement par SAPROPTERIN DIPHARMA, c'est-à-dire être ce que l'on appelle des « full responders ».

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
<b>II. Autres emballages et dosages</b>					
02.07.20		<b>LODOZ 2.5</b> (Bisoprololi fumaras (2:1), Hydrochlorothiazidum)	Merck (Schweiz) AG		
	17899	cpr pell 2.5/6.25 mg blist 90 pce Fr. 20.55 (10.75)		56222002	01.07.2023, B
02.07.20		<b>LODOZ 5</b> (Bisoprololi fumaras (2:1), Hydrochlorothiazidum)	Merck (Schweiz) AG		
	17899	cpr pell 5/6.25 mg blist 90 pce Fr. 28.05 (13.72)		56222004	01.07.2023, B
02.07.20		<b>LODOZ 10</b> (Bisoprololi fumaras (2:1), Hydrochlorothiazidum)	Merck (Schweiz) AG		
	17899	cpr pell 10/6.25 mg blist 90 pce Fr. 44.45 (24.45)		56222006	01.07.2023, B
07.06.20 6		<b>METFORMIN ZENTIVA</b> (Metformini hydrochloridum)	Helvepharm AG		
	19140	cpr pell 850 mg 90 pce Fr. 9.25 (4.48)		60232013	01.07.2023, B
11.08.20 6		<b>LACRI-VISION</b> (Natrii hyaluronas)	OmniVision AG		
	20869	gel opht 90 fl dose 0.65 ml Fr. 43.40 (23.51)		66942003	01.07.2023, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Datum der Date de la supression
<b>III. Préparations / emballages radiés</b>					
01.01.30		<b>TRAMACTIL UNO</b> (Tramadoli hydrochloridum)	Gebro Pharma AG		
	19165	cpr ret 100 mg 5 pce Fr. 6.35 (1.96)		58254001	01.07.2023, A
	19165	cpr ret 100 mg 15 pce Fr. 9.85 (4.99)		58254002	01.07.2023, A
	19165	cpr ret 100 mg 30 pce Fr. 18.85 (9.28)		58254003	01.07.2023, A
	19165	cpr ret 200 mg 5 pce Fr. 7.80 (3.21)		58254004	01.07.2023, A
	19165	cpr ret 200 mg 15 pce Fr. 17.60 (8.18)		58254005	01.07.2023, A
	19165	cpr ret 200 mg 30 pce Fr. 33.85 (15.21)		58254006	01.07.2023, A
	19165	cpr ret 300 mg 5 pce Fr. 9.20 (4.46)		58254007	01.07.2023, A
	19165	cpr ret 300 mg 15 pce Fr. 25.35 (11.38)		58254008	01.07.2023, A
	19165	cpr ret 300 mg 30 pce Fr. 40.65 (21.14)		58254009	01.07.2023, A
01.06 0		<b>CIPRALEX</b> (Escitalopramum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	17753	cpr pell 10 mg 5 × 10 pce Fr. 55.45 (34.00)		55961028	01.07.2023, B
	17753	cpr pell 20 mg 5 × 10 pce Fr. 90.90 (64.88)		55961029	01.07.2023, B
02.06.10 G		<b>DILTIAZEM-MEPHA R</b> (Diltiazemi hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	15664	Opticaps 90 mg 20 pce Fr. 7.55 (3.02)		50167001	01.07.2023, B
	15664	Opticaps 90 mg 100 pce Fr. 26.80 (12.65)		50167002	01.07.2023, B
02.07.10 G		<b>CARVÉDILOL SPIRIG HC</b> (Carveditololum)	Spirig HealthCare AG		
	18461	cpr 12.5 mg 100 pce Fr. 36.75 (17.71)		57623014	01.07.2023, B
02.07.10 G		<b>OLMESARTAN-MEPHA</b> (Olmesartani medoxomilum)	Mepha Pharma AG		
	20618	cpr pell 10 mg 28 pce Fr. 25.00 (11.07)		65987001	01.07.2023, B
	20618	cpr pell 10 mg 98 pce Fr. 54.25 (32.95)		65987002	01.07.2023, B
	20618	cpr pell 20 mg 28 pce Fr. 27.55 (13.30)		65987003	01.07.2023, B
	20618	cpr pell 20 mg 98 pce Fr. 61.80 (39.55)		65987004	01.07.2023, B
	20618	cpr pell 40 mg 28 pce Fr. 35.90 (16.97)		65987005	01.07.2023, B
	20618	cpr pell 40 mg 98 pce Fr. 74.35 (50.46)		65987006	01.07.2023, B
02.07.20 G		<b>LOSARTAN HCT AXAPHARM</b> (Losartanum kalicum, Hydrochlorothiazidum)	Axapharm AG		
	20078	cpr pell 50/12.5 mg 28 pce Fr. 19.90 (10.19)		62109001	01.07.2023, B
	20078	cpr pell 50/12.5 mg 98 pce Fr. 54.25 (32.97)		62109002	01.07.2023, B
	20078	cpr pell 100/12.5 mg 28 pce Fr. 26.90 (12.72)		62109003	01.07.2023, B
	20078	cpr pell 100/12.5 mg 98 pce Fr. 67.35 (44.40)		62109004	01.07.2023, B
	20078	cpr pell 100/25 mg 28 pce Fr. 26.90 (12.72)		62109005	01.07.2023, B
	20078	cpr pell 100/25 mg 98 pce Fr. 67.35 (44.40)		62109006	01.07.2023, B
04.99 G		<b>ESOMÉPRAZOLE SPIRIG HC</b> (Esomeprazololum)	Spirig HealthCare AG		
	20418	cpr pell 20 mg bte 100 pce Fr. 51.20 (30.30)		65828005	01.07.2023, B
	20418	cpr pell 40 mg bte 100 pce Fr. 58.75 (36.90)		65828010	01.07.2023, B

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Datum der Date de la supression
04.99 G		<b>ESOPRAX</b> (Esomeprazolom)	Drossapharm AG		
	20800	cpr pell 20 mg 10 pce Fr. 8.65 (3.96)		66321015	01.07.2023, B
	20800	cpr pell 20 mg 14 pce Fr. 14.55 (5.54)		66321001	01.07.2023, B
	20800	cpr pell 20 mg 30 pce Fr. 24.95 (11.00)		66321009	01.07.2023, B
	20800	cpr pell 20 mg 60 pce Fr. 38.10 (18.90)		66321010	01.07.2023, B
	20800	cpr pell 20 mg 100 pce Fr. 51.20 (30.30)		66321011	01.07.2023, B
	20800	cpr pell 40 mg 10 pce Fr. 9.15 (4.39)		66321016	01.07.2023, B
	20800	cpr pell 40 mg 14 pce Fr. 15.25 (6.14)		66321005	01.07.2023, B
	20800	cpr pell 40 mg 30 pce Fr. 25.15 (11.20)		66321012	01.07.2023, B
	20800	cpr pell 40 mg 60 pce Fr. 40.40 (20.90)		66321013	01.07.2023, B
	20800	cpr pell 40 mg 100 pce Fr. 58.75 (36.90)		66321014	01.07.2023, B
07.16.10 G		<b>DOCETAXEL FRESENIUS</b> (Docetaxelum)	Fresenius Kabi (Schweiz) AG		
	20048	conc perf 120 mg/6 ml flac 1 pce. Fr. 455.10 (382.13)		62537002	01.07.2023, A
07.16.10 G		<b>TOPOTECAN LABATEC</b> (Topotecanum)	Labatec Pharma SA		
	20206	subst sèche 1 mg flac 1 pce Fr. 97.20 (70.40)		65085005	01.07.2023, A
	20206	subst sèche 4 mg flac 1 pce Fr. 304.45 (250.90)		65085007	01.07.2023, A
	20206	subst sèche 4 mg flac 5 pce Fr. 1431.60 (1249.25)		65085008	01.07.2023, A
08.01.90 G		<b>LINEZOLID MYLAN</b> (Linezolidum)	Mylan Pharma GmbH		
	20884	cpr pell 600 mg blist 10 pce Fr. 459.30 (385.82)		65187001	01.07.2023, A
16.00		<b>SORBISTERIT</b> (Calcii polystyrenulfonatas)	Fresenius Medical Care (Schweiz) AG		
	13166	pdr avec mesurette 500 g Fr. 57.15 (35.50)		37687030	01.07.2023, B

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>IV. Réduction de prix</b>					
<b>IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS</b>					
<b>DOPTELET</b>	Swedish Orphan Biovitrum AG	069900			
cpr pell 20 mg blist 10 pce			21239	816.60	697.03
cpr pell 20 mg blist 15 pce			21239	1208.20	1045.55
cpr pell 20 mg blist 30 pce			21239	2354.90	2091.09
<b>JEMPERLI</b>	GlaxoSmithKline AG	071610			
conc perf 500mg/10ml amp 10ml			21373	5480.25	5106.58
<b>IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans</b>					
<b>ANTRAMUPS</b>	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900			
cpr 10mg 14 pce			17059	9.80	4.96
cpr 10mg 28 pce			17059	18.25	8.74
cpr 10mg 56 pce			17059	36.35	17.36
cpr 10mg 100 pce			17059	52.85	31.76
cpr 20mg 14 pce			17059	17.50	8.08
cpr 20mg 28 pce			17059	34.20	15.51
cpr 20mg 56 pce			17059	51.35	30.46
cpr 20mg 100 pce			17059	78.90	54.44
cpr 40mg 28 pce			17059	48.65	28.08
<b>BIKTARVY</b>	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300			
cpr pell 50/200/25 mg fl 30 pce			20840	1164.40	1005.60
cpr pell 50/200/25 mg blist 30 pce			20840	1164.40	1005.60
<b>CELSENTRI</b>	ViiV Healthcare GmbH	089900			
cpr pell 150 mg 60 pce			18724	921.15	788.10
cpr pell 300 mg 60 pce			18724	921.15	788.10
<b>DIFLUCAN</b>	Pfizer AG	080600			
caps 50 mg 28 pce			15732	68.35	45.24
<b>FLUCAZOL</b>	Bailleul (Suisse) SA	080600			
caps 50 mg 28 pce			18120	62.35	40.04
caps 200 mg 7 pce			18120	56.65	35.04
<b>FLUCODERM</b>	Dermapharm AG	080600			
caps 50 mg 28 pce			18813	63.10	40.68
caps 100 mg 7 pce			18813	36.85	17.80
caps 100 mg 14 pce			18813	57.25	35.60
<b>FLUCONAX</b>	Drossapharm AG	080600			
caps 50 mg 28 pce			18203	65.80	43.04
caps 200 mg 7 pce			18203	59.65	37.66
<b>FLUCONAZOLE AXAPHARM</b>	Axapharm AG	080600			
caps 50 mg 28 pce			19037	65.85	43.08
caps 200 mg 7 pce			19037	59.25	37.31
<b>FLUCONAZOL PFIZER</b>	Pfizer AG	080600			
caps 50 mg 28 pce			19407	62.35	40.04
caps 200 mg 7 pce			19407	56.65	35.04
<b>FLUCONAZOLE SANDOZ ECO</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	080600			
caps 50 mg 28 pce			18049	62.35	40.04
caps 200 mg 7 pce			18049	56.65	35.04
<b>FLUCONAZOL ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	080600			
caps 50 mg blist 28 pce			18144	65.80	43.04
caps 200 mg blist 7 pce			18144	59.65	37.66
<b>FLUCONAZOLE-MEPHA 200 N</b>	Mepha Pharma AG	080600			
caps 200 mg 7 pce			18712	56.65	35.04

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>FLUCONAZOLE-MEPHA 50 N</b> caps 50 mg 28 pce	Mepha Pharma AG	080600	18712	62.35	40.04
<b>FLUCONAZOL-MEPHA TEVA</b> caps 50 mg blist 28 pce	Mepha Pharma AG	080600	21584	62.35	40.04
caps 200 mg blist 7 pce			21584	56.65	35.04
<b>INLYTA</b> cpr pell 1 mg 28 pce	Pfizer AG	071610	19860	465.00	390.77
cpr pell 1 mg 56 pce			19860	913.60	781.55
cpr pell 3 mg 28 pce			19860	1347.25	1172.33
cpr pell 5 mg 28 pce			19860	2204.40	1953.88
cpr pell 5 mg 56 pce			19860	4251.45	3907.77
cpr pell 7 mg 28 pce			19860	3049.85	2735.44
<b>MAGNESIOCARD 10</b> gran 10 mmol orange 20 sach 4g	Biomed AG	070210	16543	16.90	7.57
gran 10 mmol grapefr 20 sach 4g			16543	16.90	7.57
gran 10 mmol grapefr 50 sach 4g			16543	36.30	17.32
gran 10 mmol orange 50 sach 4g			16543	36.30	17.32
<b>MAGNESIOCARD 2.5</b> cpr pell 2.5 mmol 100 pce	Biomed AG	070210	21570	25.60	11.59
<b>MAGNESIOCARD 5</b> gran 5 mmol orange (anc) 20 sach 5g	Biomed AG	070210	14664	9.45	4.64
gran 5 mmol citron sach 20 pce			14664	9.45	4.64
gran 5 mmol citron sach 50 pce			14664	25.60	11.59
gran 5 mmol orange (anc) 50 sach 5g			14664	25.60	11.59
<b>MAGNESIOCARD 7.5</b> cpr eff 7.5 mmol 20 pce	Biomed AG	070210	16143	15.65	6.50
cpr eff 7.5 mmol 60 pce			16143	38.75	19.48
<b>NEXIUM MUPS 20</b> cpr 20 mg 14 pce	Grünenthal Pharma AG	049900	17634	18.95	9.36
cpr 20 mg 28 pce			17634	37.60	18.48
cpr 20 mg 56 pce			17634	53.75	32.54
cpr 20 mg 98 pce			17634	80.25	55.62
<b>NEXIUM MUPS 40</b> cpr 40 mg 14 pce	Grünenthal Pharma AG	049900	17634	20.25	10.50
cpr 40 mg 28 pce			17634	39.70	20.30
cpr 40 mg 56 pce			17634	61.85	39.57
cpr 40 mg 98 pce			17634	95.00	68.47
<b>NULOJIX</b> subst sèche 250 mg flac 1 pce	Bristol-Myers Squibb SA	071500	19772	501.00	422.11
subst sèche 250 mg 2 flac 1 pce			19772	985.55	844.22
<b>OMEPRAX</b> cpr pell 10 mg 14 pce	Drossapharm AG	049900	18415	9.75	4.92
cpr pell 10 mg 28 pce			18415	17.65	8.21
cpr pell 10 mg 56 pce			18415	35.65	16.75
cpr pell 10 mg 98 pce			18415	42.30	22.54
cpr pell 20 mg 7 pce			18415	8.80	4.10
cpr pell 20 mg 14 pce			18415	14.95	5.88
cpr pell 20 mg 28 pce			18415	27.10	12.88
cpr pell 20 mg 56 pce			18415	47.35	26.96
cpr pell 20 mg 98 pce			18415	62.35	40.01
cpr pell 40 mg 7 pce			18415	9.20	4.44
cpr pell 40 mg 28 pce			18415	35.50	16.62
cpr pell 40 mg 56 pce			18415	51.90	30.93

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>OMEPRAX DROSSAPHARM</b>	Drossapharm AG	049900			
caps 10 mg 14 pce			20474	8.35	3.70
caps 10 mg 28 pce			20474	15.00	5.92
caps 10 mg 56 pce			20474	25.85	11.79
caps 10 mg 98 pce			20474	40.05	20.62
caps 20 mg 7 pce			20474	8.35	3.69
caps 20 mg 14 pce			20474	14.70	5.65
caps 20 mg 28 pce			20474	26.10	12.03
caps 20 mg 56 pce			20474	44.00	24.04
caps 20 mg 98 pce			20474	62.35	40.01
caps 40 mg 7 pce			20474	9.65	4.82
caps 40 mg 14 pce			20474	19.25	9.64
caps 40 mg 28 pce			20474	37.65	18.52
caps 40 mg 56 pce			20474	51.00	30.13
caps 40 mg 98 pce			20474	73.05	49.36
<b>OMÉPRAZOLE AXAPHARM</b>	Axapharm AG	049900			
caps 10 mg blist 7 pce			21386	6.45	2.03
caps 10 mg blist 14 pce			21386	8.75	4.07
caps 10 mg blist 28 pce			21386	15.75	6.56
caps 10 mg blist 56 pce			21386	27.40	13.17
caps 10 mg blist 98 pce			21386	40.95	21.40
caps 20 mg blist 7 pce			21386	8.20	3.58
caps 20 mg blist 14 pce			21386	14.80	5.76
caps 20 mg blist 28 pce			21386	26.60	12.47
caps 20 mg blist 56 pce			21386	44.85	24.77
caps 20 mg blist 98 pce			21386	62.35	40.01
caps 40 mg blist 7 pce			21386	9.65	4.84
caps 40 mg blist 14 pce			21386	19.25	9.64
caps 40 mg blist 28 pce			21386	37.65	18.51
caps 40 mg blist 56 pce			21386	51.85	30.88
caps 40 mg blist 98 pce			21386	72.95	49.26
<b>OMÉPRAZOLE HELVEPHARM</b>	Helvepharm AG	049900			
cpr pell 10 mg 14 pce			18103	9.80	4.96
cpr pell 10 mg 28 pce			18103	17.70	8.29
cpr pell 10 mg 56 pce			18103	35.80	16.89
cpr pell 10 mg 98 pce			18103	42.50	22.72
cpr pell 20 mg 14 pce			18103	14.95	5.88
cpr pell 20 mg 28 pce			18103	27.10	12.88
cpr pell 20 mg 56 pce			18103	47.35	26.95
cpr pell 20 mg 98 pce			18103	62.35	40.01
cpr pell 40 mg 28 pce			18103	34.25	15.57
cpr pell 40 mg 56 pce			18103	51.95	30.95

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>OMÉPRAZOLE MUT SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	049900			
cpr pell 10 mg bte 14 pce			19404	8.35	3.71
cpr pell 10 mg bte 28 pce			19404	15.25	6.13
cpr pell 10 mg bte 56 pce			19404	26.35	12.22
cpr pell 10 mg bte 100 pce			19404	41.45	21.80
cpr pell 20 mg bte 7 pce			19404	7.90	3.32
cpr pell 20 mg bte 14 pce			19404	14.90	5.85
cpr pell 20 mg bte 28 pce			19404	25.65	11.63
cpr pell 20 mg bte 56 pce			19404	42.60	22.84
cpr pell 20 mg bte 100 pce			19404	63.25	40.83
cpr pell 40 mg bte 7 pce			19404	14.00	5.07
cpr pell 40 mg bte 28 pce			19404	39.70	20.29
cpr pell 40 mg bte 56 pce			19404	51.95	30.95
<b>OMÉPRAZOLE SANDOZ ECO</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	049900			
caps 10 mg bte 14 pce			18416	8.40	3.74
caps 10 mg bte 28 pce			18416	15.05	5.97
caps 10 mg bte 56 pce			18416	25.95	11.89
caps 10 mg bte 100 pce			18416	40.75	21.22
caps 20 mg bte 7 pce			18416	7.80	3.24
caps 20 mg bte 14 pce			18416	14.75	5.69
caps 20 mg bte 28 pce			18416	27.20	13.00
caps 20 mg bte 56 pce			18416	44.25	24.26
caps 20 mg bte 100 pce			18416	63.25	40.83
caps 40 mg bte 7 pce			18416	9.80	4.97
caps 40 mg bte 28 pce			18416	39.30	19.93
caps 40 mg bte 56 pce			18416	51.30	30.40
<b>OMÉPRAZOLE SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	049900			
caps 10 mg bte 98 pce			19328	41.40	21.78
caps 10 mg bte 28 pce			19328	15.25	6.12
caps 10 mg bte 56 pce			19328	26.30	12.20
caps 20 mg bte 28 pce			19328	27.00	12.79
caps 20 mg bte 56 pce			19328	45.00	24.92
caps 20 mg bte 14 pce			19328	14.85	5.81
caps 20 mg bte 98 pce			19328	62.35	40.01
caps 40 mg bte 7 pce			19328	9.70	4.86
caps 40 mg bte 28 pce			19328	38.65	19.39
caps 40 mg bte 56 pce			19328	54.65	33.30
caps 40 mg bte 98 pce			19328	72.80	49.14
<b>OMEPRAZOL ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	049900			
cpr pell 10 mg blist 14 pce			18103	9.80	4.96
cpr pell 10 mg blist 28 pce			18103	17.70	8.29
cpr pell 10 mg blist 56 pce			18103	35.80	16.89
cpr pell 10 mg blist 98 pce			18103	42.50	22.72
cpr pell 20 mg blist 14 pce			18103	14.95	5.88
cpr pell 20 mg blist 28 pce			18103	27.10	12.88
cpr pell 20 mg blist 56 pce			18103	47.35	26.95
cpr pell 20 mg blist 98 pce			18103	62.35	40.01
cpr pell 40 mg blist 28 pce			18103	34.25	15.57
cpr pell 40 mg blist 56 pce			18103	51.95	30.95

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>OMEPRAZOL ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	049900			
caps 10 mg blist 14 pce			21121	8.35	3.72
caps 10 mg blist 28 pce			21121	15.00	5.94
caps 10 mg blist 56 pce			21121	25.85	11.79
caps 10 mg blist 98 pce			21121	40.15	20.70
caps 20 mg blist 7 pce			21121	8.05	3.46
caps 20 mg blist 14 pce			21121	14.70	5.67
caps 20 mg blist 28 pce			21121	26.65	12.51
caps 20 mg blist 56 pce			21121	44.10	24.15
caps 20 mg blist 98 pce			21121	62.35	40.01
caps 40 mg blist 7 pce			21121	9.75	4.90
caps 40 mg blist 14 pce			21121	19.25	9.64
caps 40 mg blist 28 pce			21121	38.50	19.23
caps 40 mg blist 56 pce			21121	51.15	30.27
caps 40 mg blist 98 pce			21121	72.80	49.14
<b>OMÉPRAZOLE-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	049900			
caps 10 mg fl 14 pce			20318	8.35	3.70
caps 10 mg fl 28 pce			20318	15.00	5.92
caps 10 mg fl 56 pce			20318	25.85	11.79
caps 10 mg fl 98 pce			20318	40.05	20.62
caps 20 mg fl 7 pce			20318	8.35	3.69
caps 20 mg fl 14 pce			20318	14.70	5.65
caps 20 mg fl 28 pce			20318	26.10	12.03
caps 20 mg fl 56 pce			20318	44.00	24.04
caps 20 mg fl 98 pce			20318	62.35	40.01
caps 40 mg fl 7 pce			20318	9.65	4.82
caps 40 mg fl 14 pce			20318	19.25	9.64
caps 40 mg fl 28 pce			20318	37.65	18.52
caps 40 mg fl 56 pce			20318	51.00	30.13
caps 40 mg fl 98 pce			20318	73.05	49.36
<b>PARIET</b>	Eisai Pharma AG	049900			
cpr pell 10 mg 14 pce			17368	15.20	6.10
cpr pell 10 mg 28 pce			17368	20.55	10.75
cpr pell 10 mg 56 pce			17368	42.30	22.56
cpr pell 20 mg 14 pce			17368	19.70	10.01
cpr pell 20 mg 28 pce			17368	38.40	19.16
cpr pell 20 mg 56 pce			17368	61.00	38.86
<b>RABÉPRAZOLE SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	049900			
cpr pell 10 mg 14 pce			20003	14.50	5.49
cpr pell 10 mg 28 pce			20003	19.30	9.68
cpr pell 10 mg 56 pce			20003	39.70	20.30
cpr pell 20 mg 7 pce			20003	14.10	5.12
cpr pell 20 mg 14 pce			20003	18.55	9.01
cpr pell 20 mg 28 pce			20003	36.20	17.24
cpr pell 20 mg 56 pce			20003	56.55	34.97
<b>TAPTIQOM</b>	Santen SA	110900			
gtt opht 30 0.3ml			20568	42.20	22.47
<b>TELZIR</b>	ViiV Healthcare GmbH	080300			
cpr pell 700 mg 60 pce			18209	464.80	390.60

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>IV.c. Changement de catégorie de remise</b>					
<b>BILASTINE AXAPHARM</b>	Axapharm AG	071310			
cpr 20mg blist 10 pce			21582	4.15	2.25
cpr 20mg blist 30 pce			21582	11.25	6.10
cpr 20mg blist 50 pce			21582	18.40	9.97
<b>IV.d. Baissement de prix volontairement</b>					
<b>FORXIGA</b>	AstraZeneca AG	070620			
cpr pell 5mg 28 pce			20270	64.10	41.56
cpr pell 10mg 28 pce			20270	64.10	41.56
<b>IMRALDI</b>	Samsung Bioepis CH GmbH	071500			
sol inj 40mg/0.8ml ser préemp 0.8 ml			21076	469.85	395.00
sol inj 40mg/0.8ml stylo pré 0.8ml			21079	469.85	395.00
<b>IV.e. Mutation de prix normale</b>					
<b>AVASTIN</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
conc perf 100mg/4ml vial 4ml			18082	345.30	286.48
conc perf 400mg/16ml vial 16ml			18082	1248.80	1082.54
<b>CALQUENCE</b>	AstraZeneca AG	071610			
caps 100mg blist 60 pce			21177	4885.95	4526.77
<b>HEMLIBRA</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
sol inj 30mg/ml flac 1 pce			20818	1941.10	1853.74
sol inj 60mg/0.4ml flac 1 pce			20818	3841.15	3707.48
sol inj 105mg/0.7ml flac 1 pce			20818	6691.30	6488.09
sol inj 150mg/ml flac 1 pce			20818	9541.40	9268.70
<b>INREBIC</b>	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
caps 100mg bte 120 pce			21260	4801.50	4444.41
<b>LORVIQUA</b>	Pfizer AG	071610			
cpr pell 25mg blist 90 pce			20952	3867.90	3533.55
cpr pell 100mg blist 30 pce			20952	5075.20	4711.40
<b>RUBRACA</b>	mmpharm GmbH	071610			
cpr pell 200mg bte 60 pce			21100	2119.25	1876.24
cpr pell 250mg bte 60 pce			21100	2633.70	2345.29
cpr pell 300mg bte 60 pce			21100	3130.70	2814.35
<b>TECENTRIQ</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
conc perf 1200mg/20ml flac 1 pce			20641	4725.60	4370.35
<b>VELTASSA</b>	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	160000			
pdr 8.4g sach 30 pce			20709	219.45	176.86
pdr 16.8g sach 30 pce			20709	219.45	176.86
<b>IV.f. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet</b>					
<b>INOVELON</b>	Eisai Pharma AG	010710			
cpr pell 200mg 60 pce			18877	67.35	44.39
cpr pell 400mg 100 pce			18877	180.50	142.96
susp 40mg/ml fl 460ml			19892	97.85	70.96
<b>JANUMET</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
cpr pell 50/500mg 56 pce			18787	43.70	23.76
cpr pell 50/500mg 196 pce			18787	111.90	83.17
cpr pell 50/850mg 56 pce			18787	43.70	23.76
cpr pell 50/850mg 196 pce			18787	111.90	83.17
cpr pell 50/1000mg 56 pce			18787	43.70	23.76
cpr pell 50/1000mg 196 pce			18787	111.90	83.17

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>JANUMET XR</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
cpr pell ret 50/500mg 56 pce			20276	39.90	20.46
cpr pell ret 50/500mg 3 fl 56 pce			20276	85.80	60.47
cpr pell ret 50/1000 mg 56 pce			20276	39.90	20.46
cpr pell ret 50/1000 mg 3 fl 56 pce			20276	85.80	60.47
cpr pell ret 100/1000mg 28 pce			20276	39.90	20.46
cpr pell ret 100/1000mg 84 pce			20276	85.80	60.47
<b>MIRCERA FSP</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	060730			
sol inj 30 mcg/0.3ml ser prête 1 pce			18691	80.85	56.14
sol inj 50 mcg/0.3ml ser prêt 1 pce			18691	123.85	93.58
sol inj 75 mcg/0.3ml ser prêt 1 pce			18691	177.55	140.37
sol inj 100 mcg/0.3ml ser prêt 1 pce			18691	231.25	187.15
sol inj 120 mcg/0.3ml ser prête 1 pce			18691	274.20	224.58
sol inj 150 mcg/0.3ml ser prêt 1 pce			18691	338.70	280.73
sol inj 200 mcg/0.3ml ser prêt 1 pce			18691	446.10	374.30
sol inj 250 mcg/0.3ml ser prêt 1 pce			18691	553.55	467.88
<b>NEXAVAR</b>	Bayer (Schweiz) AG	071610			
cpr pell 200 mg 112 pce			18396	3416.20	3092.86
<b>SITAGLIPTINE METFORMINE SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
cpr pell 50/500 mg blist 56 pce			21603	19.10	9.50
cpr pell 50/500 mg blist 196 pce			21603	54.60	33.27
cpr pell 50/850 mg blist 56 pce			21603	19.10	9.50
cpr pell 50/850 mg blist 196 pce			21603	54.60	33.27
cpr pell 50/1000 mg blist 56 pce			21603	19.10	9.50
cpr pell 50/1000 mg blist 196 pce			21603	54.60	33.27
<b>SITAGLIPTINE METFORMIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	070620			
cpr pell 50/500 mg 56 pce			21576	19.10	9.50
cpr pell 50/500 mg 196 pce			21576	54.60	33.27
cpr pell 50/850 mg 56 pce			21576	19.10	9.50
cpr pell 50/850 mg 196 pce			21576	54.60	33.27
cpr pell 50/1000 mg 56 pce			21576	19.10	9.50
cpr pell 50/1000 mg 196 pce			21576	54.60	33.27
<b>SITAGLIPTIN METFORMIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	070620			
cpr pell 50/500 mg blist 56 pce			21629	19.10	9.50
cpr pell 50/500 mg blist 196 pce			21629	54.60	33.27
cpr pell 50/850 mg blist 56 pce			21629	19.10	9.50
cpr pell 50/850 mg blist 196 pce			21629	54.60	33.27
cpr pell 50/1000 mg blist 56 pce			21629	19.10	9.50
cpr pell 50/1000 mg blist 196 pce			21629	54.60	33.27
<b>SITAGLIPTIN-METFORMIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	070620			
cpr pell 50/500 mg blist 56 pce			21612	19.10	9.50
cpr pell 50/500 mg blist 196 pce			21612	54.60	33.27
cpr pell 50/850 mg blist 56 pce			21612	19.10	9.50
cpr pell 50/850 mg bte 100 pce			21612	35.90	16.97
cpr pell 50/850 mg blist 196 pce			21612	54.60	33.27
cpr pell 50/1000 mg blist 56 pce			21612	19.10	9.50
cpr pell 50/1000 mg bte 100 pce			21612	35.90	16.97
cpr pell 50/1000 mg blist 196 pce			21612	54.60	33.27
<b>SORAFENIB ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071610			
cpr pell 200 mg blist 112 pce			21265	2775.20	2474.29

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>V. Augmentations de prix</b>					
<b>V.a. Demande d'augmentation de prix</b>					
<b>APHÉNYLBARBITE STREULI</b>	Streuli Pharma AG	010710			
cpr 15mg 100 pce			13419	15.10	6.02
cpr 50mg 100 pce			13419	16.00	6.78
cpr 100mg 100 pce			13419	16.80	7.49
<b>CO DAFALGAN</b>	UPSA Switzerland AG	010120			
cpr eff 500/30mg 16 pce			15109	6.70	2.27
cpr pell 500/30mg 16 pce			16110	6.20	1.85
cpr pell 500/30mg 40 pce			16110	9.15	4.40
<b>DAFALGAN</b>	UPSA Switzerland AG	010110			
cpr eff 500mg 16 pce			15103	2.70	1.46
cpr eff 1g 20 pce			15103	7.60	3.07
<b>POTASSIUM HAUSMANN</b>	Doetsch Grether AG	070210			
cpr eff 10 pce			8114	8.80	4.11
cpr eff 6 × 10 pce			8114	38.50	19.27
cpr eff 24 × 10 pce			8114	104.90	77.08
<b>KCL RETARD HAUSMANN</b>	Doetsch Grether AG	070210			
cpr ret 10mmol 40 pce			11450	16.00	6.80
cpr ret 10mmol 200 pce			11450	49.20	28.56

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>VI. Modifications de la limitation/de l'indication</b>					
<b>HEMLIBRA</b> (Emicizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
sol inj 30 mg/ml flac 1 pce			20818	1941.10	1853.74
sol inj 60 mg/0.4ml flac 1 pce			20818	3841.15	3707.48
sol inj 105 mg/0.7 ml flac 1 pce			20818	6691.30	6488.09
sol inj 150 mg/ml flac 1 pce			20818	9541.40	9268.70

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

Vieille limitation

**Patients atteints d'hémophilie A avec inhibiteurs**

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

**Patients atteints d'hémophilie A avec inhibiteurs**

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20818.01

Vieille limitation

**Patients atteints d'hémophilie A sans inhibiteurs**

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

**Patients atteints d'hémophilie A sévère sans inhibiteurs**

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20818.02

Vieille limitation

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

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

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderspital Zürich.

Avant le début du traitement, une demande de prise en charge des coûts doit être obtenue auprès de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil, en indiquant le schéma posologique utilisé: dose de charge pendant les 4 premières semaines (3 mg/kg de poids corporel par voie sous-cutanée une fois par semaine pendant les 4 premières semaines) et dose d'entretien à partir de la semaine 5 (1,5 mg/kg PC s.c. une fois par semaine ou 3 mg/kg PC toutes les deux semaines s.c. ou 6 mg/kg PC toutes les quatre semaines s.c.).

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

Sur la base de la documentation continue du patient, les données correspondantes devraient être enregistrées dans le registre SHN, à condition que le patient donne son accord.

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

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

Le prix des préparations sanguines est calculé sur la base du prix départ usine plus une marge fixe de Fr. 40.00 plus TVA en raison de la situation particulière de l'approvisionnement (pratiquement pas de commerce intermédiaire).

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

Nouvelle limitation

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

Le diagnostic et la prescription de l'emicizumab, l'initiation du traitement et la prise en charge ultérieure ne peuvent être effectués que dans les centres universitaires et/ou spécialisés dans l'hémophilie suivants. En font partie: Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderhospital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderhospital Zürich.

Avant le début du traitement, une demande de prise en charge des coûts doit être obtenue auprès de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil, en indiquant le schéma posologique utilisé: dose de charge pendant les 4 premières semaines (3 mg/kg de poids corporel par voie sous-cutanée une fois par semaine pendant les 4 premières semaines) et dose d'entretien à partir de la semaine 5 (1.5 mg/kg PC s.c. une fois par semaine ou 3 mg/kg PC toutes les deux semaines s.c. ou 6 mg/kg PC toutes les quatre semaines s.c.). Dans le cadre de la demande de prise en charge des coûts, le médecin traitant doit justifier auprès de l'assureur-maladie pourquoi il choisit le régime de dosage pour le traitement d'entretien et dans quelle mesure les quantités de rejets sont minimisées avec le régime de dosage appliqué. Comme le taux de rejet pour le schéma de dosage de 1.5 mg/kg PC une fois par semaine devrait correspondre au taux de rejet le plus élevé, il est particulièrement important, lors de l'utilisation de ce schéma de dosage, de justifier pourquoi ce schéma particulier devrait être utilisé. Des adaptations de la posologie dues à des changements de poids des patients sont possibles dans le cadre des dosages remboursés sans nouvelle demande de prise en charge des coûts.

Le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA rembourse sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, respectivement sur demande de l'Al, pour chaque boîte d'Hemlibra, 14.74% du prix départ usine (PDU). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du PDU. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

Par ailleurs, le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, respectivement l'Al, une part convenue des coûts sur la base du PDU, en plus du remboursement de 14.74% par boîte pour la quantité d'emicizumab supérieure à 6830 mg par patient et par année civile. Il communique à l'assureur maladie respectivement à l'Al le montant de cette part. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de ce montant (base PDU). Le remboursement doit être effectué rétroactivement sur une base calendaire annuelle (avec une date de référence au 31 décembre). La demande de remboursement peut intervenir à partir de ce moment.

Le prix des préparations sanguines est calculé sur la base du prix départ usine plus une marge fixe de Fr. 40.00 plus TVA en raison de la situation particulière de l'approvisionnement (pratiquement pas de commerce intermédiaire).

<b>CALQUENCE</b> (Acalabrutinibum)	AstraZeneca AG	071610			
caps 100mg blist 60 pce			21177	4885.95	4526.77

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

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

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 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.

Nouvelle limitation

**1<sup>re</sup> ligne leucémie lymphoïde chronique, délétion 17p ou mutation TP53 (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.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21177.01

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

**1<sup>re</sup> ligne leucémie lymphoïde chronique, uIGHV (LLC, monothérapie)**

En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) non précédemment traitée, présentant un statut IGHV non muté et âgés d'au moins 65 ans ou présentant des comorbidités.

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 fabrication pour chaque emballage de CALQUENCE remis pour le traitement des patients avec une LLC en 1ère ligne présentant un statut IGHV non muté (sans délétion 17p ou mutation TP53).

Le titulaire de l'autorisation informe l'assureur-maladie du montant du remboursement.

Le remboursement de la TVA 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21177.02

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

**Leucémie lymphoïde chronique dès la 2ème 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: 21177.03

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>INREBIC</b> (Fedratinibum) caps 100 mg bte 120 pce	Bristol-Myers Squibb SA	071610	21260	4801.50	4444.41
<p>Vieille limitation</p> <p>La prise en charge des thérapies suivantes doit être approuvée par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil: Inrebic est utilisé pour le traitement de la splénomégalie ou des symptômes associés à la maladie chez les patients qui n'ont pas répondu au ruxolitinib ou qui se sont révélés intolérants au ruxolitinib.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec une myélofibrose primaire, ou</li> <li>- avec une myélofibrose secondaire en tant que complication de polycythaemia vera ou thrombocythémie essentielle à risque intermédiaire ou élevé.</li> </ul> <p>Pas en association avec le ruxolitinib. INREBIC ne peut être prescrit que par un spécialiste en hématologie ou en oncologie.</p> <p>Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023</p> <p>La prise en charge des thérapies suivantes doit être approuvée par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil: Inrebic est utilisé pour le traitement de la splénomégalie ou des symptômes associés à la maladie chez les patients qui n'ont pas répondu au ruxolitinib ou qui se sont révélés intolérants au ruxolitinib</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec une myélofibrose primaire, ou</li> <li>- avec une myélofibrose secondaire en tant que complication de polycythaemia vera ou thrombocythémie essentielle à risque intermédiaire ou élevé.</li> </ul> <p>Pas en association avec le ruxolitinib. INREBIC ne peut être prescrit que par un spécialiste en hématologie ou en oncologie.</p> <p>Le titulaire de l'autorisation, Bristol-Myers Squibb SA, rembourse, au prix de fabrique actuel, les trois premiers emballages de Inrebic achetés, pour les patients qui ont reçu Inrebic pour la première fois après le 1er juillet 2023, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat. Le remboursement de la TVA ne peut pas être exigée en plus du prix de fabrique. Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21260.01</p>					
<b>LORVIQUA</b> (Lorlatinibum) cpr pell 25 mg blist 90 pce cpr pell 100 mg blist 30 pce	Pfizer AG	071610	20952 20952	3867.90 5075.20	3533.55 4711.40
<p>Vieille limitation</p> <p>Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. LORVIQUA est remboursé pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique ALK (kinase du lymphome anaplasique)-positif après progression de la maladie sous un traitement précédent par au moins deux inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK) de l'ALK. En cas de progression de la maladie, le traitement doit être interrompu. Pfizer AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, et à sa demande, respectivement 638.51 Fr. pour chaque boîte de LORVIQUA de 30 comprimés pelliculés à 100 mg, et 478.88 Fr. pour chaque boîte de LORVIQUA de 90 comprimés pelliculés à 25 mg. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrique. Adresse de contact: <a href="mailto:Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com">Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com</a></p> <p>Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. LORVIQUA est utilisé pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique et positif pour la kinase du lymphome anaplasique (ALK). En cas de progression de la maladie, le traitement doit être interrompu.</p> <p>Limitation limitée jusqu'au 31.10.2024</p> <p>Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. LORVIQUA est remboursé pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique ALK (kinase du lymphome anaplasique)-positif à partir du traitement de première ligne. En cas de progression de la maladie, le traitement doit être interrompu.</p>					
<b>RUBRACA</b> (Rucaparibum) cpr pell 200 mg bte 60 pce cpr pell 250 mg bte 60 pce cpr pell 300 mg bte 60 pce	mmpharm GmbH	071610	21100 21100 21100	2119.25 2633.70 3130.70	1876.24 2345.29 2814.35

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

Uniquement après prescription par un gynécologue ou un oncologue et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, en monothérapie dans le sens d'un traitement d'entretien de patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial séreux de l'ovaire, de la trompe de Fallope ou péritonéal primitif, de haut grade, récidivant, sensible au platine, qui sont en rémission (complète ou partielle) suite à une chimiothérapie à base de platine dans les conditions suivantes:

- Au moins deux chimiothérapies préalables à base de platine, la dernière de ces chimiothérapies à base de platine devant remplir les critères suivants :
- les patientes doivent avoir reçu au moins 4 cycles de la thérapie à base de platine, après le dernier traitement, la patiente doit avoir présenté un CA-125 < ULN
- Pas de traitement/traitement d'entretien préalable avec des inhibiteurs de PARP. Une exception à cela est un changement lié à la tolérance dans la même ligne de traitement à un autre inhibiteur de PARP.

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

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

Durant les 24 premiers mois, les montants remboursés sont ceux figurant sur la LS. Pour un traitement d'une durée supérieure (à partir de 25 mois), le titulaire de l'autorisation rembourse 50% du prix départ usine pour l'achat de toute boîte supplémentaire de Rubraca sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

AVASTIN	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
conc perf 100 mg/4 ml vial 4 ml			18082	345.30	286.48
conc perf 400 mg/16 ml vial 16 ml			18082	1248.80	1082.54

Vieille limitation

#### 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 : 18082.03.

Nouvelle limitation

#### 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. 0.56 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 : 18082.03.

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

Vieille limitation

#### 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: 18082.04.

Nouvelle limitation

#### 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. 0.39 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: 18082.04.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2026

#### 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 récidive 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.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.07.

Vieille limitation

#### AVASTIN 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'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'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Roche Pharma (Suisse) SA 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: 18082.08.

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

**AVASTIN 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'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'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Roche Pharma (Suisse) SA indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bécavizumab. 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 : 18082.08.

BEVACIZUMAB-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
conc perf 100 mg/4ml flac 1 pce			21264	312.10	257.57
conc perf 400 mg/16ml flac 1 pce			21264	1117.50	962.84

Vieille limitation

**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, Teva Pharma SA rembourse pour le traitement Fr. 0.64 par mg de Bevacizumab-Teva. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva 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 Teva Pharma SA le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Bevacizumab-Teva, 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 : 21264.03.

Nouvelle limitation

**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, Teva Pharma SA rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg de Bevacizumab-Teva. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva 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 Teva Pharma SA le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Bevacizumab-Teva, 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 : 21264.03.

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

Vieille limitation

#### 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, Teva Pharma SA rembourse pour le traitement Fr. 0.34 par mg de Bevacizumab-Teva. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva 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 Teva Pharma SA le montant du remboursement par mg.
  - Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Bevacizumab-Teva, 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: 21264.04.

Nouvelle limitation

#### 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, Teva Pharma SA rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg de Bevacizumab-Teva. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva 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 Teva Pharma SA le montant du remboursement par mg.
  - Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Bevacizumab-Teva, 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: 21264.04.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2026

#### 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 témozolamide. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21264.07.

Vieille limitation

#### BEVACIZUMAB-TEVA 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 de BEVACIZUMAB-TEVA 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 de BEVACIZUMAB-TEVA en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Teva Pharma SA indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bevacizumab. 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: 21264.08.

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

**BEVACIZUMAB-TEVA 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 de BEVACIZUMAB-TEVA 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 de BEVACIZUMAB-TEVA en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Teva Pharma 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 : 21264.08.

IMNOVID	Bristol-Myers Squibb SA	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

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

**Association d'IMNOVID avec élotuzumab et la dexaméthasone**

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-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.

Sur première demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation remboursera à ce dernier une part déterminée du prix de fabrication pour chaque emballage d'IMNOVID acheté.

Cette part de remboursement correspond à la différence entre le prix économique et le prix de fabrication de la liste des spécialités actuellement cotée. Les prix économiques d'IMNOVID sont les suivants :

- Capsules, 1 mg, 21 unités Fr. 7'372.51
- Capsules, 2 mg, 21 unités Fr. 7'468.67
- Capsules, 3 mg, 21 unités Fr. 7'564.83
- Capsules, 4 mg, 21 unités Fr. 7'629.17

La demande de remboursement par l'assureur-maladie ne s'applique que pour l'association d'IMNOVID et d'élotuzumab et cell-ci ne peut avoir lieu que si l'utilisation des deux médicaments en association est prouvée. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant de remboursement. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20221.01

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, le titulaire de l'autorisation rembourse une part fixe du prix de fabrication pour chaque emballage de IMNOVID acheté. Le titulaire de l'autorisation communique à l'assurance maladie le montant du remboursement. Le remboursement de la TVA ne peut pas être exigée en plus de ce pourcentage du prix de fabrication.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 20221.03

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

**IMNOVID en association avec l'isatuximab et la dexaméthasone**

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

IMNOVID en association avec l'isatuximab et la dexaméthasone est remboursé pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant et réfractaire, ayant déjà reçu au moins deux lignes de traitements antérieurs, dont un inhibiteur du protéasome (IP) et le lénalidomide, et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement.

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

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 déterminée du prix de fabrication pour chaque emballage remis de IMNOVID. Le titulaire de l'autorisation informe l'assureur-maladie du montant du remboursement. Le remboursement de la TVA ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrication. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20221.04

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>MVASI</b>	Amgen Switzerland AG	071610			
conc perf 100 mg/4 ml flac 4 ml			21084	312.10	257.57
conc perf 400 mg/16 ml flac 16 ml			21084	1117.50	962.84

Vieille limitation

#### 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, Amgen Switzerland AG rembourse pour le traitement Fr. 0.64 par mg de MVASI. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI 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 Amgen Switzerland AG le montant du remboursement par mg.
  - Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par MVASI, 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: 21084.03.

Nouvelle limitation

#### 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, Amgen Switzerland AG rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg de MVASI. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI 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 Amgen Switzerland AG le montant du remboursement par mg.
  - Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par MVASI, 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: 21084.03.

Vieille limitation

#### 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, Amgen Switzerland AG rembourse pour le traitement Fr. 0.34 par mg de MVASI. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI 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 Amgen Switzerland AG le montant du remboursement par mg.
  - Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par MVASI, 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: 21084.04.

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

Nouvelle limitation

#### 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, Amgen Switzerland AG rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg de MVASI. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI 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 Amgen Switzerland AG le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par MVASI, 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 : 21084.04.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2026

#### 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, Mvasi est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.07

Vieille limitation

#### MVASI 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 de MVASI 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 de MVASI en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Amgen Switzerland AG 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 : 21084.08.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

#### MVASI 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 de MVASI 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 de MVASI en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Amgen Switzerland AG 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 : 21084.08.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>OYAVAS</b>	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 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: 21272.03.

Nouvelle limitation

#### 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. 0.27 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: 21272.03.

Vieille limitation

#### 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: 21272.04.

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

Nouvelle limitation

#### 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. 0.10 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 : 21272.04.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2026

#### 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 : 21272.07.

Vieille limitation

#### 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 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 : 21272.08.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

#### 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 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 : 21272.08.

<b>TECENTRIQ</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071600			
conc perf 1200mg/20 ml flac 1 pce			20641	4725.60	4370.35

Vieille limitation

Ceci s'applique à toutes les indications prises en charge :

Une garantie de prise en charge des coûts de l'assureur-maladie (2L du CPNPC et CPNPC au stade précoce, en adjuvant) ou un rapport pour l'indication (CPPC et CHC) doit contenir le code d'indication correspondant (20641.XX). La posologie est de 1200 mg au maximum toutes les trois semaines. 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.

Nouvelle limitation

Ceci s'applique à toutes les indications prises en charge :

Une garantie de prise en charge des coûts de l'assureur-maladie (2L du CPNPC, CPNPC au stade précoce, en adjuvant, 1L du CPNPC non épidermoïde (en association au nab-paclitaxel et au carboplatine) et 1L du CPNPC non épidermoïde (en association au paclitaxel et au carboplatine)) ou un rapport pour l'indication (CPPC et CHC) doit contenir le code d'indication correspondant (20641.XX). La posologie est de 1200 mg au maximum toutes les trois semaines. 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.

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

#### 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 porteurs d'aberrations génomiques tumorales de type EGFR ou ALK doivent également avoir reçu un traitement approuvé pour ces aberrations avant de recevoir 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 : 20641.01.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

#### 1L du CPNPC non épidermoïde (en association au nab-paclitaxel et au carboplatine)

Tecentriq, en association au nab-paclitaxel et au carboplatine, est remboursé pour le traitement de première intention des patients atteints d'un CPNPC non épidermoïde métastatique sans aberrations génomiques tumorales du gène EGFR ou ALK.

Après 4 ou 6 cycles de traitement en association à une chimiothérapie à base de nab-paclitaxel et de carboplatine, Tecentriq est remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

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 première demande de celui-ci, une part définie du prix départ usine pour chaque boîte de Tecentriq achetée pour l'indication 1L du CPNPC non épidermoïde (en association au nab-paclitaxel et au carboplatine). Cette part de remboursement correspond à la différence entre le prix économique et le prix départ usine de la LS actuellement affiché. Le prix économique de Tecentriq en association au nab-paclitaxel et au carboplatine est de Fr. 3'956.65. 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 : 20641.05

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

#### 1L du CPNPC non épidermoïde (en association au paclitaxel et au carboplatine)

Tecentriq, en association au paclitaxel et au carboplatine, est remboursé pour le traitement de première intention des patients atteints d'un CPNPC non épidermoïde métastatique sans aberrations génomiques tumorales du gène EGFR ou ALK et dont les tumeurs présentent une expression de PD-L1  $\geq 1\%$ .

Après 4 ou 6 cycles de traitement en association à une chimiothérapie à base de paclitaxel et de carboplatine, Tecentriq est remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Garantie de 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 : 20641.06

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

#### CPNPC au stade précoce, en adjuvant

Tecentriq en monothérapie est remboursé pour le traitement adjuvant des patients adultes (à partir de la 18e année) atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA (système de classification de l'UICC/AJCC, 7e édition) dont la tumeur n'a pas progressé après une chimiothérapie à base de cisplatine et présente une expression tumorale de PD-L1  $\geq 50\%$ . Les critères suivants doivent en outre être remplis :

- Score de performance ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) 0 ou 1.
- Résection complète de la tumeur dans les 28 à 84 jours précédant la chimiothérapie à base de cisplatine (jusqu'à 4 cycles).
- Le traitement adjuvant par Tecentriq est débuté 21 à 56 jours après la dernière dose de chimiothérapie à base de cisplatine.
- Il n'existe aucune aberration génomique tumorale de type EGFR ou ALK.

Garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

La durée du traitement par l'atézolizumab est limitée à 16 cycles au maximum.

Le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament, dès la première demande de l'assurance, pour chaque emballage de Tecentriq correspondant au traitement adjuvant dans l'indication de CPNPC au stade précoce, 17,1 % du prix de fabrique. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en sus. 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 : 20641.04

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 - Fonctions 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 CPPC-SL (CPPC 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.

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 : 20641.02

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

Vieille limitation

#### 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).

Le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, et le titulaire de l'autorisation de la préparation de Bévacicumab 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 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 : 20641.03

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

#### 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).

Le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, et le titulaire de l'autorisation de la préparation de Bévacicumab 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 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 : 20641.03

<b>VELTASSA</b>	Vifor Fresenius Medical Care	160000			
pdr 8.4g sach 30 pce	Renal Pharma Ltd		20709	219.45	176.86
pdr 16.8g sach 30 pce			20709	219.45	176.86

Vieille limitation

VELTASSA est remboursé par la caisse-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts, pour les adultes non dialysés présentant une insuffisance rénale chronique (le début du traitement doit être au stade III ou IV de l'insuffisance rénale; taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>), ayant développé, au cours d'un traitement avec un inhibiteur du système rénine-angiotensine-aldostérone, une hyperkaliémie chronique récurrente et constatée par des mesures répétées, et auxquels des échangeurs de cations doivent être administrés car les mesures non médicamenteuses (régime alimentaire) ainsi que les mesures médicamenteuses déjà employées (p. ex. diurétiques hypokaliémiants) n'ont pas été suffisantes pour normaliser le taux de potassium (< 5.5 mmol/l).

La première prescription de VELTASSA doit être établie uniquement par un cardiologue ou un néphrologue.

Le remboursement concerne, au maximum, une boîte de VELTASSA dosée à 8.4g ou 16.8g par mois. Si un patient a besoin d'une dose supérieure à 16.8g par jour, Vifor SA remboursera à la caisse-maladie le prix public de la deuxième boîte, déduction faite de la T.V.A.

Nouvelle limitation VELTASSA est remboursé chez les adultes non dialysés présentant une insuffisance rénale chronique (le début du traitement doit être au stade III ou IV de l'insuffisance rénale;

taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>), ayant développé, au cours d'un traitement avec un inhibiteur du système rénine-angiotensine-aldostérone, une hyperkaliémie chronique récurrente et constatée par des mesures répétées, et auxquels des échangeurs de cations doivent être administrés car les mesures non médicamenteuses (régime alimentaire) ainsi que les mesures médicamenteuses déjà employées (p. ex. diurétiques hypokaliémiants) n'ont pas été suffisantes pour normaliser le taux de potassium (< 5.5 mmol/l).

Le remboursement concerne, au maximum, une boîte de VELTASSA dosée à 8.4g ou 16.8g par mois. Si un patient a besoin d'une dose supérieure à 16.8g par jour, Vifor SA remboursera à la caisse-maladie le prix public de la deuxième boîte, déduction faite de la T.V.A.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>ZIRABEV</b>	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 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: 21090.03.

Nouvelle limitation

#### 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. 0.27 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: 21090.03.

Vieille limitation

#### 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: 21090.04.

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

Nouvelle limitation

#### 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. 0.10 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 : 21090.04.

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)  $\geq 42$  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 bévacicumab.

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 bévacicumab 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 bévacicumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine.
- Le traitement par bévacicumab 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 : 21090.08.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2026

#### 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 témozolamide. 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 : 21090.07.

Vieille limitation

#### 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 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 : 21090.09.

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

#### ZIRABEV 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'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'atézolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Pfizer 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: 21090.09.

<b>PEMAZYRE</b>	Incyte Biosciences International	070610			
cpr 4.5 mg blist 14 pce	Sàrl		21303	8351.00	7907.33
cpr 9 mg blist 14 pce			21303	8351.00	7907.33
cpr 13.5 mg blist 14 pce			21303	8351.00	7907.33

Vieille limitation

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

PEMAZYRE est remboursé en monothérapie pour le traitement des adultes atteints d'un cholangiocarcinome localement avancé, non résécable ou métastatique avec fusion ou réarrangement du récepteur 2 du facteur de croissance des fibroblastes (FGFR2), dont la maladie a progressé après au moins une ligne de traitement systémique.

La fusion FGFR2 ou le réarrangement FGFR2 doit être démontré par une méthode appropriée avant le traitement par PEMAZYRE.

Les patients présentant des métastases cérébrales/du SNC non traitées ou à un stade avancé sont exclus du remboursement d'un traitement par PEMAZYRE.

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

Une rotation au sein des inhibiteurs du FGFR est remboursée exclusivement en cas de contre-indication ou d'intolérance.

Le titulaire de l'autorisation, Incyte Biosciences International Sàrl, rembourse intégralement, au prix de fabrique actuel, les deux premiers emballages de PEMAZYRE acquis, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat. De plus, le titulaire de l'autorisation, Incyte Biosciences International Sàrl, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, dès la première demande de l'assurance, une part fixe du prix de fabrique pour chaque emballage supplémentaire de PEMAZYRE acheté. Le titulaire de l'autorisation communique à l'assurance maladie le montant du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.07.2023

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

PEMAZYRE est remboursé en monothérapie pour le traitement des adultes atteints d'un cholangiocarcinome localement avancé, non résécable ou métastatique avec fusion ou réarrangement du récepteur 2 du facteur de croissance des fibroblastes (FGFR2), dont la maladie a progressé après au moins une ligne de traitement systémique.

La fusion FGFR2 ou le réarrangement FGFR2 doit être démontré par une méthode appropriée avant le traitement par PEMAZYRE.

Les patients présentant des métastases cérébrales/du SNC non traitées ou à un stade avancé sont exclus du remboursement d'un traitement par PEMAZYRE.

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

Une rotation au sein des inhibiteurs du FGFR est remboursée exclusivement en cas de contre-indication ou d'intolérance.

Le titulaire de l'autorisation, Incyte Biosciences International Sàrl, rembourse intégralement, au prix de fabrique actuel, les deux premiers emballages de PEMAZYRE acquis, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat. De plus, le titulaire de l'autorisation, Incyte Biosciences International Sàrl, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, dès la première demande de l'assurance, une part fixe du prix de fabrique pour chaque emballage supplémentaire de PEMAZYRE acheté. Le titulaire de l'autorisation communique à l'assurance maladie le montant du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

<b>TEPMETKO</b>	Merck (Schweiz) AG	071610			
cpr pell 225 mg blist 60 pce			21285	6377.45	5981.89

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2024

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

TEPMETKO est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints de cancer du poumon non à petites cellules avancé ou métastatique (CPNPC) et présentant une mutation entraînant un saut de l'exon 14 de MET. L'utilisation en cas de mutations du facteur oncogènes supplémentaires, y compris les aberrations tumorales de type EGFR ou ALK, n'est pas remboursée. Le traitement se poursuit jusqu'à la progression de la maladie.

Une rotation entre les inhibiteurs de MET est exclusivement remboursée en cas de contre-indication ou d'intolérance.

Merck (Schweiz) AG remboursera complètement à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la réception du traitement, à la première demande de l'assureur, les deux premières boîtes achetées de TEPMETKO au prix de fabrication de 5981.89 CHF. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>VII. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2022</b>					
<b>SEBIVO</b> cpr pell 600 mg 28 pce	Mylan Pharma GmbH	080300	18476	489.05	411.72
<p>Vieille limitation            Traitement de l'hépatite chronique B chez les patients présentant des signes de réplication virale et d'hépatite active.</p> <p>Nouvelle limitation            Remboursement uniquement pour les patients qui suivent déjà ce traitement et souffrent d'une hépatite B chronique avec des signes de réplication virale et d'hépatite active. La limitation ne s'applique pas l'utilisation pendant la grossesse pour prévenir la transmission mère-enfant, lorsqu'un traitement par telbivudine est indiqué.</p>					
<b>TELZIR</b> cpr pell 700 mg 60 pce	ViiV Healthcare GmbH	080300	18209	464.80	390.60
<p>Nouvelle limitation            Remboursement uniquement pour les patients qui suivent déjà un traitement avec Telzir.</p>					

# Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

**Les ordonnances suivantes sont bloquées**

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Berne		10788201

OFSP-Bulletin  
OFCL, Diffusion publications  
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# OFSP-Bulletin

Semaine

# 29/2023