



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 15 mars 2021

Semaine

OFSP-Bulletin 11/2021

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

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



Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses _____	4
Statistique Sentinella _____	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales _____	6
www.ofsp-coronavirus.ch/vaccination : Informations sur la vaccination COVID-19 _____	7
Corrigenda _____	8
Suppression de l'édition annuelle de la liste des spécialités imprimée _____	8
Liste des spécialités _____	9
Vol d'ordonnance _____	31

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 9^e semaine (09.03.2021)^a

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

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

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

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

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

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

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

Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 9^e semaine (09.03.2021)^a

	Semaine 09			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	3 1.80	2 1.20	2 1.20	6 0.90	13 2.00	12 1.80	55 0.60	121 1.40	133 1.50	9 0.60	34 2.30	37 2.50
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b		1177 708.00	1445 869.20	7 1.00	5494 826.20	6846 1029.50	1367 15.80	12741 147.40	13786 159.50	17 1.10	8821 589.60	9848 658.20
Légionellose	5 3.00	1 0.60	7 4.20	32 4.80	22 3.30	39 5.90	495 5.70	546 6.30	589 6.80	74 5.00	55 3.70	90 6.00
Méningocoques: maladie invasive		2 1.20			4 0.60	4 0.60	12 0.10	47 0.50	50 0.60	1 0.07	9 0.60	6 0.40
Pneumocoques: maladie invasive	4 2.40	21 12.60	36 21.60	16 2.40	135 20.30	152 22.90	313 3.60	860 10.00	916 10.60	36 2.40	270 18.00	283 18.90
Rougeole		6 3.60	13 7.80		10 1.50	44 6.60	7 0.08	192 2.20	91 1.00		26 1.70	55 3.70
Rubéole^c								1 0.01	1 0.01			
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose			4 2.40	17 2.60	40 6.00	33 5.00	326 3.80	433 5.00	493 5.70	45 3.00	77 5.20	75 5.00
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	89 53.50	34 20.40	88 52.90	322 48.40	233 35.00	335 50.40	6080 70.30	7182 83.10	7750 89.60	922 61.60	961 64.20	1084 72.40
Hépatite A		1 0.60		5 0.80	13 2.00	5 0.80	56 0.60	91 1.00	101 1.20	12 0.80	24 1.60	11 0.70
Hépatite E	17 10.20	1 0.60	2 1.20	44 6.60	8 1.20	15 2.30	103 1.20	105 1.20	91 1.00	54 3.60	20 1.30	28 1.90
Infection à E. coli entérohémorragique	12 7.20	17 10.20	19 11.40	40 6.00	50 7.50	52 7.80	710 8.20	1115 12.90	852 9.90	95 6.40	115 7.70	130 8.70
Listériose	1 0.60		1 0.60	1 0.20	3 0.40	4 0.60	55 0.60	37 0.40	49 0.60	4 0.30	7 0.50	6 0.40
Salmonellose, S. typhi/paratyphi					3 0.40		5 0.06	25 0.30	19 0.20		6 0.40	2 0.10
Salmonellose, autres	15 9.00	10 6.00	17 10.20	58 8.70	68 10.20	64 9.60	1229 14.20	1543 17.80	1444 16.70	147 9.80	166 11.10	172 11.50
Shigellose		3 1.80	4 2.40	2 0.30	8 1.20	18 2.70	41 0.50	202 2.30	264 3.00	6 0.40	24 1.60	38 2.50

	Semaine 09			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	306 184.10	133 80.00	254 152.80	1010 151.90	935 140.60	1009 151.70	11084 128.20	12384 143.20	11469 132.70	2177 145.50	2164 144.60	2190 146.40
Gonorrhée ^e	86 51.70	49 29.50	81 48.70	277 41.70	289 43.50	272 40.90	3378 39.10	4001 46.30	3118 36.10	658 44.00	709 47.40	655 43.80
Hépatite B, aiguë					2 0.30	2 0.30	1 0.01	27 0.30	34 0.40		5 0.30	6 0.40
Hépatite B, total déclarations	26	12	24	89	89	95	951	1074	1202	212	193	216
Hépatite C, aiguë			2 1.20			4 0.60	2 0.02	20 0.20	29 0.30			7 0.50
Hépatite C, total déclarations	25	8	25	89	85	94	899	1006	1243	185	173	196
Infection à VIH	9 5.40	3 1.80	9 5.40	24 3.60	18 2.70	35 5.30	272 3.20	422 4.90	407 4.70	53 3.50	59 3.90	67 4.50
Sida				2 0.30	7 1.00		45 0.50	82 1.00	69 0.80	8 0.50	11 0.70	10 0.70
Syphilis, stades précoces ^f	1 0.60	8 4.80	11 6.60	16 2.40	45 6.80	70 10.50	504 5.80	724 8.40	669 7.70	60 4.00	118 7.90	131 8.80
Syphilis, total ^g	1 0.60	10 6.00	15 9.00	22 3.30	69 10.40	92 13.80	692 8.00	1038 12.00	979 11.30	88 5.90	172 11.50	179 12.00
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose							9 0.10	7 0.08	5 0.06			
Chikungunya						2 0.30	1 0.01	42 0.50	12 0.10		9 0.60	8 0.50
Dengue		2 1.20	2 1.20		13 2.00	10 1.50	28 0.30	266 3.10	177 2.00	2 0.10	47 3.10	38 2.50
Encéphalite à tiques				2 0.30			456 5.30	262 3.00	372 4.30	3 0.20	2 0.10	2 0.10
Fièvre du Nil occidental							1 0.01	1 0.01				
Fièvre jaune												
Fièvre Q		1 0.60	2 1.20	7 1.00	6 0.90	3 0.40	56 0.60	100 1.20	57 0.70	13 0.90	8 0.50	10 0.70
Infection à Hantavirus									1 0.01			
Infection à virus Zika								1 0.01	2 0.02			
Paludisme	4 2.40	1 0.60	9 5.40	8 1.20	18 2.70	28 4.20	95 1.10	296 3.40	291 3.40	26 1.70	55 3.70	45 3.00
Trichinellose							4 0.05	3 0.03		1 0.07	1 0.07	
Tularémie		1 0.60		4 0.60	1 0.20	2 0.30	128 1.50	151 1.80	116 1.30	21 1.40	9 0.60	6 0.40
Autres déclarations												
Botulisme				1 0.20			1 0.01			1 0.07		
Diphthérie ^h							3 0.03	2 0.02	5 0.06			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob						3 0.40	22 0.20	16 0.20	20 0.20	3 0.20	3 0.20	4 0.30
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 5.3.2021 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)

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

Semaine	6		7		8		9		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Piqûre de tiques	0	0	0	0	2	0.2	0	0	0.5	0.1
Borréliose de Lyme	2	0.2	0	0	0	0	1	0.1	0.8	0.1
Herpès zoster	6	0.5	7	0.6	10	0.8	3	0.2	6.5	0.5
Néuralgies post-zostériennes	3	0.3	2	0.2	1	0.1	0	0	1.5	0.2
Médecins déclarants	154		153		153		155		153.8	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

Le rapport sur la grippe a subi un remaniement lié à la pandémie de COVID-19. Il est disponible à l'adresse: www.bag.admin.ch/rapport-grippe



Coronavirus

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**

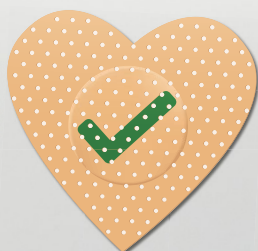


JE ME FERAI VACCINER.

Michèle Giroud,

experte en soins d'anesthésie diplômée,
souhaite se faire vacciner afin de
rester disponible pour ses patients et
de réduire le risque d'une forme
grave d'une infection au COVID-19.

Informez-vous sur
ofsp-coronavirus.ch/vaccination
ou au **058 377 88 92** et prenez
votre propre décision.



Michèle Giroud est présidente de la Fédération
suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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

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



Corrigenda « I. Nouvelle admissions des préparations » (Bulletin 7/21)

Par inadvertance la limitation incomplète a été publié pour (20408) LENVIMA dans le numéro 7/21 du Bulletin. Dans la liste des spécialités valable dès le 1er février 2021 la limitation correcte a été publié et est la suivante :

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2021

Carcinome thyroïdien différencié (DTC)

Carcinome thyroïdien différencié, localement avancé ou métastatique, réfractaire à l'iode radioactif et progressif. Seuls sont remboursés les dosages mentionnés dans l'information professionnelle (24 mg, 20 mg, 14 mg, 10 mg ou inférieurs).

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2021

Carcinome hépatocellulaire (HCC)

En monothérapie pour le traitement de première ligne du carcinome hépatocellulaire avancé non résécable chez les patients répondant à la totalité des critères suivants:

- Moins de 50% du foie est atteint par le carcinome
- Aucun envahissement tumoral n'est observé dans le conduit biliaire ou la branche portale principale de la veine porte
- Score ECOG 0-1
- Child-Pugh A
- BCLC stade B, si une TACE (chimioembolisation transartérielle) n'est pas envisagée ou BCLC stade C
- Pas d'administration simultanée d'une chimiothérapie intra-artérielle hépatique (HAIC).

L'OFSP regrette vivement cet incident. La version en ligne du Bulletin 7/21 a pu être corrigée.

Suppression de l'édition annuelle de la liste des spécialités imprimée

En raison de la baisse des demandes, la liste des spécialités (LS) ne sera plus disponible au format papier à partir de 2021. Les données mensuelles actualisées concernant la LS, les directives de l'OFSP, les dispositions et l'introduction de la LMIC ainsi que l'introduction à la liste des génériques sont prochainement disponibles sur www.listedesspecialites.ch.

Liste des spécialités :

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

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

Valable à partir du 1^{er} mars 2021

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.05 G		ARIPIPRAZOL NOBEL (Aripiprazolum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21224	sirop 1 mg/ml fl 150 ml Fr. 127.75 (96.98)		67743001	01.03.2021, B
Pour l'initiation du dosage thérapeutique chez des patients adolescent schizophrénique (< 18 ans). Une boîte par patient uniquement.					
01.07.10		ZEBINIX (Eslicarbazepini acetat)	Bial SA		
	21145	cpr 200 mg 60 pce Fr. 68.60 (45.45)		67375002	01.03.2021, B
	21145	cpr 800 mg 30 pce Fr. 120.75 (90.90)		67375004	01.03.2021, B
02.05.10		AIMOVIG (Erenumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20777	sol inj 70 mg/ml stylo pré-rempl 1 ml Fr. 517.60 (436.60)		66748002	01.12.2018, B
	20777	sol inj 140 mg/ml stylo pré-rempli 1 ml Fr. 517.60 (436.60)		66748003	01.10.2019, B

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une période de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription d'AIMOVIG et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

AIMOVIG est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence: au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence: au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique ou un anticonvulsivant ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés sont contre-indiqués ou si ces traitements ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux aucune réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie:

- Documentation de la durée du traitement avant le traitement par AIMOVIG et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine)
- Avant le début du traitement: journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le traitement par AIMOVIG
- Après le début du traitement: journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois de traitement par AIMOVIG

Contrôle après 3 mois:

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine par mois, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport à la valeur moyenne des 3 mois précédant le début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.

Contrôle après 6 mois:

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine par mois, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50% par rapport à la valeur moyenne des 3 mois précédant le début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- La réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.

Si le traitement par AIMOVIG doit être interrompu après 3 ou 6 mois en raison d'une efficacité insuffisante, toute nouvelle tentative de traitement par AIMOVIG, ou par un autre antagoniste des récepteurs du CGRP ou inhibiteur du CGRP, ne sera plus remboursée.

Arrêt du traitement au bout d'un an:

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si le patient présente une rechute dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement (au moins 8 jours de migraine sur 30 jours), la reprise d'un traitement par un antagoniste des récepteurs CGRP ou un inhibiteur du CGRP peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période de 12 mois. Si la rechute survient après 6 mois, le patient doit à nouveau répondre aux critères comme pour la première prescription.

Après la 2^e année de traitement et pour les années suivantes:

- Une interruption du traitement doit être observée telle qu'indiquée ci-dessus après la 2^e année de traitement et au-delà. Le patient pourra ensuite reprendre le traitement avec des antagonistes des récepteurs du CGRP ou des inhibiteurs du CGRP s'il remplit à nouveau les critères. Ceci pourra être poursuivi tant que la thérapie sera nécessaire et efficace.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
02.07.20 G		LISINOPRIL HCT AXAPHARM (Lisinoprilum, Hydrochlorothiazidum)	Axapharm AG		
	21120	cpr 10/12.5 mg 30 pce Fr. 14.90 (5.85)		56917017	01.03.2021, B
	21120	cpr 10/12.5 mg 100 pce Fr. 35.60 (16.73)		56917018	01.03.2021, B
	21120	cpr 20/12.5 mg 30 pce Fr. 18.40 (8.87)		56917019	01.03.2021, B
	21120	cpr 20/12.5 mg 100 pce Fr. 48.75 (28.17)		56917020	01.03.2021, B

07.01.10		APTAMIL AS SYNEO (Materia crassa, Carbohydrata, Fibrae alimentariae)	Milupa SA		
	21153	pdr bte 400 g Fr. 69.00 (37.40)			01.03.2021

Les préparations mentionnées ne doivent être prescrites que pour des nourrissons jusqu'à 12 mois.

07.12 G		ATORVASTATINE SPIRIG HC (Atorvastatinum)	Spirig HealthCare AG		
	21196	cpr pell 10 mg nou blist 30 pce Fr. 28.70 (14.27)		66512001	01.03.2021, B
	21196	cpr pell 10 mg nou blist 100 pce Fr. 70.30 (46.94)		66512002	01.03.2021, B
	21196	cpr pell 20 mg nou blist 30 pce Fr. 28.70 (14.27)		66512003	01.03.2021, B
	21196	cpr pell 20 mg nou blist 100 pce Fr. 70.30 (46.94)		66512004	01.03.2021, B
	21196	cpr pell 40 mg nou blist 30 pce Fr. 28.70 (14.27)		66512005	01.03.2021, B
	21196	cpr pell 40 mg nou blist 100 pce Fr. 70.30 (46.94)		66512006	01.03.2021, B
	21196	cpr pell 80 mg nou blist 30 pce Fr. 28.70 (14.27)		66512007	01.03.2021, B
	21196	cpr pell 80 mg nou blist 100 pce Fr. 70.30 (46.94)		66512008	01.03.2021, B

07.15		DUPIXENT (Dupilumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20819	sol inj 300 mg/2 ml ser pré sys séc ser pré 2 pce Fr. 1440.65 (1257.49)		66649001	01.03.2020, B

DUPIXENT est remboursé à une dose initiale de 600 mg en injection sous-cutanée (deux injections de 300 mg chacune), suivie d'une dose de 300 mg en injection sous-cutanée toutes les deux semaines pour le traitement des patients adultes (à partir de 18 ans) souffrant de dermatite atopique sévère (score IGA égal à 4 [sur une échelle IGA de 0 à 4] ou score SCORAD >50 ou score EASI = 21.1) si ces patients ne répondent pas de façon adéquate à un traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine) et à une photothérapie (si disponible et indiquée) et à un traitement systémique avec un agent immunosuppresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques) pendant au moins un mois, ou si ces thérapies sont contre-indiquées ou ont dû être interrompues en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique.

DUPIXENT n'est pas remboursé en combinaison avec d'autres médicaments systémiques pour le traitement de la dermatite atopique.

Si après 16 semaines de traitement avec DUPIXENT aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire une réduction de l'IGA de = 2 points par rapport au score initial ou une amélioration de =50% du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou une amélioration de =50% du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

Pour ce traitement, une garantie de prise en charge des frais par la caisse-maladie, après consultation préalable du médecin conseil, est nécessaire. Le diagnostic, la prescription de DUPIXENT et le suivi du traitement ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.

Après 52 semaines de traitement ininterrompu, une nouvelle garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie doit être obtenue, après consultation préalable du médecin conseil.

07.15		ENTYVIO SOUS-CUTANÉE (Vedolizumabum)	Takeda Pharma AG		
	21169	sol inj 108 mg/0.68 ml ser préemp ser pré 1 pce Fr. 717.45 (610.65)		67537001	01.03.2021, A
	21169	sol inj 108 mg/0.68 ml stylo prérempli stylo pré 1 pce Fr. 717.45 (610.65)		67534001	01.03.2021, A

Indiqué pour le traitement de la rectocolite hémorragique active modérée à sévère et de la maladie de Crohn active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse ou une intolérance à un traitement conventionnel ou par un antagoniste du facteur de nécrose tumorale alpha (TNFa).

Le passage à Entyvio sous-cutané (vedolizumab sous-cutané) comme thérapie d'entretien se fait après au moins 2 perfusions intraveineuses d'Entyvio. La poursuite des soins thérapeutiques après un traitement par Entyvio pendant un an requiert une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		BAVENCIO (Avelumabum)	Merck (Schweiz) AG		
	20694	conc perf 200 mg/10 ml flac 10 ml Fr. 1072.40 (921.74)		66380001	01.12.2017, A
	20694	conc perf 200 mg/10 ml 4 flac 10 ml Fr. 4025.15 (3686.96)		66380002	01.12.2017, A

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2024

Utilisation pour le traitement du carcinome à cellules de Merkel (CCM) métastatique.

La dose recommandée est de 10 mg/kg de masse corporelle une fois toutes les deux semaines.

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par la caisse d'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Il convient de traiter le patient jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable. Les patients dont l'état clinique est stable et qui présentent des signes de progression peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

07.16.10 G		FULVESTRANT ACCORD (Fulvestrantum)	Accord Healthcare AG		
	21202	sol inj 250 mg/5 ml 2 ser prêt 5 ml Fr. 517.20 (436.23)		67565002	01.03.2021, B

Traitements des patientes à la post-ménopause (ménopause naturelle ou induite) avec cancer du sein localement avancé ou métastatique à récepteurs oestrogéniques positifs et qui ne répondent pas, ou plus, à un autre traitement anti-hormonal.

07.16.10		LENVIMA (Lenvatinibum)	Eisai Pharma AG		
	20408	caps 4 mg 30 pce Fr. 1687.45 (1482.50)		65512001	01.10.2015, A
	20408	caps 10 mg 30 pce Fr. 1687.45 (1482.50)		65512002	01.10.2015, A

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021**Carcinome thyroïdien différencié (DTC)**

Carcinome thyroïdien différencié, localement avancé ou métastatique, réfractaire à l'iode radioactif et progressif.

Seuls sont remboursés les dosages mentionnés dans l'information professionnelle (24 mg, 20 mg, 14 mg, 10 mg ou inférieurs).

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021**Carcinome hépatocellulaire (HCC)**

En monothérapie pour le traitement de première ligne du carcinome hépatocellulaire avancé non résécable chez les patients répondant à la totalité des critères suivants:

- Moins de 50% du foie est atteint par le carcinome
- Aucun envahissement tumoral n'est observé dans le conduit biliaire ou la branche portale principale de la veine porte
- Indice ECOG 0-1
- Child-Pugh A
- BCLC stade B, si une TACE (chimioembolisation transartérielle) n'est pas envisagée ou BCLC stade C
- Pas d'administration simultanée d'une chimiothérapie intra-artérielle hépatique (HAIC).

Seules les doses de 12 mg, 8 mg ou 4 mg une fois par jour conformément à l'information professionnelle sont remboursées.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		MEKINIST (Trametinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20484	cpr pell 0.5000 mg 7 pce Fr. 369.00 (307.13)		65883001	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 0.5000 mg 30 pce Fr. 1505.15 (1316.28)		65883002	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 2 mg 7 pce Fr. 1408.90 (1228.53)		65883003	01.07.2016, A
	20484	cpr pell 2 mg 30 pce Fr. 5642.75 (5265.13)		65883004	01.07.2016, A

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023**Mélanome métastatique**

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement de patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K). Traitement seulement jusqu'à progression de la maladie. Le traitement exige un engagement de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie, pour l'association de MEKINIST et TAFINLAR, un pourcentage fixe du prix de fabrication de chaque emballage de MEKINIST acheté (=indicateur d'un cycle de traitement). L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023**Mélanome adjuvant**

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement adjuvant des patients atteints de mélanome portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:

- selon la classification AJCC 7th édition: stade IIIA (limité aux métastases ganglionnaires > 1 mm et T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) et IIIC
- selon la classification AJCC 8th édition: stade IIIB-IIID, pour autant que les stades IIIB T3a N1a/N2a et IIIC T4a N1a/N2a présentent des métastases ganglionnaires > 1 mm

Le traitement adjuvant par le tramétinib en association avec le dabrafénib doit être commencé dans les 15 semaines suivant le début de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie une partie fixe du prix de fabrication de chaque boîte de MEKINIST achetée et une partie fixe du prix de fabrication de chaque boîte de TAFINLAR achetée. L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

07.16.10		PIQRAY (Alpelisibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21067	cpr pell 150 mg blist 28 pce Fr. 2345.05 (2082.12)		67359001	01.03.2021, A
	21067	cpr pell 150 mg blist 56 pce Fr. 4514.35 (4164.24)		67359002	01.03.2021, A
	21067	cpr pell 200 mg blist 28 pce Fr. 4514.35 (4164.24)		67359006	01.03.2021, A
	21067	cpr pell 200 mg+50 mg blist 28 pce Fr. 2345.05 (2082.12)		67359003	01.03.2021, A
	21067	cpr pell 200 mg+50 mg blist 56 pce Fr. 4514.35 (4164.24)		67359004	01.03.2021, A

En combinaison uniquement avec fulvestrant pour le traitement des femmes ménopausées avec un cancer du sein localement avancé ou métastatique, positif aux récepteurs hormonaux (RH+) et négatif au récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2) présentant une mutation PIK3CA après la progression de la maladie, lorsque les patients ont reçu auparavant un traitement endocrinien, y compris un traitement par un inhibiteur de l'aromatase :

- Comme thérapie de première ligne au stade avancé après progression durant la thérapie endocrinienne néoadjuvante ou adjuvante ou après une récurrence dans les 12 mois suivant l'arrêt de la thérapie endocrinienne adjuvante.
- Comme thérapie de deuxième ligne après l'échec de la thérapie endocrinienne de première ligne au stade avancé

Pas d'utilisation en cas de crise viscérale.

Pas de chimiothérapie précédente (à l'exception de la chimiothérapie néoadjuvante/adjuvante).

Pas de thérapie précédente avec l'un des traitements suivants: fulvestrant, inhibiteur de PI3K, inhibiteur de mTOR ou inhibiteur de AKT.

Les patientes devraient être traitées jusqu'à progression de la maladie.

Pour chaque boîte de Piqray achetée, Novartis Pharma Schweiz AG rembourse une partie fixe du prix de fabrication à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement, à la première demande de l'assureur. L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		TAFINLAR (Dabrafenibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20115	caps 50 mg 28 pce Fr. 957.95 (820.18)		62781001	01.02.2014, A
	20115	caps 50 mg 120 pce Fr. 3848.95 (3515.06)		62781002	01.02.2014, A
	20115	caps 75 mg 28 pce Fr. 1410.80 (1230.27)		62781003	01.02.2014, A
	20115	caps 75 mg 120 pce Fr. 5650.40 (5272.59)		62781004	01.02.2014, A
Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023					
Mélanome métastatique					
Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement de patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K). Traitement seulement jusqu'à progression de la maladie. Le traitement exige un engagement de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie, pour l'association de MEKINIST et TAFINLAR, un pourcentage fixe du prix de fabrique de chaque emballage de MEKINIST acheté (=indicateur d'un cycle de traitement). L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.					
Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023					
Mélanome adjuvant					
Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement adjuvant des patients atteints de mélanome portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:					
– selon la classification AJCC 7th edition: stade IIIA (limité aux métastases ganglionnaires > 1 mm et T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) et IIIC					
– selon la classification AJCC 8th edition: stade IIIB-IIIID, pour autant que les stades IIIB T3a N1a/N2a et IIIC T4a N1a/N2a présentent des métastases ganglionnaires > 1 mm					
Le traitement adjuvant par le tramétinib en association avec le dabrafénib doit être commencé dans les 15 semaines suivant le début de la résection.					
Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation du médecin conseil.					
Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie une partie fixe du prix de fabrication de chaque boîte de MEKINIST achetée et une partie fixe du prix de fabrication de chaque boîte de TAFINLAR achetée. L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.					
07.16.10		TRECONDI (Treosulfanum)	Opopharma Vertriebs AG		
	21101	subst sèche 1 g flac 1 pce Fr. 148.15 (114.77)		67775001	01.03.2021, A
	21101	subst sèche 1 g flac 5 pce Fr. 675.20 (573.87)		67775002	01.03.2021, A
	21101	subst sèche 5 g flac 1 pce Fr. 649.35 (551.36)		67775003	01.03.2021, A
	21101	subst sèche 5 g flac 5 pce Fr. 3096.50 (2780.96)		67775004	01.03.2021, A
TRECONDI est administré en association avec la fludarabine comme traitement de conditionnement préalable à une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CSH) chez les patients adultes atteints de pathologies malignes et non malignes et chez les enfants et adolescents atteints de pathologies malignes âgés de plus de 1 mois.					
07.16.20		OCTREOTID MEPHA LA (Octreotidum)	Mepha Pharma AG		
G	21200	subst sèche 10 mg c solv flac 1 pce Fr. 486.50 (409.51)		67154001	01.03.2021, A
	21200	subst sèche 20 mg c solv flac 1 pce Fr. 851.00 (726.99)		67154002	01.03.2021, A
	21200	subst sèche 30 mg c solv flac 1 pce Fr. 1185.20 (1024.58)		67154003	01.03.2021, A
Tumeurs du système endocrine gastroentéropancréatique. Acromégalie qui ne réagit pas ou pas suffisamment à d'autres thérapies.					
11.09		BRIMO-VISION (Brimonidini tartras)	OmniVision AG		
G	21152	gtt opht 2 mg/ml 60 monodos 0.350 ml Fr. 27.50 (13.25)		67312003	01.03.2021, B
	21152	gtt opht 2 mg/ml 180 monodos 0.350 ml Fr. 52.00 (31.00)		67312004	01.03.2021, B

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
02.07.10 G		TELMISARTAN MEPHA (Telmisartanum)	Mepha Pharma AG		
	20475	cpr 80 mg 30 pce Fr. 36.05 (17.11)		62921011	01.03.2021, B
04.99 G		OMEPRAZOL ZENTIVA (Omeprazolium)	Helvepharm AG		
	21121	caps 40 mg blist 14 pce Fr. 20.05 (10.33)		65990070	01.03.2021, B
	21121	caps 40 mg blist 98 pce Fr. 76.85 (52.67)		65990071	01.03.2021, B
07.16.10		BAVENCIO (Avelumabum)	Merck (Schweiz) AG		
	20694	conc perf 200 mg/10 ml 4 flac 10 ml Fr. 4025.15 (3686.96)		66380002	01.03.2021, A
Utilisation pour le traitement du carcinome à cellules de Merkel (CCM) métastatique. La dose recommandée est de 10 mg/kg de masse corporelle une fois toutes les deux semaines. Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par la caisse d'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Il convient de traiter le patient jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable. Les patients dont l'état clinique est stable et qui présentent des signes de progression peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.					
11.08.20 G		LACRI-VISION (Natrii hyaluronas)	OmniVision AG		
	20869	gel opht 60 fl dose 0.650 ml Fr. 34.40 (15.68)		66942002	01.03.2021, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
02.02 G		ESCODARONE 200 (Amiodaroni hydrochloridum)	Streuli Pharma AG		
	17623	cpr 200 mg 20 pce Fr. 17.05 (7.72)		55661004	01.03.2021, B
	17623	cpr 200 mg 60 pce Fr. 34.60 (15.85)		55661006	01.03.2021, B
02.07.10		CIBACEN 10 (Benazeprili hydrochloridum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	15740	cpr 10 mg 28 pce Fr. 8.85 (4.12)		50583112	01.03.2021, B
	15740	cpr 10 mg 98 pce Fr. 27.60 (13.32)		50583120	01.03.2021, B
02.07.10		CIBACEN 20 (Benazeprili hydrochloridum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	15740	cpr 20 mg 98 pce Fr. 43.25 (23.37)		50583147	01.03.2021, B
05.01		SOLDACTONE (Kalii canrenoas)	Pfizer AG		
	12430	subst sèche 200 mg c solv 6 amp 2 ml Fr. 17.25 (7.90)		37528013	01.03.2021, B
05.99 G		TAMSULOSINE SPIRIG HC (Tamsulosini hydrochloridum)	Spirig HealthCare AG		
	18897	caps ret 0.400 mg 10 pce Fr. 14.30 (5.32)		58165004	01.03.2021, B
	18897	caps ret 0.400 mg 30 pce Fr. 25.75 (11.73)		58165005	01.03.2021, B
	18897	caps ret 0.400 mg 100 pce Fr. 59.85 (37.86)		58165006	01.03.2021, B
07.12 G		ATORVASTATINE SPIRIG HC (Atorvastatinum)	Spirig HealthCare AG		
	19871	cpr pell 10 mg 30 pce Fr. 28.70 (14.27)		62142009	01.03.2021, B
	19871	cpr pell 10 mg 100 pce Fr. 70.30 (46.94)		62142010	01.03.2021, B
	19871	cpr pell 20 mg 30 pce Fr. 28.70 (14.27)		62142011	01.03.2021, B
	19871	cpr pell 20 mg 100 pce Fr. 70.30 (46.94)		62142012	01.03.2021, B
	19871	cpr pell 40 mg 30 pce Fr. 28.70 (14.27)		62142013	01.03.2021, B
	19871	cpr pell 40 mg 100 pce Fr. 70.30 (46.94)		62142014	01.03.2021, B
	19871	cpr pell 80 mg 30 pce Fr. 28.70 (14.27)		62142015	01.03.2021, B
	19871	cpr pell 80 mg 100 pce Fr. 70.30 (46.94)		62142016	01.03.2021, B
07.12 G		FLUVASTATIN MEPHA (Fluvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20633	caps 20 mg 98 pce Fr. 36.95 (17.89)		58671002	01.03.2021, B
07.16.10 G		OXALIPLATIN FRESENIUS (Oxaliplatinum)	Fresenius Kabi (Schweiz) AG		
	19446	conc perf 50 mg/10 ml amp ds film/pro 1 pce Fr. 110.55 (82.01)		61679005	01.03.2021, A
	19446	conc perf 100 mg/20 ml amp ds film/pro 1 pce Fr. 203.95 (163.39)		61679006	01.03.2021, A
08.01.90		SIVEXTRO (Tedizolidi phosphas)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20377	cpr pell 200 mg 6 pce Fr. 1461.35 (1276.38)		65270001	01.03.2021, A
	20378	subst sèche 200 mg flac 6 pce Fr. 1534.60 (1343.16)		65388002	01.03.2021, A

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
08.01.93		MONURIL (Fosfomicinum)	Zambon Switzerland Ltd		
	15477	gran 2 g sach 1 pce Fr. 9.15 (4.42)		49298002	01.03.2021, A
10.02		DALACIN T SOLUTION ANTI ACNE (Clindamycinum)	Pfizer AG		
	14373	sol 1 % 60 ml Fr. 28.20 (13.89)		44926067	01.03.2021, B
12.02.80 G		CROMODYN (Natrii cromoglicas)	Dr. Rappai Pharmazeutika GmbH		
	16030	spray doseur 30 ml Fr. 16.90 (9.15)		51386019	01.03.2021, D
17.01		SERALB-I-125 (Albuminum seri humani (125-I))	b.e.imaging.ag		
	17206	sol inj 4 fl.1.700 ml Fr. 228.50 (2001-01-01)		51409001	01.03.2021, A
17.02		QUADRAMET (Samarium (153Sm) lexitronamum pentanatricum)	b.e.imaging.ag		
	17105	sol inj fl 15 ml Fr. 2085.05 (1845.05)		54265018	01.03.2021, A
51.04.10 K		HYPERICUM SANDOZ (Hyperici herbae extractum ethanolicum siccum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17822	cpr pell 650 mg 30 pce Fr. 18.45 (10.01)		55676026	01.03.2021, D
	17822	cpr pell 650 mg 100 pce Fr. 52.95 (28.70)		55676027	01.03.2021, D

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
ATROMED gel 50 ml gel 100 ml	A.Vogel AG	571040	17989 17989	8.95 15.70	4.84 8.52
ELDISINE subst sèche 5 mg flac 1 pce	Spirig HealthCare AG	071610	16562	163.30	127.94
MEFENACIDE supp 125 mg 10 pce supp 500 mg 10 pce	Streuli Pharma AG	071010	15605 15605	6.60 7.35	2.18 2.83
NAVELBINE sol inj 10 mg/ml 10 flac 1 ml sol inj 50 mg/5 ml 2 flac 5 ml sol inj 50 mg/5 ml 10 flac 5 ml	Pierre Fabre Pharma AG	071610	16563 16563 16563	298.50 276.05 1320.55	245.75 226.19 1147.97
RIXUBIS subst sèche 250 UI cum solv 1 pce subst sèche 500 UI cum solv 1 pce subst sèche 1000 UI cum solv 1 pce subst sèche 2000 UI cum solv 1 pce subst sèche 3000 UI cum solv 1 pce	Takeda Pharma AG	060110	20199 20199 20199 20199 20199	235.65 430.65 819.95 1598.90 2377.85	189.89 380.17 759.96 1519.91 2279.86
TRAUMAPLANT ong 100 g	Biomed AG	571040	20555	13.30	7.20
VINORELBIN SANDOZ sol inj 10 mg/ml 10 flac 1 ml sol inj 50 mg/5 ml flac 5 ml sol inj 50 mg/5 ml 10 flac 5 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	18497 18497 18497	270.30 145.90 1147.80	221.18 112.79 990.46
IV.b. Comparaison des prix avec l'étranger					
BAVENCIO conc perf 200 mg/10 ml flac 10 ml	Merck (Schweiz) AG	071610	20694	1072.40	921.74
IV.c. Baissement de prix volontairement					
BICALUTAMIDE SANDOZ ECO cpr pell 50 mg 100 pce cpr pell 150 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	20157 20157	220.75 389.50	178.00 325.00
IBUPROFÈNE SANDOZ cpr pell 600 mg 20 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010	15252	8.55	3.89
IV.d. Mutation de prix normale					
AFINITOR cpr 5 mg 30 pce cpr 10 mg 30 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19175 19175	1754.90 2499.25	1544.03 2222.71
AIMOVIG sol inj 70 mg/ml stylo pré-remp 1 ml sol inj 140 mg/ml stylo pré-rempli 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	020510	20777 20777	517.60 517.60	436.60 436.60
DUPIXENT sol inj 300 mg/2 ml ser pré sys séc ser pré 2 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071500	20819	1440.65	1257.49
LENVIMA caps 4 mg 30 pce caps 10 mg 30 pce	Eisai Pharma AG	071610	20408 20408	1687.45 1687.45	1482.50 1482.50

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
MEKINIST	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
cpr pell 0.5000 mg 7 pce			20484	369.00	307.13
cpr pell 0.5000 mg 30 pce			20484	1505.15	1316.28
cpr pell 2 mg 7 pce			20484	1408.90	1228.53
cpr pell 2 mg 30 pce			20484	5642.75	5265.13
IV.e. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet					
ATOMOXETIN MEPHA	Mepha Pharma AG	011020			
caps 10 mg blist 7 pce			21185	37.05	17.97
caps 18 mg blist 7 pce			21185	37.05	17.97
caps 18 mg blist 28 pce			21185	98.90	71.87
caps 25 mg blist 7 pce			21185	37.05	17.97
caps 25 mg blist 28 pce			21185	98.90	71.87
caps 40 mg blist 7 pce			21185	37.05	17.97
caps 40 mg blist 28 pce			21185	98.90	71.87
caps 60 mg blist 28 pce			21185	98.90	71.87
caps 80 mg blist 28 pce			21185	119.40	89.70
caps 100 mg blist 28 pce			21185	119.40	89.70
INVANZ	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080125			
subst sèche 1 g (nouv) flac 1 pce			18403	71.70	48.17
STRATTERA	Eli Lilly (Suisse) SA	011020			
caps 10 mg 7 pce			18929	42.20	22.46
sol buv 4 mg/ml 100 ml			20507	66.40	43.55
caps 18 mg 7 pce			18929	42.20	22.46
caps 18 mg 28 pce			18929	119.50	89.83
caps 25 mg 7 pce			18929	42.20	22.46
caps 25 mg 28 pce			18929	119.50	89.83
caps 40 mg 7 pce			18929	42.20	22.46
caps 40 mg 28 pce			18929	119.50	89.83
caps 60 mg 28 pce			18929	119.50	89.83
caps 80 mg 28 pce			18929	145.15	112.13
caps 100 mg 28 pce			18929	145.15	112.13

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

V. Modifications de la limitation/de l'indication

AFINITOR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
cpr 5 mg 30 pce			19175	1754.90	1544.03
cpr 10 mg 30 pce			19175	2499.25	2222.71

Nouvelle limitation:

Traitement des patients atteints d'un carcinome à cellules rénales avancé après échec d'un traitement par le sunitinib ou le sorafénib.
Traitement des patients avec des tumeurs neuroendocrines d'origine pancréatique, avancées, progressives, bien ou modérément différenciées.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021

Traitement des femmes ménopausées avec du cancer du sein avancé, à récepteur hormonal positif, HER 2 négatif en combinaison avec l'exémestane, après l'échec du traitement par létrozole ou anastrozole.

VI. Limitation de la nouvelle admission

AIMOVIG	Novartis Pharma Schweiz AG	020510			
sol inj 70 mg/ml stylo pré 1 ml			20777	517.60	436.60
sol inj 140 mg/ml stylo pré 1 ml			20777	517.60	436.60

Vieille limitation:

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une durée maximale de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription d'AIMOVIG et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

AIMOVIG est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence: au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence: au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique ou un anticonvulsivant ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés sont contre-indiqués ou si ces traitements ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux aucune réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie:

- Documentation de la durée du traitement et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine)
- Journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le début du traitement par AIMOVIG
- Journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois du traitement par AIMOVIG

Contrôle après 3 mois:

- Le traitement par AIMOVIG 70 mg ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport au début du traitement par AIMOVIG 70 mg et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- Si une réduction du nombre des jours de migraine est survenue après 3 mois, mais que cette réduction est insuffisante (réduction inférieure à 50%), la dose peut être augmentée à AIMOVIG 140 mg par mois. Cette augmentation de dose doit être notifiée par écrit à l'assureur maladie.

Contrôle après 6 mois:

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50% par rapport au début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- La réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.

Arrêt du traitement au bout d'un an:

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si, 3 mois après l'arrêt du traitement, le diagnostic d'une migraine chronique (cf. critères susmentionnés) ou d'une migraine épisodique (cf. critères susmentionnés) est de nouveau posé, une reprise d'un traitement par AIMOVIG peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période maximale de 12 mois.

En cas de baisse d'efficacité ou d'efficacité insuffisante (définie selon les critères susmentionnés) d'AIMOVIG, une rotation au sein des classes de principes actifs (antagonistes des récepteurs du CGRP, inhibiteurs du CGRP) n'est pas remboursée.

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

Nouvelle limitation:**Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024**

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une période de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription d'AIMOVIG et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

AIMOVIG est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence: au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence: au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique ou un anticonvulsivant ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés sont contre-indiqués ou si ces traitements ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux aucune réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie:

- Documentation de la durée du traitement avant le traitement par AIMOVIG et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine)
- Avant le début du traitement: journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le traitement par AIMOVIG
- Après le début du traitement: journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois de traitement par AIMOVIG

Contrôle après 3 mois:

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine par mois, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport à la valeur moyenne des 3 mois précédant le début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.

Contrôle après 6 mois:

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine par mois, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50% par rapport à la valeur moyenne des 3 mois précédant le début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- La réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.

Si le traitement par AIMOVIG doit être interrompu après 3 ou 6 mois en raison d'une efficacité insuffisante, toute nouvelle tentative de traitement par AIMOVIG, ou par un autre antagoniste des récepteurs du CGRP ou inhibiteur du CGRP, ne sera plus remboursée.

Arrêt du traitement au bout d'un an:

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si le patient présente une rechute dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement (au moins 8 jours de migraine sur 30 jours), la reprise d'un traitement par un antagoniste des récepteurs CGRP ou un inhibiteur du CGRP peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période de 12 mois. Si la rechute survient après 6 mois, le patient doit à nouveau répondre aux critères comme pour la première prescription.

Après la 2^e année de traitement et pour les années suivantes:

- Une interruption du traitement doit être observée telle qu'indiquée ci-dessus après la 2^{ème} année de traitement et au-delà. Le patient pourra ensuite reprendre le traitement avec des antagonistes des récepteurs du CGRP ou des inhibiteurs du CGRP s'il remplit à nouveau les critères. Ceci pourra être poursuivi tant que la thérapie sera nécessaire et efficace.

BAVENCIO	Merck (Schweiz) AG	071610		071610	
conc perf 200 mg/10 ml flac 10 ml			20694	1072.40	921.74
conc perf 200 mg/10 ml 4 flac 10 ml			20694	4025.15	3686.96

Nouvelle limitation:**Limitation limitée jusqu'au 28.02.2024**

Utilisation pour le traitement du carcinome à cellules de Merkel (CCM) métastatique.

La dose recommandée est de 10 mg/kg de masse corporelle une fois toutes les deux semaines.

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par la caisse d'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Il convient de traiter le patient jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable. Les patients dont l'état clinique est stable et qui présentent des signes de progression peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
DUPIXENT sol inj 300 mg/2ml seringue prête ser pré Safe-Sys seringue prête ser pré 2 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071500	20819	1440.65	1257.49

Vielle limitation :

DUPIXENT est remboursé à une dose initiale de 600 mg en injection sous-cutanée (deux injections de 300 mg chacune), suivie d'une dose de 300 mg en injection sous-cutanée toutes les deux semaines pour le traitement des patients adultes (à partir de 18 ans) souffrant de dermatite atopique sévère (score IGA égal à 4 [sur une échelle IGA de 0 à 4] ou score SCORAD >50 ou score EASI = 21.1) si ces patients ne répondent pas de façon adéquate à un traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine) et à une photothérapie (si disponible et indiquée) et à un traitement systémique avec un agent immunosuppresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques) pendant au moins un mois, ou si ces thérapies sont contre-indiquées ou ont dû être interrompues en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique.

DUPIXENT n'est pas remboursé en combinaison avec d'autres médicaments systémiques pour le traitement de la dermatite atopique.

Si après 16 semaines de traitement avec DUPIXENT aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire une réduction de l'IGA de = 2 points par rapport au score initial ou une amélioration de =50% du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou une amélioration de =50% du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

Pour ce traitement, une garantie de prise en charge des frais par la caisse-maladie, après consultation préalable du médecin conseil, est nécessaire. Le diagnostic, la prescription de DUPIXENT et le suivi du traitement ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.

Après 52 semaines de traitement ininterrompu, une nouvelle garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie doit être obtenue, après consultation préalable du médecin conseil.

Nouvelle limitation :**Limitation limitée jusqu'au 31.05.2021**

DUPIXENT est remboursé à une dose initiale de 600 mg en injection sous-cutanée (deux injections de 300 mg chacune), suivie d'une dose de 300 mg en injection sous-cutanée toutes les deux semaines pour le traitement des patients adultes (à partir de 18 ans) souffrant de dermatite atopique sévère (score IGA égal à 4 [sur une échelle IGA de 0 à 4] ou score SCORAD >50 ou score EASI ≥ 21.1) si ces patients ne répondent pas de façon adéquate à un traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine) et à une photothérapie (si disponible et indiquée) et à un traitement systémique avec un agent immunosuppresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques) pendant au moins un mois, ou si ces thérapies sont contre-indiquées ou ont dû être interrompues en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique.

DUPIXENT n'est pas remboursé en combinaison avec d'autres médicaments systémiques pour le traitement de la dermatite atopique.

Si après 16 semaines de traitement avec DUPIXENT aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire une réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou une amélioration de ≥ 50% du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou une amélioration de ≥ 50% du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

Pour ce traitement, une garantie de prise en charge des frais par la caisse-maladie, après consultation préalable du médecin conseil, est nécessaire. Le diagnostic, la prescription de DUPIXENT et le suivi du traitement ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.

Après 52 semaines de traitement ininterrompu, une nouvelle garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie doit être obtenue, après consultation préalable du médecin conseil.

GAZYVARO sol inj 1000 mg/40ml flac 1 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	20248	3462.15	3137.72
--	---------------------------	--------	-------	---------	---------

Nouvelle limitation :**Limitation limitée jusqu'au 31.05.2021****Lymphome folliculaire (LF)**

Traitement de patients présentant un lymphome folliculaire (LF) non précédemment traité, en association à une chimiothérapie (bendamustine, CHOP, CVP) suivie d'un traitement d'entretien par Gazyvaro (traitement d'entretien de 2 ans au maximum)

Traitement de patients présentant un lymphome folliculaire (LF), qui, pendant ou après un traitement par le rituximab ou un traitement contenant du rituximab, n'ont pas répondu à cette thérapie, ou qui ont présenté une progression de la maladie pendant ou jusqu'à 6 mois après le traitement.

Traitement associé à la bendamustine, suivi d'un traitement d'entretien par Gazyvaro (traitement d'entretien de 2 ans au maximum).

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LENVIMA		Eisai Pharma AG		071610	
caps 4 mg 30 pce			21084	1687.45	1482.50
caps 10 mg 30 pce			21084	1687.45	1482.50

Nouvelle limitation :

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021

Carcinome thyroïdien différencié (DTC)

Carcinome thyroïdien différencié, localement avancé ou métastatique, réfractaire à l'iode radioactif et progressif.

Seuls sont remboursés les dosages mentionnés dans l'information professionnelle (24 mg, 20 mg, 14 mg, 10 mg ou inférieurs).

Carcinome hépatocellulaire (HCC)

En monothérapie pour le traitement de première ligne du carcinome hépatocellulaire avancé non résécable chez les patients répondant à la totalité des critères suivants:

- Moins de 50% du foie est atteint par le carcinome
- Aucun envahissement tumoral n'est observé dans le conduit biliaire ou la branche portale principale de la veine porte
- Indice ECOG 0-1
- Child-Pugh A
- BCLC stade B, si une TACE (chimioembolisation transartérielle) n'est pas envisagée ou BCLC stade C
- Pas d'administration simultanée d'une chimiothérapie intra-artérielle hépatique (HAIC).

Seules les doses de 12 mg, 8 mg ou 4 mg une fois par jour conformément à l'information professionnelle sont remboursées.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
MEKINIST	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
cpr pell 0.5000 mg 7 pce			20484	369.00	307.13
cpr pell 0.5000 mg 30 pce			20484	1505.15	1316.28
cpr pell 2 mg 7 pce			20484	1408.90	1228.53
cpr pell 2 mg 30 pce			20484	5642.75	5265.13

Vielle limitation :

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2021

Mélanome métastatique

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement de patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K). Traitement seulement jusqu'à progression de la maladie. Le traitement exige un engagement de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie chaque boîte de Mekinist achetée (indicateur d'un cycle de traitement) pour l'association avec Tafinlar au taux de 19,51% sur le prix de fabrique par boîte. 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.

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2021

Mélanome adjuvant

Mekinist en association avec le dabrafénib est destiné au traitement adjuvant des patients atteints de mélanome portant une mutation BRAF-V600 après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:

- selon la classification AJCC 7th edition: stade IIIA (limité aux métastases ganglionnaires > 1 mm et T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) et IIIC
- selon la classification AJCC 8th edition: stade IIIB-IIID, pour autant que les stades IIIB T3a N1a/N2a et IIIC T4a N1a/N2a présentent des métastases ganglionnaires > 1 mm

Le traitement adjuvant par Mekinist en association avec le dabrafénib doit être commencé dans les 15 semaines suivant le début de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

La société Novartis Pharma Schweiz AG rembourse l'assureur maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la réception du traitement, sur demande de ce dernier, un pourcentage de 44,93% sur le prix départ usine de chaque boîte de Mekinist achetée et un pourcentage de 31,58% sur le prix départ usine de chaque boîte de Tafinlar achetée. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication. La demande de remboursement doit normalement être faite dans les 3 mois suivant l'administration.

Nouvelle limitation :

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

Mélanome métastatique

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement de patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K). Traitement seulement jusqu'à progression de la maladie. Le traitement exige un engagement de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie, pour l'association de MEKINIST et TAFINLAR, un pourcentage fixe du prix de fabrique de chaque emballage de MEKINIST acheté (=indicateur d'un cycle de traitement). L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

Mélanome adjuvant

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement adjuvant des patients atteints de mélanome portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:

- selon la classification AJCC 7th edition: stade IIIA (limité aux métastases ganglionnaires > 1 mm et T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) et IIIC
- selon la classification AJCC 8th edition: stade IIIB-IIID, pour autant que les stades IIIB T3a N1a/N2a et IIIC T4a N1a/N2a présentent des métastases ganglionnaires > 1 mm

Le traitement adjuvant par le tramétinib en association avec le dabrafénib doit être commencé dans les 15 semaines suivant le début de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie une partie fixe du prix de fabrication de chaque boîte de MEKINIST achetée et une partie fixe du prix de fabrication de chaque boîte de TAFINLAR achetée. L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication.

La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

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

Vielle limitation:**Carcinome colorectal**

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

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

Carcinome pulmonaire

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

Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne de 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 assurée 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 la 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.

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 de 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 assurée 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 la 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.

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

Carcinome Ovarien

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

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

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

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

Cancer du col utérin

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

Glioblastom

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 de 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 la progression de la maladie.

Nouvelle limitation:

Carcinome colorectal

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

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

Carcinome pulmonaire

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

Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne de 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 assurée 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 la 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.

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

Carcinome mammaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne de 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 assurée 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 la 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.

Carcinome Ovarien

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

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

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

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

Cancer du col utérin

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

Glioblastome

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

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TAFINLAR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
caps 50 mg 28 pce		20115	820.18	957.95	3137.72
caps 50 mg 120 pce		20115	3515.06	3848.95	3137.72
caps 75 mg 28 pce		20115	1230.27	1410.80	3137.72
caps 75 mg 120 pce		20115	5272.59	5650.40	3137.72

Vielle limitation :

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2021

Mélanome métastatique

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement de patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K). Traitement seulement jusqu'à progression de la maladie. Le traitement exige un engagement de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie chaque boîte de Mekinist achetée (indicateur d'un cycle de traitement) pour l'association avec Tafinlar au taux de 19,51% sur le prix de fabrique par boîte. 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.

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2021

Mélanome adjuvant

Mekinist en association avec le dabrafénib est destiné au traitement adjuvant des patients atteints de mélanome portant une mutation BRAF-V600 après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants

– selon la classification AJCC 7th edition: stade IIIA (limité aux métastases ganglionnaires > 1 mm et T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) et IIIC – selon la classification AJCC 8th edition: stade IIIB-IIID, pour autant que les stades IIIB T3a N1a/N2a et IIIC T4a N1a/N2a présentent des métastases ganglionnaires > 1 mm

Le traitement adjuvant par Mekinist en association avec le dabrafénib doit être commencé dans les 15 semaines suivant le début de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

La société Novartis Pharma Schweiz AG rembourse l'assureur maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la réception du traitement, sur demande de ce dernier, un pourcentage de 44,93% sur le prix départ usine de chaque boîte de Mekinist achetée et un pourcentage de 31,58% sur le prix départ usine de chaque boîte de Tafinlar achetée. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication. La demande de remboursement doit normalement être faite dans les 3 mois suivant l'administration.

Nouvelle limitation :

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

Mélanome métastatique

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement de patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K). Traitement seulement jusqu'à progression de la maladie. Le traitement exige un engagement de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie chaque boîte de MEKINIST achetée (=indicateur d'un cycle de traitement) pour l'association avec TAFINLAR une partie fixe du prix de fabrication par boîte. L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

Melanom adjuvant

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est destiné au traitement adjuvant des patients atteints de mélanome portant une mutation BRAF-V600 (V600E ou V600K) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:

– selon la classification AJCC 7th edition: stade IIIA (limité aux métastases ganglionnaires > 1 mm et T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) et IIIC – selon la classification AJCC 8th edition: stade IIIB-IIID, pour autant que les stades IIIB T3a N1a/N2a et IIIC T4a N1a/N2a présentent des métastases ganglionnaires > 1 mm

Le traitement adjuvant par le tramétinib en association avec le dabrafénib doit être commencé dans les 15 semaines suivant le début de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie une partie fixe du prix de fabrication de chaque boîte de MEKINIST achetée et une partie fixe du prix de fabrication de chaque boîte de TAFINLAR achetée. L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

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

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

ELDISINE subst sèche 5 mg flac 1 pce	Spirig HealthCare AG	071610	16562	163.30	127.94
--	----------------------	--------	-------	--------	--------

Nouvelle limitation:

Remboursé dans le cadre d'un traitement combiné chez les patients atteints de leucémie aiguë lymphoblastique lymphome malin, mélanomes malins ou cancer du poumon non à petites cellules.

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**



**EN CAS DE SYMPTÔMES*,
SE FAIRE
TESTER IMMÉDIATEMENT.**
Pour n'infecter personne.

* En cas de nouveaux symptômes liés à la maladie.
Principaux symptômes : fièvre, toux, maux de gorge,
difficultés respiratoires, douleurs dans la poitrine,
perte du goût et/ou de l'odorat.

Autres symptômes possibles : maux de tête,
faiblesse générale, sensation de malaise,
douleurs musculaires, rhume, nausées,
vomissements, diarrhée, maux de ventre,
éruptions cutanées.

**Gratuit
dans tous
les lieux
de test**

POUR PLUS D'INFORMATIONS :

Auto-évaluation coronavirus en ligne : ofsp-coronavirus.ch/check
Infoline coronavirus (6 h - 23 h) : +41 58 463 00 00



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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



Faire l'auto-évaluation coronavirus en ligne.

« Utiliser les antibiotiques
avec parcimonie –
pour qu'ils restent
efficaces pour l'homme et
l'animal. »



Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Argovie	185468D	4636693
		8592320
Berne		8048440
		8946303

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

11/2021