



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 19 avril 2022

Semaine
OFSP-Bulletin 16/2022

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

Liste des spécialités, p. 8

Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 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	7
Rapport hebdomadaire des affections grippales	7
Liste des spécialités	8
Vol d'ordonnances	43

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 14^e semaine (12.04.2022)^a

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

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

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

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

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

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

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

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 14^e semaine (12.04.2022)^a

	Semaine 14			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	8 4.80	4 2.40	1 0.60	13 1.90	7 1.00	11 1.60	99 1.10	51 0.60	115 1.30	31 1.30	14 0.60	47 2.00
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	966 576.80	5 3.00	33 19.70	5261 785.30	9 1.30	1286 192.00	9828 112.80	80 0.90	12056 138.40	9387 400.30	26 1.10	11283 481.20
Légionellose	4 2.40	3 1.80	10 6.00	24 3.60	20 3.00	23 3.40	671 7.70	494 5.70	540 6.20	92 3.90	99 4.20	83 3.50
Méningocoques: maladie invasive			1 0.60	1 0.20		3 0.40	11 0.10	9 0.10	43 0.50	4 0.20	1 0.04	12 0.50
Pneumocoques: maladie invasive	28 16.70	10 6.00	12 7.20	83 12.40	36 5.40	60 9.00	603 6.90	305 3.50	810 9.30	194 8.30	88 3.80	339 14.50
Rougeole			2 1.20			5 0.80		1 0.01	130 1.50			35 1.50
Rubéole^c									1 0.01			
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	2 1.20	6 3.60		17 2.50	34 5.10	7 1.00	355 4.10	345 4.00	409 4.70	84 3.60	89 3.80	99 4.20
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	48 28.70	101 60.30	49 29.30	332 49.60	272 40.60	205 30.60	7054 81.00	6173 70.90	7003 80.40	1573 67.10	1258 53.60	1234 52.60
Hépatite A	1 0.60	2 1.20	1 0.60	6 0.90	8 1.20	8 1.20	49 0.60	51 0.60	94 1.10	18 0.80	18 0.80	33 1.40
Hépatite E	4 2.40	10 6.00		8 1.20	35 5.20	4 0.60	85 1.00	147 1.70	107 1.20	22 0.90	105 4.50	26 1.10
Infection à E. coli entérohémorragique	17 10.20	17 10.20	4 2.40	66 9.80	50 7.50	24 3.60	1010 11.60	706 8.10	1052 12.10	206 8.80	142 6.10	139 5.90
Listériose	3 1.80	1 0.60	3 1.80	4 0.60	1 0.20	4 0.60	43 0.50	51 0.60	40 0.50	15 0.60	5 0.20	11 0.50
Salmonellose, S. typhi/paratyphi						3 0.40	5 0.06	2 0.02	27 0.30	3 0.10		9 0.40
Salmonellose, autres	35 20.90	23 13.70	11 6.60	87 13.00	67 10.00	47 7.00	1521 17.50	1241 14.20	1515 17.40	244 10.40	219 9.30	229 9.80
Shigellose	6 3.60		1 0.60	14 2.10		8 1.20	128 1.50	31 0.40	192 2.20	37 1.60	7 0.30	34 1.40

	Semaine 14			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydirose	80 47.80	284 169.60	168 100.30	817 122.00	978 146.00	848 126.60	11921 136.90	11352 130.30	12379 142.10	3112 132.70	3373 143.80	3239 138.10
Gonorrhée ^e	61 36.40	73 43.60	61 36.40	324 48.40	271 40.40	260 38.80	4357 50.00	3408 39.10	3980 45.70	1247 53.20	972 41.40	1053 44.90
Hépatite B, aiguë		2 1.20			3 0.40	1 0.20	21 0.20	24 0.30	28 0.30	1 0.04	7 0.30	6 0.30
Hépatite B, total déclarations	14	19	23	96	77	72	1063	950	1043	322	295	276
Hépatite C, aiguë			1 0.60		1 0.20	2 0.30	10 0.10	19 0.20	19 0.20	1 0.04	4 0.20	2 0.09
Hépatite C, total déclarations	17	27	6	61	74	51	936	925	959	242	268	244
Infection à VIH	10 6.00	10 6.00	10 6.00	30 4.50	26 3.90	25 3.70	336 3.90	285 3.30	406 4.70	100 4.30	92 3.90	89 3.80
Sida		2 1.20			6 0.90	2 0.30	39 0.40	51 0.60	81 0.90	6 0.30	16 0.70	16 0.70
Syphilis, stades précoces ^f	1 0.60	15 9.00	9 5.40	24 3.60	48 7.20	50 7.50	673 7.70	579 6.60	733 8.40	168 7.20	156 6.60	180 7.70
Syphilis, total ^g	2 1.20	24 14.30	13 7.80	28 4.20	68 10.20	68 10.20	889 10.20	787 9.00	1035 11.90	219 9.30	222 9.50	253 10.80
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose		1 0.60			1 0.20		5 0.06	4 0.05	6 0.07		1 0.04	
Chikungunya							6 0.07	1 0.01	37 0.40			10 0.40
Dengue	1 0.60	1 0.60	4 2.40	1 0.20	2 0.30	15 2.20	28 0.30	18 0.20	260 3.00	8 0.30	5 0.20	63 2.70
Encéphalite à tiques	1 0.60	3 1.80		3 0.40	8 1.20	1 0.20	282 3.20	459 5.30	262 3.00	8 0.30	11 0.50	3 0.10
Fièvre du Nil occidental								1 0.01	1 0.01			
Fièvre jaune												
Fièvre Q		3 1.80	3 1.80	2 0.30	11 1.60	6 0.90	93 1.10	73 0.80	100 1.20	17 0.70	32 1.40	14 0.60
Infection à Hantavirus							6 0.07					
Infection à virus Zika									1 0.01			
Paludisme	4 2.40	3 1.80	6 3.60	16 2.40	13 1.90	13 1.90	286 3.30	99 1.10	282 3.20	78 3.30	44 1.90	73 3.10
Trichinellose	1 0.60			1 0.20			2 0.02	4 0.05	3 0.03	2 0.09	1 0.04	1 0.04
Tularémie		5 3.00	1 0.60		20 3.00	3 0.40	194 2.20	161 1.80	150 1.70	12 0.50	54 2.30	12 0.50
Autres déclarations												
Botulisme							1 0.01	1 0.01		1 0.04	1 0.04	
Diphthérie ^h						1 0.20	5 0.06	2 0.02	3 0.03	1 0.04		1 0.04
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		1 0.60			1 0.20	2 0.30	28 0.30	21 0.20	18 0.20	6 0.30	6 0.30	5 0.20
Tétanos												

« Les antibiotiques
sauvent des vies :
utilisons-les avec
parcimonie. »



Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 8.4.2022 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	11		12		13		14		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	0	0	2	0.2	0.5	0.1
Borréliose de Lyme	1	0.1	1	0.1	0	0	4	0.4	1.5	0.2
Herpès zoster	6	0.4	3	0.2	7	0.5	6	0.5	5.5	0.4
Néuralgies post-zostériennes	4	0.3	1	0.1	2	0.1	0	0	1.8	0.1
Médecins déclarants	165		160		169		146		160	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

Le rapport sur la grippe est disponible en ligne à l'adresse :
www.bag.admin.ch/rapport-grippe



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} avril 2022

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.05 G		OLANZAPIN SANDOZ (Olanzapinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19931	cpr pell 5 mg 2 x 49 pce Fr. 126.10 (95.57)		59142012	01.04.2022B
	19931	cpr pell 15 mg 2 x 49 pce Fr. 291.35 (239.50)		59142014	01.04.2022B
01.06 G		DULOXETIN VIATRIS (Duloxetine)	Mylan Pharma GmbH		
	21418	caps 30 mg blist 28 pce Fr. 28.80 (14.37)		68649002	01.04.2022B
	21418	caps 60 mg blist 14 pce Fr. 27.65 (13.35)		68649004	01.04.2022B
	21418	caps 60 mg blist 28 pce Fr. 45.45 (25.30)		68649005	01.04.2022B
	21418	caps 60 mg blist 84 pce Fr. 101.20 (73.86)	68649006	01.04.2022B	
01.06 G		ESCITALOPRAM VIATRIS (Escitalopramum)	Mylan Pharma GmbH		
	21419	cpr pell 10 mg blist 14 pce Fr. 14.50 (5.48)		68650001	01.04.2022B
	21419	cpr pell 10 mg blist 28 pce Fr. 19.40 (9.74)		68650002	01.04.2022B
	21419	cpr pell 10 mg blist 98 pce Fr. 52.60 (31.54)		68650003	01.04.2022B
	21419	cpr pell 20 mg blist 98 pce Fr. 89.50 (63.68)	68650006	01.04.2022B	
01.07.10 G		LACOSAMID MEPHA (Lacosamidum)	Mepha Pharma AG		
	21421	Lactab 50 mg blist 14 pce Fr. 18.40 (8.90)		67630001	01.04.2022B
	21421	Lactab 100 mg blist 14 pce Fr. 36.60 (17.60)		67630002	01.04.2022B
	21421	Lactab 100 mg blist 56 pce Fr. 92.55 (66.33)		67630003	01.04.2022B
	21421	Lactab 100 mg blist 168 pce Fr. 238.80 (193.73)		67630004	01.04.2022B
	21421	Lactab 150 mg blist 14 pce Fr. 46.00 (25.78)		67630005	01.04.2022B
	21421	Lactab 150 mg blist 56 pce Fr. 128.85 (97.97)		67630006	01.04.2022B
	21421	Lactab 150 mg blist 168 pce Fr. 345.25 (286.46)		67630007	01.04.2022B
	21421	Lactab 200 mg blist 14 pce Fr. 55.85 (34.36)		67630008	01.04.2022B
	21421	Lactab 200 mg blist 56 pce Fr. 166.30 (130.56)		67630009	01.04.2022B
	21421	Lactab 200 mg blist 168 pce Fr. 454.90 (381.95)	67630010	01.04.2022B	

En association dans le traitement des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire chez des patients épileptiques âgés de 18 ans et plus.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
01.99 G		DONEPEZIL NOBEL LINGUAL (Donepezili hydrochloridum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21366	cpr orodisp 5 mg blist 28 pce Fr. 68.40 (45.30)		68060001	01.04.2022B
	21366	cpr orodisp 5 mg blist 98 pce Fr. 197.35 (157.61)		68060002	01.04.2022B
	21366	cpr orodisp 10 mg blist 28 pce Fr. 68.40 (45.30)		68060003	01.04.2022B
	21366	cpr orodisp 10 mg blist 98 pce Fr. 197.35 (157.61)		68060004	01.04.2022B
En début de thérapie, application par ex. d'un test minimental. Première évaluation intermédiaire après trois mois et ensuite tous les six mois. Si les valeurs MMSE1) sont inférieures à 10, il y a lieu d'interrompre la prise du médicament. La thérapie ne peut être appliquée qu'avec une préparation.					
01.99		OCREVUS (Ocrelizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20624	conc perf 300 mg/10 ml flac 1 pce Fr. 5703.60 (5324.47)		66185001	01.03.2018A
Limitation limitée jusqu'au 31.05.2022 Pour le traitement des patients adultes atteints de formes actives de sclérose en plaques (SEP) récurrente. Pour le traitement des patients adultes atteints de sclérose en plaques primaire progressive (SEP-PP) pour ralentir la progression de la maladie et réduire l'aggravation de la vitesse de marche.					
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, la somme de Fr. 496.41 pour chaque flacon perforable de OCREVUS conc perf 300 mg/10 ml acheté. 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.					
04.99 G		PANTOPRAZOL VIATRIS (Pantoprazolum)	Mylan Pharma GmbH		
	21417	cpr pell 20 mg blist 15 pce Fr. 8.35 (3.71)		68642001	01.04.2022B
	21417	cpr pell 20 mg blist 30 pce Fr. 15.60 (6.44)		68642002	01.04.2022B
	21417	cpr pell 20 mg blist 60 pce Fr. 26.05 (11.99)		68642003	01.04.2022B
	21417	cpr pell 20 mg blist 120 pce Fr. 41.55 (21.92)		68642004	01.04.2022B
	21417	cpr pell 40 mg blist 7 pce Fr. 7.70 (3.15)		68642005	01.04.2022B
	21417	cpr pell 40 mg blist 15 pce Fr. 15.00 (5.92)		68642006	01.04.2022B
	21417	cpr pell 40 mg blist 30 pce Fr. 25.00 (11.06)		68642007	01.04.2022B
	21417	cpr pell 40 mg blist 60 pce Fr. 34.15 (15.44)		68642008	01.04.2022B
	21417	cpr pell 40 mg blist 105 pce Fr. 47.55 (27.14)		68642009	01.04.2022B
05.02		MICTONORM (Propiverinum hydrochloridum)	Labatec Pharma SA		
	21180	caps ret 30 mg blist 28 pce Fr. 42.70 (22.93)		67514002	01.04.2022B
	21180	caps ret 30 mg blist 84 pce Fr. 83.50 (58.47)		67514003	01.04.2022B
07.07.21		PLENADREN (Hydrocortisonum)	Takeda Pharma AG		
	20070	cpr ret 5 mg bte 50 pce Fr. 279.10 (228.83)		62068003	01.03.2020B
	20070	cpr ret 20 mg bte 50 pce Fr. 616.40 (522.65)		62068004	01.03.2020B
Limitation limitée jusqu'au 31.03.2025 Faisant suite à l'approbation des coûts par l'assurance-maladie après consultation préalable et approbation du médecin-conseil de l'assurance-maladie pour le traitement de l'insuffisance surrénalienne primaire. PLENADREN est utilisé pour traiter les patients présentant une insuffisance surrénalienne qui, sous traitement optimal conventionnel d'hydrocortisone (au moins 6 mois), présentent une insuffisance persistante, de la fatigue ou une mauvaise qualité de vie. Si l'endocrinologue ne constate aucune amélioration après 6 mois, le traitement par PLENADREN doit être arrêté. Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par PLENADREN ne peuvent être effectués que par un spécialiste en endocrinologie/diabétologie qui travaille dans un hôpital doté d'un centre d'endocrinologie/diabétologie. Ce centre doit être un centre de formation en matière d'endocrinologie/diabétologie de catégorie A ou B (https://www.siwf-register.ch). Takeda Pharma AG remboursera à l'assurance-maladie auprès de laquelle le patient était assurée au moment de l'administration du traitement, un montant fixe du prix Exfactory pour chaque boîte de PLENADREN acheté. Takeda Pharma AG informe l'assurance-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de vente en usine. La demande de remboursement doit être faite dès de le début de l'administration du traitement.					

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.10.10 6		CÉLÉCOXIB XIROMED (Celecoxibum)	Xiromed SA		
	21357	caps 100 mg blist 30 pce Fr. 14.95 (5.90)		68169001	01.04.2022B
	21357	caps 200 mg blist 30 pce Fr. 19.95 (10.25)		68169002	01.04.2022B
	21357	caps 200 mg blist 100 pce Fr. 49.95 (29.24)		68169003	01.04.2022B

Sauf pour les patients avec un risque gastro-intestinal élevé le traitement simultané par Celecoxibe et un inhibiteur pompe proton (PPI) de l'I.T. 04.99. n'est pas remboursé par l'assurance de base.

07.11.10		COLCTAB (Colchicinum)	Streuli Pharma AG		
	21335	cpr 1 mg blist 10 pce Fr. 25.10 (11.13)		67974001	01.04.2022A

07.12		NILEMDO (Acidum bempedoicum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	21127	cpr pell 180 mg blist 28 pce Fr. 78.40 (54.01)		67583001	01.04.2022B
	21127	cpr pell 180 mg blist 98 pce Fr. 225.05 (181.75)		67583002	01.04.2022B

En complément d'un traitement combiné par une statine et de l'ézétimibe pour traiter l'hypercholestérolémie en présence d'une maladie cardiovasculaire athérosclérotique cliniquement manifeste et confirmée avec un taux de cholestérol LDL ≥ 1.8 mmol/L ou en présence d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote avec un taux de cholestérol LDL ≥ 2.6 mmol/L n'ayant pas pu être abaissé en dessous des valeurs mentionnées par un régime alimentaire et un traitement à base de statine à la dose maximale tolérée et d'ézétimibe.

NILEMDO n'est remboursé que si les taux de LDL-C susmentionnés n'ont pas pu être atteints avec la dose maximale tolérée d'un traitement intensifié visant à réduire le LDL-C par une statine associée à l'ézétimibe pendant une période préalable d'au moins 3 mois.

Le diagnostic, la première prescription et les contrôles réguliers de l'efficacité du traitement doivent être réalisés par un médecin spécialiste FMH en angiologie, diabétologie/endocrinologie, cardiologie, néphrologie, neurologie ou par des experts reconnus de l'hypercholestérolémie. La liste correspondante d'experts est disponible à l'adresse suivante: <http://www.bag.ad-min.ch/sl-ref>

Le traitement ne peut être poursuivi que si le taux de LDL-C a diminué d'au moins 10 % lors d'un contrôle réalisé dans les 1 à 6 mois suivant l'instauration du traitement.

Le remboursement en association avec l'utilisation d'inhibiteurs de la PCSK9 est exclu.

07.12		NUSTENDI (Ezetimibum, Acidum bempedoicum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	21128	cpr pell 180/10 mg blist 28 pce Fr. 91.40 (65.33)		67586001	01.04.2022B
	21128	cpr pell 180/10 mg blist 98 pce Fr. 269.80 (220.75)		67586002	01.04.2022B

En complément d'un traitement par une statine pour traiter l'hypercholestérolémie en présence d'une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse cliniquement manifeste et confirmée avec un taux de cholestérol LDL ≥ 1.8 mmol/L ou en présence d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote avec un taux de cholestérol LDL ≥ 2.6 mmol/L n'ayant pas pu être abaissé en dessous des valeurs mentionnées par un régime alimentaire et un traitement à base de statine à la dose maximale tolérée et d'ézétimibe.

NUSTENDI n'est remboursé que si les taux de LDL-C susmentionnés n'ont pas pu être atteints avec la dose maximale tolérée d'un traitement intensifié visant à réduire le LDL-C par une statine associée à l'ézétimibe pendant une période préalable d'au moins 3 mois.

Le diagnostic, la première prescription et les contrôles réguliers de l'efficacité du traitement doivent être réalisés par un médecin spécialiste FMH en angiologie, diabétologie/endocrinologie, cardiologie, néphrologie, neurologie ou par des experts reconnus de l'hypercholestérolémie. La liste correspondante d'experts est disponible à l'adresse suivante: <http://www.bag.ad-min.ch/sl-ref>

Le traitement ne peut être poursuivi que si le taux de LDL-C a diminué d'au moins 10 % lors d'un contrôle réalisé dans les 1 à 6 mois suivant l'instauration du traitement.

Le remboursement en association avec l'utilisation d'inhibiteurs de la PCSK9 est exclu.

NUSTENDI est également remboursé chez les patients ayant préalablement reçu un traitement par l'acide bempédoïque et l'ézétimibe sous forme d'association de monopréparations et remplace cette association.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.12 G		ROSUVASTATIN VIATRIS (Rosuvastatinum)	Mylan Pharma GmbH		
	21416	cpr pell 5 mg blist 30 pce Fr. 16.35 (7.12)		68643001	01.04.2022B
	21416	cpr pell 5 mg blist 105 pce Fr. 43.65 (23.75)		68643002	01.04.2022B
	21416	cpr pell 10 mg blist 30 pce Fr. 17.50 (8.12)		68643003	01.04.2022B
	21416	cpr pell 10 mg blist 105 pce Fr. 47.50 (27.08)		68643004	01.04.2022B
	21416	cpr pell 20 mg blist 30 pce Fr. 25.80 (11.78)		68643005	01.04.2022B
	21416	cpr pell 20 mg blist 105 pce Fr. 61.50 (39.28)		68643006	01.04.2022B
07.15 O		CELLCEPT (Mofetili mycophenolas)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	16560	cpr pell 500 mg 3 x 50 pce Fr. 442.40 (371.07)		53338003	01.04.2022B
	16561	caps 250 mg 3 x 100 pce Fr. 481.65 (405.28)		53337003	01.04.2022B
07.16.10 G		AZACITIDIN IDEOGEN (Azacitidinum)	Ideogen AG		
	21414	subst sèche 100 mg flac 1 pce Fr. 233.35 (189.00)		67966001	01.04.2022A
<p>Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - syndrome myélodysplasique (SMD) de risque intermédiaire ou élevé selon l'index pronostique international (International Prognostic Scoring System, IPSS), de type cytopénie réfractaire avec dysplasie de lignées multiples (RCMD) ou anémie réfractaire avec 5 à 19 % de blastes médullaires (RAEB I et II) - leucémie myélomonocytaire chronique (LMMC) - leucémie aiguë myéloblastique (LAM) avec 20 à 30 % de blastes médullaires et dysplasie de lignées multiples (selon la classification de 2008 de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS]) - leucémie aiguë myéloblastique (LAM) avec >30 % de blastes médullaires, selon la classification de l'OMS, chez les patients âgés, pour lesquels une chimiothérapie intensive ne convient pas ou qui ne la supportent pas. 					
07.16.10		BRAFTOVI (Encorafenibum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	20874	caps 50 mg blist 28 pce Fr. 780.20 (665.32)		66795001	01.12.2019A
	20874	caps 75 mg blist 42 pce Fr. 1703.30 (1496.97)		66795002	01.12.2019A
	20874	caps 75 mg blist 168 pce Fr. 6383.60 (5987.88)		66795004	01.12.2019A
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.03.2024 Uniquement en association avec binimétinib pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600. Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie. Le traitement doit être approuvé par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Mektovi achetée en association avec Braftovi un pourcentage de 38.60 % sur le prix fabricant de chaque boîte de Mektovi (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.</p>					
07.16.10 G		LÉNALIDOMIDE DEVATIS (Lenalidomidum)	Devatis AG		
	21420	caps 2.5 mg blist 21 pce Fr. 1679.80 (1475.55)		68518001	01.04.2022A
	21420	caps 5 mg blist 21 pce Fr. 1723.30 (1515.21)		68518002	01.04.2022A
	21420	caps 7.5 mg blist 21 pce Fr. 1766.80 (1554.88)		68518003	01.04.2022A
	21420	caps 10 mg blist 21 pce Fr. 1810.30 (1594.54)		68518004	01.04.2022A
	21420	caps 15 mg blist 21 pce Fr. 1899.50 (1675.86)		68518005	01.04.2022A
	21420	caps 20 mg blist 21 pce Fr. 1991.45 (1759.72)		68518006	01.04.2022A
	21420	caps 25 mg blist 21 pce Fr. 2083.45 (1843.58)		68518007	01.04.2022A

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par lénalidomide, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21420.01)
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone (code d'indication: 21420.02)
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques (code d'indication: 21420.03).

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec le bortézomib et la dexaméthasone (induction avant la greffe de cellules souches)

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.05

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec le bortézomib et la dexaméthasone (sans la greffe de cellules souches)

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.06

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec carfilzomib et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec élotuzumab et la dexaméthasone

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

LÉNALIDOMIDE DEVATIS est remboursé en association avec élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LÉNALIDOMIDE DEVATIS peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.08

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2022

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec ixazomib et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LÉNALIDOMIDE DEVATIS avec le daratumumab et la dexaméthasone

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

LÉNALIDOMIDE DEVATIS est remboursé en association avec le daratumumab et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints de myélome multiple ayant reçu au moins une ligne de traitement antérieure.

Uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21420.10

Groupe thérap.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		MEKTOVI (Binimetinibum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	20875	cpr pell 15 mg blist 84 pce Fr. 2895.70 (2585.05)		66907001	01.12.2019A
	20875	cpr pell 15 mg blist 168 pce Fr. 5545.35 (5170.10)		66907002	01.12.2019A
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.03.2024</p> <p>Uniquement en association avec l'encorafénib pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600.</p> <p>Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.</p> <p>Le traitement doit être approuvé par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Mektovi achetée en association avec Braftovi un pourcentage de 38.60 % sur le prix fabricant de chaque boîte de Mektovi (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.</p>					
07.16.10		NINLARO (Ixazomibum)	Takeda Pharma AG		
	20593	caps 2.3 mg 3 pce Fr. 6970.70 (6560.66)		65959001	01.04.2018A
	20593	caps 3 mg 3 pce Fr. 6970.70 (6560.66)		65959002	01.04.2018A
	20593	caps 4 mg 3 pce Fr. 6970.70 (6560.66)		65959003	01.04.2018A
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.05.2022</p> <p>Ninlaro est remboursé après garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, lorsqu'il est utilisé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple récidivant qui ont reçu au moins un traitement antérieur et présentent des caractéristiques à haut risque [définies comme un haut risque cytogénétique [risque élevé de (del[17], t[4;14], t[14;16]) ou 1q21] ou stade ISS III] ou qui ont reçu au moins deux traitements antérieurs.</p> <p>Le schéma posologique et le dosage pour le traitement combiné doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle.</p> <p>Si la maladie progresse ou si des toxicités inacceptables surviennent, le traitement par Ninlaro doit être interrompu.</p> <p>Takeda Pharma AG rembourse 25.89 % du prix de fabriqué pour chaque emballage de Ninlaro acheté dans le cadre du traitement combiné de Ninlaro avec le lénalidomide, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'administration. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant.</p>					
07.16.10		TABRECTA (Capmatinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21282	cpr pell 150 mg blist 120 pce Fr. 5886.90 (5503.34)		67648001	01.04.2022A
	21282	cpr pell 200 mg blist 120 pce Fr. 5886.90 (5503.34)		67648002	01.04.2022A
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.03.2023</p> <p>Après accord de prise en charge des frais par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. La garantie de prise en charge doit contenir le code d'indication suivant: 21282.01</p> <p>TABRECTA est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints de cancer du poumon non à petites cellules avancé ou métastatique (CPNPC) et présentant une mutation entraînant un saut de l'exon 14 de MET. L'utilisation en cas de mutations du facteur oncogène supplémentaires, y compris les aberrations tumorales de type EGFR ou ALK, n'est pas remboursée. Le traitement se poursuit jusqu'à la progression de la maladie.</p> <p>Une rotation entre les inhibiteurs de MET est exclusivement remboursée en cas de contre-indication ou d'intolérance.</p> <p>Novartis Pharma 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 TABRECTA au prix de fabrication de 5503.34 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.</p>					
07.16.20 G		ABIRATERON ACCORD (Abirateroni acetat)	Accord Healthcare AG		
	21423	cpr pell 500 mg blist 56 pce Fr. 1046.15 (897.80)		67950001	01.04.2022B
<p>En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou de la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC), sans métastases viscérales et sans métastases hépatiques, chez des patients asymptomatiques ou ne présentant que des symptômes légers, après échec d'un traitement par suppression androgénique et chez lesquels une chimiothérapie n'est pas indiquée cliniquement.</p> <p>En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique avancé de la prostate en progression chez des patients déjà traités par docétaxel, après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Pour le traitement en association avec de la prednisone ou de la prednisolone (5 mg/jour) et un traitement par suppression androgénique (ADT) chez les patients présentant un carcinome métastatique de la prostate hormonosensible (mHSPC) à haut risque nouvellement diagnostiqué au cours des 3 derniers mois. Chez les patients n'ayant pas subi d'orchidectomie, l'administration d'abiraterone doit commencer au cours des 3 mois suivant le début de la suppression androgénique.</p> <p>Un risque élevé est défini par la présence d'au moins 2 des 3 facteurs de risque suivants: (1) score de Gleason ≥ 8; (2) présence d'au moins 3 lésions à la scintigraphie osseuse; (3) présence de métastases viscérales mesurables (hors atteinte ganglionnaire).</p> <p>En cas d'arrêt du traitement rendu nécessaire par des effets indésirables survenus au cours des 10 jours suivant le début du traitement, Accord Healthcare AG remboursera à l'assureur-maladie les coûts de la totalité de l'emballage. Les arrêts de traitement doivent être immédiatement notifiés à l'assureur-maladie par le médecin traitant.</p>					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
08.06 G		VORICONAZOL ACCORD (Voriconazolium)	Accord Healthcare AG		
	21061	cpr pell 50 mg blist 56 pce Fr. 689.25 (586.10)		66877001	01.04.2022A
	21061	cpr pell 200 mg blist 28 pce Fr. 1375.60 (1198.17)		66877002	01.04.2022A
	21389	subst sèche 200 mg flac 1 pce Fr. 169.00 (132.94)		66830001	01.04.2022A
10.09.40 G		AMOROLFIN LEMAN VERNIS À ONGLES (Aamorolfinum)	Leman SKL SA		
	21376	sol 5 % 2.5 ml Fr. 20.10 (10.36)		68231001	01.04.2022B
	21376	sol 5 % 5 ml Fr. 40.20 (20.72)		68231002	01.04.2022B
11.07.20		VIRUPOS (Aciclovirum)	Ursapharm Schweiz GmbH		
	21323	ong opht 30 mg/g 4.5 g Fr. 20.70 (10.91)		67772001	01.04.2022A
11.99		ENSPRYNG (Satralizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	21119	sol inj 120 mg/ml ser pré 1 ml Fr. 8358.60 (7914.73)		67617001	01.04.2022A

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2025

Maladies du spectre de la neuromyéélite optique (NMOSD)

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

En monothérapie ou en association avec un traitement immunosuppresseur (TIS) dans le traitement des maladies du spectre de la neuromyéélite optique (NMOSD) séro-positives pour les IgG anti-AQP4 chez les adultes et les adolescents à partir de 12 ans. À l'instauration du traitement par le satralizumab, le score EDSS doit être $\leq 6,5$ points (échelle de 0 à 10).

Le satralizumab ne doit pas être utilisé pendant une poussée de NMOSD.

En cas de poussée cliniquement significative de la maladie après 6 mois de traitement ininterrompu par le satralizumab, le traitement par le satralizumab doit faire l'objet d'une évaluation critique (p. ex. dosage des anticorps anti-AQP4, IRM, variation du score EDSS, modification de l'acuité visuelle, etc.) et une garantie de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil est à nouveau requise.

Une poussée de la maladie cliniquement significative est définie comme suit: les symptômes doivent persister plus de 24 heures et ne doivent pas être imputables à des facteurs cliniques tels que fièvre, infections, blessures, sautes d'humeur ou effets indésirables. Les symptômes doivent être imputables à la maladie et s'accompagner d'une aggravation neurologique objective. L'état neurologique doit auparavant avoir été stable pendant au moins 30 jours.

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par le satralizumab dans l'indication NMOSD ne peuvent être effectués que par des spécialistes en neurologie, expérimentés dans le traitement des NMOSD.

Le succès du traitement (nombre de poussées, variation du score EDSS) doit être évalué tous les 12 mois par un spécialiste en neurologie. Après cette évaluation, la poursuite du traitement exige une nouvelle garantie de prise en charge en cas de succès thérapeutique confirmé.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, Roche Pharma (Suisse) SA remboursera pour chaque emballage acheté d'ENSPRYNG un montant forfaitaire sur le prix de fabrication de chaque emballage d'ENSPRYNG. Roche Pharma (Suisse) SA informe l'assureur-maladie du montant de ce remboursement. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrication.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21119.01

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
06.01.10		ADYNOVI (Rurioctocogum alfa pegolum)	Takeda Pharma AG		
	20527	subst sèche 250 UI cum solv 2 ml set 1 pce Fr. 268.20 (221.68)		65953010	01.04.2022B
	20527	subst sèche 500 UI cum solv 2 ml set 1 pce Fr. 495.45 (443.36)		65953012	01.04.2022B
	20527	subst sèche 1000 UI cum solv 2 ml set 1 pce Fr. 949.90 (886.73)		65953014	01.04.2022B
	20527	subst sèche 2000 UI cum solv 5 ml set 1 pce Fr. 1858.75 (1773.42)		65953008	01.04.2022B
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.					
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.					
07.06.20 G		METFORMIN ZENTIVA (Metformini hydrochloridum)	Helvepharm AG		
	19140	cpr pell 500 mg 60 pce Fr. 6.75 (2.33)		60232012	01.04.2022B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.01.30		VALORON (Tilidini hydrochloridum)	Pfizer AG		
	12383	gouttes 100 mg/ml 10 ml Fr. 6.80 (2.37)		38587013	01.04.2022A
	12383	gouttes 100 mg/ml 20 ml Fr. 9.05 (4.32)		38587021	01.04.2022A
01.03.20		SOMNIUM (Lorazepamum, Diphenhydramini hydrochloridum)	OM Pharma Suisse SA		
	15000	cpr 20 pce Fr. 7.50 (2.97)		46457013	01.04.2022B
	15000	cpr 50 pce Fr. 15.60 (6.43)		46457021	01.04.2022B
01.99 G		FINGOLIMOD ACCORD (Fingolimodum)	Accord Healthcare AG		
	21397	caps 0.5 mg blist 28 pce Fr. 453.25 (380.52)		68377002	01.04.2022B
	21397	caps 0.5 mg blist 98 pce Fr. 1522.20 (1331.83)		68377003	01.04.2022B
02.05.10		ALMOGRAN (Almotriptanum)	Almirall AG		
	18410	cpr pell 12.500 mg 6 pce Fr. 45.25 (25.15)		56895004	01.04.2022B
06.01.10		ADYNOVI (Rurioctocogum alfa pegolum)	Takeda Pharma AG		
	20527	subst sèche 250 UI cum solv 5 ml 1 pce Fr. 268.20 (221.68)		65953001	01.04.2022B
	20527	subst sèche 500 UI cum solv 5 ml 1 pce Fr. 495.45 (443.36)		65953002	01.04.2022B
	20527	subst sèche 1000 UI cum solv 5 ml 1 pce Fr. 949.90 (886.73)		65953003	01.04.2022B
	20527	subst sèche 2000 UI cum solv 5 ml 1 pce Fr. 1858.75 (1773.42)		65953004	01.04.2022B
07.06		BYDUREON PEN (Exenatidum)	AstraZeneca AG		
	20335	subst sèche 2 mg cum solv 4 pce Fr. 124.95 (94.55)		65389001	01.04.2022B
07.06.20 G		METFORMINE-MEPHA (Metformini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	18692	cpr pell 850 mg 100 pce Fr. 9.80 (4.98)		57950010	01.04.2022B
07.08.10		LUVERIS (Lutropinum alfa)	Merck (Schweiz) AG		
	17871	subst sèche 75 UI c solv flac 10 pce Fr. 504.00 (424.75)		55430011	01.04.2022A
07.10.10 G		MEFENAMIN PFIZER (Acidum mefenamicum)	Pfizer AG		
	19275	caps 250 mg 36 pce Fr. 8.25 (3.63)		61292001	01.04.2022B
	19276	cpr pell 500 mg 10 pce Fr. 5.55 (1.26)		61291001	01.04.2022B
	19276	cpr pell 500 mg 30 pce Fr. 8.55 (3.88)		61291002	01.04.2022B
	19276	cpr pell 500 mg 100 pce Fr. 25.25 (11.27)		61291003	01.04.2022B
	19274	supp 125 mg 6 pce Fr. 5.40 (1.15)		61293001	01.04.2022B
	19274	supp 500 mg 6 pce Fr. 5.85 (1.53)		61293002	01.04.2022B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
07.16.10 G		METHOTREXAT FARMOS (Methotrexatum)	Orion Pharma AG		
	15097	sol inj 5 mg/2 ml 10 flac 2 ml Fr. 50.70 (29.88)		47785014	01.04.2022A
	15097	sol inj 20 mg/8 ml 10 flac 8 ml Fr. 81.15 (56.42)		47785022	01.04.2022A
	15097	sol inj 50 mg/2 ml 10 flac 2 ml Fr. 153.45 (119.39)		47785030	01.04.2022A
	15097	sol inj 500 mg/20 ml flac 20 ml Fr. 76.60 (52.46)		47785057	01.04.2022A
	15097	sol inj 1000 mg/40 ml flac 40 ml Fr. 108.15 (79.92)		47785065	01.04.2022A
	15097	sol inj 5000 mg/200 ml flac 200 ml Fr. 315.25 (260.34)		47785081	01.04.2022A
08.01.24		FLOXAPEN (Flucloxacillinum)	Teva Pharma AG		
	11792	caps 500 mg 16 pce Fr. 20.15 (10.43)		37405027	01.04.2022B
08.03		STOCRIN (Efavirenzum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	17786	sol 30 mg/ml fl 180 ml Fr. 117.30 (87.88)		55779002	01.04.2022A
10.05.20		DIPROGENTA (Betamethasonum, Gentamicinum)	Organon GmbH		
	12172	crème tb 10 g Fr. 8.75 (4.04)		38695010	01.04.2022B
12.03.30		COLLUNOSOL N (Chlorhexidini digluconas, Lidocaini hydrochloridum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	12141	nébul 50 ml Fr. 10.35 (5.60)		29466033	01.04.2022D
20.03.20 K		PADMED CIRCOSAN (Aconiti tuberis pulvis, Marmeli fructus pulvis, Aquilegiae vulgaris herbae pulvis)	PADMA AG		
	19104	caps 60 pce Fr. 26.00 (14.10)		60131001	01.04.2022D
	19104	caps 200 pce Fr. 66.05 (35.80)		60131002	01.04.2022D

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	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					
AKYNZEO caps 300 mg/0.5 mg 1 pce	Vifor SA	010900	20391	109.65	81.24
CONSTELLA caps 290 mcg 28 pce	Allergan AG	040811	20067	79.15	54.66
caps 290 mcg 90 pce			20067	187.85	149.35
HOVA cpr pell 30 pce	Gebro Pharma AG	510420	17155	10.60	5.74
cpr pell 60 pce			17155	18.65	10.10
PANZYTRAT 10000 caps 50 pce	Allergan AG	040500	15757	29.00	15.71
caps 100 pce			15757	51.00	27.65
PANZYTRAT 25000 caps 50 pce	Allergan AG	040500	15757	59.35	32.16
caps 100 pce			15757	118.25	64.08
IV.b. Mutation de prix normale					
JARDIANCE cpr pell 10 mg 30 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	20244	67.50	44.51
cpr pell 10 mg 90 pce			20244	169.70	133.53
OPDIVO conc perf 40 mg/4 ml flac 4 ml	Bristol-Myers Squibb SA	071610	20461	635.80	539.55
conc perf 100 mg/10 ml flac 10 ml			20461	1540.85	1348.86
conc perf 240 mg/24 ml flac 24 ml			20461	3407.15	3084.05
IV.c. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet					
EMSELEX cpr ret 7.500 mg 14 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	050200	18253	25.10	11.17
cpr ret 7.500 mg 56 pce			18253	67.65	44.63
cpr ret 15 mg 14 pce			18253	25.10	11.17
cpr ret 15 mg 56 pce			18253	67.65	44.63
IV.d. Mutation du prix lors de la première admission					
PLENADREN cpr ret 5 mg bte 50 pce	Takeda Pharma AG	070721	20070	279.10	228.83
cpr ret 20 mg bte 50 pce			20070	616.40	522.65

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

V. Modifications de la limitation/de l'indication

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ARANESP sol inj 10 mcg seringue prête ser pré 4 pce	Amgen Switzerland AG	060730	17807	114.20	85.17
sol inj 30 mcg m a système protec- tion seringue prête ser pré 4 pce			17807	308.25	254.23
sol inj 40 mcg m a système protec- tion seringue prête ser pré 4 pce			17807	403.85	337.49
sol inj 50 mcg m a système protec- tion seringue prête ser pré 4 pce			17807	501.80	422.82
sol inj 60 mcg m a système protec- tion seringue prête ser pré 4 pce			17807	599.15	507.62
sol inj 80 mcg m a système protec- tion seringue prête ser pré 4 pce			17807	792.80	676.32
sol inj 100 mcg m a système protection seringue prête ser pré 4 pce			17807	984.60	843.40
sol inj 150 mcg m a système protection seringue prête ser pré 4 pce			17807	1442.60	1259.26
sol inj 300 mcg m a système protection seringue prête ser pré 1 pce			17807	737.70	628.29
sol inj 500 mcg m a système protection seringue prête ser pré 1 pce			17807	1202.05	1039.95
sol inj 20 mcg m a système protec- tion seringue prête ser pré 4 pce			17807	210.55	169.11

Vieille limitation:

Anémie rénale lors d'une insuffisance rénale.

Traitement de l'anémie symptomatique chez les patients cancéreux adultes ayant un taux d'hémoglobine inférieur à 10.5 g/dl et presentis pour une chimiothérapie pendant une durée minimum de deux mois.

Syndromes myélodysplasiques des groupes à risque low ou intermédiaire-1:

Pour traiter l'anémie chez les patients adultes sans del (5q) présentant un faible besoin de transfusion en cas de syndromes myélodysplasiques des groupes à risque low ou intermédiaire-1 et de faibles taux d'érythropoïétine endogène (< 500 mU/ml). Pour traiter les patients présentant une résistance ou une intolérance au lénalidomide chez les sujets adultes avec del (5q) présentant un faible besoin de transfusion en cas de syndromes myélodysplasiques des groupes à risque low ou intermédiaire-1 et de faibles taux d'érythropoïétine endogène (< 500 mU/ml). En l'absence de succès thérapeutique après 13 semaines, le traitement doit être interrompu.

Traitement des patients avec del (5q) uniquement après consultation du médecin-conseil et accord préalable de l'assureur-maladie. Dans le cadre du traitement de patients atteints de syndromes myélodysplasiques, Amgen Switzerland SA rembourse 20.55% du prix de sortie d'usine pour chaque emballage d'Aranesp, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'administration. Le remboursement de la TVA ne peut pas être exigé en sus de ces montants. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

Nouvelle limitation:

Anémie rénale lors d'une insuffisance rénale: 17807.1

Le code d'indication suivant doit être transmis: 17807.1

Traitement de l'anémie symptomatique chez les patients cancéreux adultes ayant un taux d'hémoglobine inférieur à 10.5 g/dl et presentis pour une chimiothérapie pendant une durée minimum de deux mois: 17807.2

Le code d'indication suivant doit être transmis: 17807.2

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

Syndromes myélodysplasiques des groupes à risque low ou intermédiaire-1: 17807.3

Pour traiter l'anémie chez les patients adultes sans del (5q) présentant un faible besoin de transfusion en cas de syndromes myélodysplasiques des groupes à risque low ou intermédiaire-1 et de faibles taux d'érythropoïétine endogène (< 500 mU/ml). Pour traiter les patients présentant une résistance ou une intolérance au lénalidomide chez les sujets adultes avec del (5q) présentant un faible besoin de transfusion en cas de syndromes myélodysplasiques des groupes à risque low ou intermédiaire-1 et de faibles taux d'érythropoïétine endogène (< 500 mU/ml). En l'absence de succès thérapeutique après 13 semaines, le traitement doit être interrompu.

Traitement des patients avec del (5q) uniquement après consultation du médecin-conseil et accord préalable de l'assureur-maladie.

Dans le cadre du traitement de patients atteints de syndromes myélodysplasiques, Amgen Switzerland SA rembourse 20.55% du prix de sortie d'usine pour chaque emballage d'Aranesp, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'administration. Le remboursement de la TVA ne peut pas être exigé en sus de ces montants. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

Le code d'indication suivant doit être transmis: 17807.3

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

JARDIANCEBoehringer Ingelheim (Schweiz)
GmbH

070620

cpr pell 10 mg 30 pce

20244

67.50

44.51

cpr pell 10 mg 90 pce

20244

169.70

133.53

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.03.2024

Insuffisance cardiaque

Jardiance 10 mg: En association appropriée avec une dose précédemment stable d'un inhibiteur de l'ECA ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II et d'autres traitements pour l'insuffisance cardiaque (par ex. bêtabloquants, diurétiques et antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes) pour le traitement des patients adultes atteints d'insuffisance cardiaque NYHA classe II-IV, dont la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) avant le traitement par Jardiance 10 mg est \leq 40%. Pas en association avec la combinaison fixe de sacubitril/valsartan.

OPDIVO

Bristol-Myers Squibb SA

071610

conc perf 40 mg/4 ml conc perf 4 ml

20461

635.80

539.55

conc perf 100 mg/10 ml conc perf
10 ml

20461

1540.85

1348.86

conc perf 240 mg/24 ml conc perf
24 ml

20461

3407.15

3084.05

40 et 100 mg**Vieille limitation:**

Les patients peuvent être traités jusqu'à progression de la maladie dans les indications listées ci-dessous. Les patients cliniquement stables chez lesquels un début de progression de la maladie est constaté peuvent poursuivre le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Les traitements sont soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance maladie après consultation du médecin conseil. L'accord de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (20461.XX).

Des indications supplémentaires figurent dans la limitation du flacon de 240 mg d'OPDIVO. Il s'agit des traitements par OPDIVO en monothérapie pour les indications suivantes: traitement adjuvant du mélanome, mélanome, cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC), carcinome à cellules rénales (CCR), carcinome épidermoïde de la tête et du cou (CETC), lymphome de Hodgkin classique (LHc), cancer colorectal (CRC) avec dMMR/MSI-H, traitement adjuvant du cancer de l'oesophage ou de la jonction oesogastrique (CO ou CJ0G), ainsi que la phase de monothérapie de l'association avec l'ipilimumab dans le mélanome, le carcinome à cellules rénales (CCR) et cancer colorectal (CRC).

Mélanome 20461.02

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement du mélanome avancé (non résécable ou métastatique) chez l'adulte.

Pour le traitement du mélanome, Bristol-Myers Squibb SA rembourse pour chaque patient, après demande de l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de l'achat, 2.16% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Le code d'indication suivant doit être transmis: 20461.02

Nouvelle limitation:

Les patients peuvent être traités jusqu'à progression de la maladie dans les indications listées ci-dessous. Les patients cliniquement stables chez lesquels un début de progression de la maladie est constaté peuvent poursuivre le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Les traitements sont soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance maladie après consultation du médecin conseil. L'accord de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (20461.XX).

Des indications supplémentaires figurent dans la limitation du flacon de 240 mg d'OPDIVO. Il s'agit des traitements par OPDIVO en monothérapie pour les indications suivantes: traitement adjuvant du mélanome, mélanome, cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC), carcinome à cellules rénales (CCR), carcinome épidermoïde de la tête et du cou (CETC), lymphome de Hodgkin classique (LHc), cancer colorectal (CRC) avec dMMR/MSI-H, traitement adjuvant du cancer de l'oesophage ou de la jonction oesogastrique (CO ou CJ0G), traitement adjuvant du carcinome urothélial invasif musculaire (CUIM), ainsi que la phase de monothérapie de l'association avec l'ipilimumab dans le mélanome, le carcinome à cellules rénales (CCR) et cancer colorectal (CRC).

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome 20461.03

(avec modèle de prix)

En association avec l'ipilimumab dans le traitement du mélanome avancé (non résécable ou métastatique) chez l'adulte, de la manière suivante: Ipilimumab à une dose maximale de 3 mg/kg de poids corporel combiné à l'OPDIVO à une dose maximale de 1mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines pour 4 cycles au maximum. A cet effet, les flacons de 100 mg et 40 mg d'OPDIVO sont prévus.

Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines (cf. Limitatio 240 mg).

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 16.84% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation en vigueur au moment de l'administration s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code d'indication suivant doit être transmis: 20461.03

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

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Carcinome à cellules rénales (CCR) 20461.10

(avec modèle de prix)

En association avec l'ipilimumab dans le traitement du carcinome à cellules rénales avancé (non résecable ou métastatique) chez des patients adultes précédemment non traités présentant un profil de risque IMDC intermédiaire/défavorable dans la phase de traitement combiné de la manière suivante: Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines. Pour des informations sur la phase de traitement combiné, veuillez-vous référer au Limitatio des flacons de 40 mg /100 mg. Pour le traitement du carcinome à cellules rénales en association avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, un pourcentage fixe du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour le carcinome à cellules rénales.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.10

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Cancer colorectal (CRC) avec dMMR/MSI-H 20461.11

(avec modèle de prix)

En association avec l'ipilimumab dans le traitement du cancer colorectal métastatique chez des patients adultes avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) après traitement préalable à base de fluoropyrimidine en association avec l'irinotécan ou l'oxaliplatine de la manière suivante: Ipilimumab à une dose maximale de 1 mg/kg de poids corporel combiné à l'OPDIVO à une dose maximale de 3 mg/kg toutes les 3 semaines pour 4 cycles maximum. A cet effet, les flacons de 100 mg et 40 mg d'OPDIVO sont prévus.

La déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) doivent être confirmée par une méthode validée.

Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines (cf. Limitatio 240 mg).

Pour le traitement du cancer colorectal en association avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, un pourcentage fixe du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour le cancer colorectal métastatique chez des patients adultes avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H).

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.11

240 mg

Vieille limitation :

Dans les indications listées ci-dessous, les patients peuvent être traités jusqu'à progression de la maladie, sauf mention contraire. Les patients cliniquement stables chez lesquels un début de progression de la maladie est constaté peuvent poursuivre le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines, sauf indication contraire.

Les traitements sont soumis à l'accord de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation du médecin conseil.

Des indications supplémentaires figurent dans la limitation des flacons de 40 et 100 mg d'OPDIVO. Il s'agit de phase de traitement combiné avec YERVOY lors de mélanome.

Mélanome 20461.02

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte.

Pour le traitement du mélanome, Bristol-Myers Squibb SA rembourse pour chaque patient, après demande de l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de l'achat, 2.16 % du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.02

Mélanome 20461.03

(avec modèle de prix)

En association avec l'ipilimumab dans le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte, de la manière suivante: Ipilimumab à une dose maximale de 3 mg/kg de poids corporel combiné à l'OPDIVO à une dose maximale de 1mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines pour 4 cycles au maximum. A cet effet, les flacons de 100 mg et 40 mg d'OPDIVO sont prévus.

Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines (cf. Limitatio 240 mg).

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 16.91 % du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.03

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation en vigueur au moment de l'administration s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.03

Mélanome adjuvant 20461.07

(avec modèle de prix)

En monothérapie pour le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte ganglionnaire régionale ou métastases distantes (stade IIIB, IIIC ou IV selon la 7^e édition de l'AJCC) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le traitement adjuvant par nivolumab doit être commencé dans les 15 semaines à compter de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie.

Pour le traitement du mélanome adjuvant, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 2.16 % du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un mélanome adjuvant.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.07

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

Carcinome à cellules rénales (CCR) 20461.04

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome à cellules rénales ayant suivi un traitement anti-angiogénique.

Pour le traitement du carcinome à cellules rénales, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 29.46 % du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CCR.

Le code d'indication suivant doit être transmis: 20461.04

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Lymphome de Hodgkin classique (LHc) 20461.06

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome de Hodgkin classique (LHc) en rechute ou réfractaire après greffe de cellules souches autologue (GCSA) et traitement par brentuximab védotine.

Pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 2.16 % du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un LHc.

Le code d'indication suivant doit être transmis: 20461.06

Cancer colorectal (CRC) avec dMMR/MSI-H 20461.08

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) après traitement préalable à base de fluoropyrimidine en association avec l'irinotécan ou l'oxaliplatine. La déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) doivent être confirmée par une méthode validée.

Pour le traitement du CRC avec dMMR/MSI-H, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 22.90 % du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CRC.

Le code d'indication suivant doit être transmis: 20461.08

240 mg

Nouvelle limitation:

Dans les indications listées ci-dessous, les patients peuvent être traités jusqu'à progression de la maladie, sauf mention contraire. Les patients cliniquement stables chez lesquels un début de progression de la maladie est constaté peuvent poursuivre le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines, sauf indication contraire.

Les traitements sont soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance maladie après consultation du médecin conseil.

L'accord de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (20461.XX).

Des indications supplémentaires figurent dans la limitation des flacons de 40 et 100 mg d'OPDIVO. Il s'agit de phase de traitement combiné avec Ipilimumab dans le mélanome, le carcinome à cellules rénales (CCR) et cancer colorectal (CRC).

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) 20461.01

(sans modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique après une chimiothérapie.

Le code d'indication suivant doit être transmis: 20461.01

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome 20461.02

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement du mélanome avancé (non résécable ou métastatique) chez l'adulte.

Pour le traitement du mélanome, Bristol-Myers Squibb SA rembourse pour chaque patient, après demande de l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de l'achat, 1.98 % du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Le code d'indication suivant doit être transmis: 20461.02

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome 20461.03

(avec modèle de prix)

En association avec l'ipilimumab dans le traitement du mélanome avancé (non résécable ou métastatique) chez l'adulte: Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines. Pour des informations sur la phase de traitement combiné, veuillez-vous référer au Limitatio des flacons de 40 mg/100 mg.

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 16.84 % du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation en vigueur au moment de l'administration s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO ou de YERVOY, administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code d'indication suivant doit être transmis: 20461.03

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome adjuvant 20461.07

(avec modèle de prix)

En monothérapie pour le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte ganglionnaire régionale ou métastases distantes (stade IIIB, IIIC ou IV selon la 7^e édition de l'AJCC) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le traitement adjuvant par nivolumab doit être commencé dans les 15 semaines à compter de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à la récurrence de la maladie si celle-ci survient avant.

Pour le traitement du mélanome adjuvant, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 1.98 % du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un mélanome adjuvant.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.07

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Carcinome à cellules rénales (CCR) 20461.04

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome à cellules rénales ayant suivi un traitement anti-angiogénique.

Pour le traitement du carcinome à cellules rénales, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 29.33 % du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CCR.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.04

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Carcinome à cellules rénales (CCR) 20461.10

(avec modèle de prix)

En association avec l'ipilimumab dans le traitement du carcinome à cellules rénales avancé (non résécable ou métastatique) chez des patients adultes précédemment non traités présentant un profil de risque IMDC intermédiaire/défavorable dans la phase de traitement combiné de la manière suivante: Ipilimumab à une dose maximale de 1 mg/kg de poids corporel combiné à l'OPDIVO à une dose maximale de 3 mg/kg toutes les 3 semaines pour 4 cycles maximum. A cet effet, les flacons de 100 mg et 40 mg d'OPDIVO sont prévus.

Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines (cf. Limitation 240 mg).

Pour le traitement du carcinome à cellules rénales en association avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, un pourcentage fixe du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour le carcinome à cellules rénales.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.10

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (CETC) 20461.05

(sans modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou récidivant ou métastatique après une chimiothérapie à base de platine.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.05

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Lymphome de Hodgkin classique (LHc) 20461.06

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome de Hodgkin classique (LHc) en rechute ou réfractaire après greffe de cellules souches autologues (GCSA) et traitement par brentuximab védotine.

Pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 1.98 % du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un LHc.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.06

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Cancer colorectal (CRC) avec dMMR/MSI-H 20461.08

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) après traitement préalable à base de fluoropyrimidine en association avec l'irinotécan ou l'oxaliplatine. La déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) doivent être confirmées par une méthode validée.

Pour le traitement du CRC avec dMMR/MSI-H, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, 22.76 % du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CRC.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.08

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

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Cancer colorectal (CRC) 20461.11

(avec modèle de prix)

En association avec l'ipilimumab dans le traitement du cancer colorectal métastatique chez des patients adultes avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) après traitement préalable à base de fluoropyrimidine en association avec l'irinotécan ou l'oxaliplatine.

La déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) doivent être confirmée par une méthode validée. Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines. Pour des informations sur la phase de traitement combiné, veuillez-vous référer au Limitatio des flacons de 40 mg/100 mg.

Pour le traitement du cancer colorectal en association avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment où elle a reçu le médicament, un pourcentage fixe du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour le cancer colorectal.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.11

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Traitement adjuvant du cancer de l'oesophage ou de la jonction oesogastrique (CO ou CJ06) 20461.09

(sans modèle de prix)

En monothérapie pour le traitement adjuvant de patients adultes atteints d'un cancer de l'oesophage ou de la jonction oesogastrique entièrement résecté présentant une maladie résiduelle pathologique après une précédente radiochimiothérapie néoadjuvante.

La dose recommandée d'OPDIVO est de 240 mg toutes les 2 semaines les 16 premières semaines, suivis de 480 mg toutes les 4 semaines. Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à la récurrence de la maladie si celle-ci survient avant.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.09

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Traitement adjuvant du carcinome urothélial invasif musculaire (CUIM) 20461.12

(sans modèle de prix)

En monothérapie pour le traitement adjuvant des patients adultes atteints de carcinome urothélial invasif musculaire (CUIM) avec une expression de PD-L1 $\geq 1\%$, après une résection radicale complète (R0) du CUIM et un risque élevé de récurrence basé sur des preuves pathologiques et – ayant bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante au cisplatine (stades ypT2 à ypT4a ou ypN+) ou – n'ayant pas bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante à base de cisplatine et non éligibles ou rejetant une chimiothérapie adjuvante à base de cisplatine (stades pT3, pT4a ou pN+).

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à la récurrence de la maladie si celle-ci survient avant.

Le code d'indication suivant doit être transmis : 20461.12

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 18541.05

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement se fait aux prix LS valides au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50% du prix de fabrication de chaque boîte de REVLIMID.

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches se fait aux prix LS valide au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement d'entretien dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50% du prix de fabrication de chaque boîte de REVLIMID.

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de REVLIMID avec carfilzomib et la dexaméthasone

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

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

6L'association de REVLIMID avec élotuzumab et la dexaméthasone

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

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

Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur première demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation, Celgene GmbH, remboursera à ce dernier dans le cadre de la combinaison de REVLIMID avec l'élotuzumab, une part déterminée du prix de fabrication pour chaque emballage de REVLIMID acheté. La titulaire de l'autorisation communiquera à l'assureur-maladie le montant du remboursement.

La demande d'un remboursement par l'assureur-maladie ne s'applique que pour l'association de REVLIMID et d'élotuzumab et celle-ci ne peut avoir lieu que si l'utilisation des deux médicaments en association est prouvée. L'assureur-maladie ne peut pas, si l'élotuzumab est arrêté, demander de remboursement pour le traitement d'entretien ultérieur par REVLIMID. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

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

Vieille limitation :

L'association de REVLIMID avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022

L'association de REVLIMID avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de REVLIMID avec le daratumumab et la dexaméthasone

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

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

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

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ULTOMIRIS	Alexion Pharma GmbH	071500			
conc perf 300 mg/30ml flac 30 ml			21024	4982.55	4821.01
conc perf 300 mg/3ml flac 3 ml			21024	4982.55	4821.01
conc perf 1100 mg/11ml flac 11 ml			21024	18159.95	17677.04

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2023

Traitement des adultes atteints avec Hémoglobinurie Paroxystique Nocturne (HPN)

Avant le début du traitement, une garantie de prise en charge par l'assurance maladie est nécessaire après discussion avec le médecin-conseil.

Ultomiris est utilisé pour le traitement des patients adultes (à partir de leur 18e année) atteints d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN):

- chez des patients qui n'ont pas été traités auparavant par des inhibiteurs du complément et qui présentent une hémolyse associée à un ou plusieurs symptômes cliniques indiquant une activité élevée de la maladie.

Une activité élevée de la maladie est définie comme suit: valeur de la LDH $\geq 1,5 \times$ LSN (limite supérieure de la normale) [LSN du taux de LDH: 246 U/l] et présence, dans les 3 mois précédents le traitement, de l'un ou de plusieurs des signes ou symptômes suivants causés par l'HPN: fatigue, hémoglobinurie, douleurs abdominales, essoufflement (dyspnée), anémie (hémoglobine < 10 g/dl), événement vasculaire indésirable grave antérieur (y compris thrombose), dysphagie ou trouble de l'érection; ou antécédents de transfusion de concentré érythrocytaire due à l'HPN.

- chez les patients qui sont cliniquement stables après avoir été traités par éculizumab pendant au moins 6 mois.

La stabilité clinique est définie par une valeur de la LDH $\leq 1,5 \times$ LSN [LSN du taux de LDH : 246 U/l] ainsi qu'aucune valeur de la LDH $> 2 \times$ LSN au cours des 6 mois précédents et aucun événement indésirable cardiovasculaire grave au cours des 6 mois précédents.

Si, après un traitement préalable à l'éculizumab, une forte activité de la maladie persiste, ULTOMIRIS n'est pas remboursé.

Tous les patients traités par ULTOMIRIS doivent être inscrits dans un registre (le traitement ne peut commencer qu'après confirmation de l'inclusion du patient dans le registre, un extrait de la saisie des données du patient dans le registre est à présenter avec la demande de prise en charge). Si un patient refuse de donner le consentement écrit nécessaire à la collecte de ses données, cela doit faire l'objet d'un rapport.

L'indication pour le traitement et les contrôles des patients dans le cadre de la tenue du registre ne peut s'effectuer que dans les centres universitaires ou les hôpitaux cantonaux d'Aarau, Bellinzona, Lucerne, Coire et Saint-Gall. L'administration du traitement d'ULTOMIRIS entre ces contrôles peut se réaliser dans un hôpital local.

Le médecin du centre chargé du traitement transmet en permanence les données nécessaires à l'aide de l'outil Internet déterminé par le Registre de Remboursements Soliris Suisse (SSRR). Ce registre est utilisé pour tous les patients traités par SOLIRIS et ULTOMIRIS. L'OFSP peut en consulter les données à tout moment et reçoit tous les 12 mois un rapport de synthèse.

Le centre est tenu d'enregistrer au minimum les données suivantes pour le registre ULTOMIRIS:

- 1) Saisie des données anonymisées du patient avec pose de l'indication de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN), y compris l'année de naissance, le sexe et le poids.
- 2) Avant le début du traitement, l'état actuel doit être documenté. L'HPN doit être confirmée par un dosage d'au minimum 10% de clones HPN. Les patients doivent être préalablement vaccinés contre les méningocoques.
- 3) A 3 mois puis à 6 et 12 mois après le début du traitement, il convient d'enregistrer la réponse thérapeutique (paramètres hématologiques, taux de LDH, symptômes d'HPN comme douleurs abdominales, douleurs thoraciques, dyspnée et douleurs exigeant une intervention médicale, performances selon une échelle de «qualité de vie», besoin de transfusions, événements thrombotiques, survenue d'insuffisance rénale et hypertension artérielle pulmonaire), ainsi que la date de l'examen. Le dosage et la fréquence posologique d'ULTOMIRIS doivent figurer dans le registre. Dès la 2e année de traitement, les contrôles s'effectuent tous les 6 mois, soit pour la 2e année 18 et 24 mois après le début du traitement.
- 4) À la fin du traitement, il convient d'en indiquer la raison. Les patients dont la réponse thérapeutique est insuffisante doivent arrêter le traitement. Une réponse thérapeutique est considérée comme atteinte si une réduction de la LDH d'au moins 60% et une amélioration d'un des paramètres cliniques sont observées chez le patient traité. En cas de réponse insatisfaisante, le médecin traitant doit indiquer, sur la base de l'évolution clinique, pour quelle raison la poursuite du traitement est indiquée. Après 12 mois de traitement, le besoin de transfusions doit avoir été réduit.
- 5) La garantie de prise en charge doit être renouvelée chaque année.

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

Vielle limitation :

Traitement des adultes, des enfants et des adolescents atteints du Syndrome Hémolytique et Urémique atypique (SHUa)

Ultomiris est utilisé pour le traitement des patients pesant 10 kg ou plus atteints du Syndrome Hémolytique et Urémique atypique (SHUa),

- qui n'ont pas été traités auparavant par des inhibiteurs du complément (patients naïfs d'inhibiteurs du complément) ou
- ayant reçu un traitement par l'eculizumab pendant au moins 3 mois et présentant des signes de réponse à l'eculizumab.

La preuve clinique de la réponse à l'eculizumab est définie comme suit : paramètres TMA stables, y compris la lactate déshydrogénase (LDH) < 1.5 × ULN, numération plaquettaire ≥ 150 000/μL et débit de filtration glomérulaire estimé (eGFR) > 30 ml/min/1,73 m² en utilisant la formule de Schwartz.

En l'absence de réponse après un prétraitement par eculizumab, Ultomiris n'est pas remboursé.

Avant le début du traitement, une garantie de prise en charge par l'assurance maladie est nécessaire après discussion avec le médecin-conseil. La garantie de prise doit être renouvelée pour la première fois après 6 mois, puis chaque année.

Les observations ci-après caractérisent le SHUa et doivent être documentées dans la demande de garantie de prise en charge:

Triade classique d'anémie hémolytique microangiopathique, de thrombocytopenie et d'insuffisance rénale caractérisée par tous les facteurs suivants:

- I. Consommation plaquettaire excessive (définie comme une numération plaquettaire < 150 × 10⁹/l ou par une chute de la numération plaquettaire > 25% par rapport aux valeurs précédentes) ET
- II. Hémolyse (augmentation de la LDH et/ou mise en évidence de schistocytes et/ou modification de la concentration d'haptoglobine ou de la concentration d'hémoglobine) ET
- III. Indication du stade de l'insuffisance rénale (indication du classement en fonction de l'évolution (insuffisance rénale aiguë, ICD-10 code N17 ou insuffisance rénale chronique, ICD-10 Code N18) et indication du stade en fonction du taux de filtration glomérulaire (N18.1 – N18.4))

ET

Diagnostic SHUa confirmé par:

- I. Disintégrine et métalloprotéinase à motif thrombospondine de type 1, 13ème membre (ADAMTS13)-niveau d'activité > 5% ET
- II. Négatif pour les E. coli productrices de shigatoxines (STEC) (en cas de suspicion d'E.coli entérohémorragiques),

ET

Exclusion de causes secondaires pour une microangiopathie thrombotique - médicament, infection (VIH, streptococcus pneumoniae), greffe (moelle osseuse, foie, poumon, cœur), déficit en cobalamine, lupus érythémateux, syndrome des anticorps antiphospholipides, sclérodermie, anticorps ou déficit ADAMTS13

ET

Un ou plusieurs des lésions organiques ou troubles fonctionnels suivants, en lien avec la TMA:

- I. Complication neurologique
- II. Complication gastro-intestinale
- III. Complication cardiovasculaire
- IV. Complication pulmonaire
- V. Autres complications (oculaires, cutanées, etc.)
- VI. Statut après greffe de rein à la suite d'un SHUa avéré

Dans le cas d'une réévaluation de la garantie de prise en charge après une recommandation négative du médecin-conseil, celui-ci consulte un ou une expert(e) du Comité National d'Experts. Si la demande concerne une garantie de prise en charge pour un enfant, il convient de consulter un pédiatre.

Le Comité d'Experts est composé des membres ci-dessous:

Dr méd. Fadi Haidar (Genève), Prof. Dr méd. Paloma Parvex (pédiatre) / Prof. Dr méd. Fadi Fakhouri (Lausanne), Dr méd. Sibylle Tschumi (pédiatre)/Prof. Dr méd. Uyen Huyn Do (Berne), PD Dr méd. Andreas Kistler (Frauenfeld), Dr méd. Isabelle Binet (Saint-Gall), Dr méd. Urs Odermatt (Lucerne), PD Dr méd. Patricia Hirt-Minkowski (Bâle), Dr méd. Florian Buchkremer (Aarau), PD Dr méd. Harald Seeger (Zurich), Dr méd. Reto Venzin (Coire), PD Dr méd. Dr sc. nat. Pietro Cippà (Lugano).

Au moins 4 des 11 centres de référence doivent confirmer l'indication. Si la demande concerne une garantie de prise en charge pour un enfant, l'indication doit être posée par au moins 1 pédiatre.

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

Poursuite du traitement

Comme confirmation du bénéfice thérapeutique du traitement au ravulizumab, il convient de documenter les résultats ci-dessous lors des demandes de garantie de prise en charge suivantes (6 mois après le début du traitement, puis une fois par an):

- a) Inhibition significative de la TMA médiée par le complément:
 - I. Augmentation ou normalisation de la numération plaquettaire
 - II. Augmentation ou normalisation des valeurs de l'hémoglobine ou de l'haptoglobine ainsi que baisse/normalisation de la valeur de la LDH comme indicateur, pas de mise en évidence de schistocytes (pas d'hémolyse microangiopathique active)
 - III. Mise en évidence de l'inhibition complète de l'activité terminale du complément
- b) Pas de nécessité de plasmathérapie pendant le traitement au ravulizumab
- c) Maintien ou amélioration des fonctions organiques. Pas de nouvelle complication organique en relation à des complications organiques associées à la TMA.

Dans le cas d'une réévaluation de la recommandation négative de la poursuite du traitement par le médecin conseil, celui-ci consulte un ou une expert(e) du Comité National d'Experts.

Tous les patients traités par ravulizumab doivent être consignés dans un registre.

L'indication pour le traitement et les contrôles des patients dans le cadre de la tenue du registre et de la garantie de prise en charge ne peut s'effectuer que dans les centres universitaires ou à l'hôpital cantonal d'Aarau, Coire, Lugano, Lucerne, Saint-Gall et Frauenfeld. Entre ces contrôles, le traitement par Ultomiris peut également s'effectuer sur place, à l'hôpital.

Le médecin traitant du centre envoie régulièrement les données nécessaires via l'outil Internet correspondant du Registre de Remboursement SHUa Soliris/Ultomiris Suisse (SSUaRR). L'OFSP peut contrôler les données à tout moment et reçoit tous les 12 mois un rapport sommaire.

Le centre a l'obligation de compléter, pour le registre Ultomiris, au moins les données caractéristiques suivantes pour les patients SHUa:

- 1) Données détaillées anonymisées concernant le patient avec l'indication de syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa), y compris l'année de naissance, le sexe et le poids du patient. Les patients ayant déjà été traités avec Ultomiris avant la mise en place du registre doivent y être consignés a posteriori.
- 2) Conformément à la fiche d'information professionnelle sur le médicament Swissmedic, tous les patients doivent recevoir, au moins deux semaines avant le début du traitement au ravulizumab, une vaccination contre la méningite à méningocoque ou, pendant au moins deux semaines après le début du traitement au ravulizumab, un traitement antibiotique. Une déclaration écrite de consentement éclairé du patient (ou de son représentant légal) doit être présente.
- 3) Avant le début du traitement au ravulizumab, la présence d'un SHUa doit être confirmée par un test de la shigatoxine (si nécessaire, si une infection entérohémorragique est suspectée), la valeur ADAMTS-13 (si cette valeur est déjà fournie au début du traitement), la numération plaquettaire, par les paramètres hémolytiques (taux d'hémoglobine, présence de schistocytes et/ou taux d'haptoglobine), paramètres rénaux (par ex., débit de filtration glomérulaire estimé (eGFR) ou taux de créatinine sérique), une biopsie rénale (si existante) et signes d'autres manifestations organiques systémiques (par ex., symptômes neurologiques, cardiaques et gastro-intestinaux). Ces caractéristiques des patients doivent être documentées dans le registre.
- 4) Les paramètres thérapeutiques (paramètres hématologiques, valeurs rénales, complications organiques systémiques, par exemple, événements neurologiques, cardiaques, pulmonaires, gastro-intestinaux et thromboemboliques ainsi que les échelles de qualité de vie), y compris la date de l'examen, doivent être renseignés et consignés 6 et 12 mois après le traitement. La posologie, la fréquence et l'observance thérapeutique sous Ultomiris doivent être saisies dans le registre. Après la première année de traitement, la collecte continue des données s'effectue une fois par an.
- 5) Si le traitement est interrompu, le suivi du patient doit s'effectuer pendant au moins trois mois afin de surveiller la sécurité, y compris en ce qui concerne les signes de TMA (LDH, créatinine sérique, numération plaquettaire et symptômes de lésions organiques, par exemple, maladie rénale, dyspnée et angine de poitrine).

Détermination du prix de la part du détaillant sur la base du prix de vente départ usine, plus une marge fixe de CHF40.00 en raison de la situation particulière du détaillant (pratiquement aucun intermédiaire, comme pour les préparations sanguines) plus TVA.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2023

Traitement des adultes, des enfants et des adolescents atteints du Syndrome Hémolytique et Urémique atypique (SHUa)

Ultomiris est utilisé pour le traitement des patients pesant 10 kg ou plus atteints du Syndrome Hémolytique et Urémique atypique (SHUa),

- qui n'ont pas été traités auparavant par des inhibiteurs du complément (patients naïfs d'inhibiteurs du complément) ou
- ayant reçu un traitement par l'eculizumab pendant au moins 3 mois et présentant des signes de réponse à l'eculizumab.

La preuve clinique de la réponse à l'eculizumab est définie comme suit : paramètres TMA stables, y compris la lactate déshydrogénase (LDH) < 1.5 × ULN, numération plaquettaire ≥ 150 000/μL et débit de filtration glomérulaire estimé (eGFR) > 30 ml/min/1,73 m².

En l'absence de réponse après un prétraitement par eculizumab, Ultomiris n'est pas remboursé.

Avant le début du traitement, une garantie de prise en charge par l'assurance maladie est nécessaire après discussion avec le médecin-conseil. La garantie de prise doit être renouvelée pour la première fois après 6 mois, puis chaque année.

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

Les observations ci-après caractérisent le SHUa et doivent être documentées dans la demande de garantie de prise en charge:

Triade classique d'anémie hémolytique microangiopathique, de thrombocytopenie et d'insuffisance rénale caractérisée par tous les facteurs suivants:

- I. Consommation plaquettaire excessive (définie comme une numération plaquettaire < 150 x 10⁹/l ou par une chute de la numération plaquettaire > 25% par rapport aux valeurs précédentes) ET
- II. Hémolyse (augmentation de la LDH et/ou mise en évidence de schistocytes et/ou modification de la concentration d'haptoglobine ou de la concentration d'hémoglobine) ET
- III. Indication du stade de l'insuffisance rénale (indication du classement en fonction de l'évolution (insuffisance rénale aiguë, ICD-10 code N17 ou insuffisance rénale chronique, ICD-10 Code N18) et indication du stade en fonction du taux de filtration glomérulaire (N18.1 – N18.4))

ET

Diagnostic SHUa confirmé par:

- I. Disintégrine et métalloprotéinase à motif thrombospondine de type 1, 13^{ème} membre (ADAMTS13)-niveau d'activité > 5% ET
- II. Négatif pour les E. coli productrices de shigatoxines (STEC) (en cas de suspicion d'E.coli entérohémorragiques),

ET

Exclusion de causes secondaires pour une microangiopathie thrombotique - médicament, infection (VIH, streptococcus pneumoniae), greffe (moelle osseuse, foie, poumon, cœur), déficit en cobalamine, lupus érythémateux, syndrome des anticorps antiphospholipides, sclérodermie, anticorps ou déficit ADAMTS13

ET

Un ou plusieurs des lésions organiques ou troubles fonctionnels suivants, en lien avec la TMA:

- I. Complication neurologique
- II. Complication gastro-intestinale
- III. Complication cardiovasculaire
- IV. Complication pulmonaire
- V. Autres complications (oculaires, cutanées, etc.)
- VI. Statut après greffe de rein à la suite d'un SHUa avéré

Dans le cas d'une réévaluation de la garantie de prise en charge après une recommandation négative du médecin-conseil, celui-ci consulte un ou une expert(e) du Comité National d'Experts. Si la demande concerne une garantie de prise en charge pour un enfant, il convient de consulter un pédiatre.

Le Comité d'Experts est composé des membres ci-dessous:

Dr méd. Fadi Haidar (Genève), Prof. Dr méd. Paloma Parvex (pédiatre)/Prof. Dr méd. Fadi Fakhouri (Lausanne), Dr méd. Sibylle Tschumi (pédiatre)/Prof. Dr méd. Uyen Huyn Do (Berne), PD Dr méd. Andreas Kistler (Frauenfeld), Dr méd. Isabelle Binet (Saint-Gall), Dr méd. Urs Odermatt (Lucerne), PD Dr méd. Patricia Hirt-Minkowski (Bâle), Dr méd. Florian Buchkremer (Aarau), PD Dr méd. Harald Seeger (Zurich), Dr méd. Reto Venzin (Coire), PD Dr méd. Dr sc. nat. Pietro Cippà (Lugano).

Au moins 4 des 11 centres de référence doivent confirmer l'indication. Si la demande concerne une garantie de prise en charge pour un enfant, l'indication doit être posée par au moins 1 pédiatre.

Poursuite du traitement

Comme confirmation du bénéfice thérapeutique du traitement au ravulizumab, il convient de documenter les résultats ci-dessous lors des demandes de garantie de prise en charge suivantes (6 mois après le début du traitement, puis une fois par an):

- a) Inhibition significative de la TMA médiée par le complément:
 - I. Augmentation ou normalisation de la numération plaquettaire
 - II. Augmentation ou normalisation des valeurs de l'hémoglobine ou de l'haptoglobine ainsi que baisse/normalisation de la valeur de la LDH comme indicateur, pas de mise en évidence de schistocytes (pas d'hémolyse microangiopathique active)
 - III. Mise en évidence de l'inhibition complète de l'activité terminale du complément
- b) Pas de nécessité de plasmathérapie pendant le traitement au ravulizumab
- c) Maintien ou amélioration des fonctions organiques. Pas de nouvelle complication organique en relation à des complications organiques associées à la TMA.

Dans le cas d'une réévaluation de la recommandation négative de la poursuite du traitement par le médecin conseil, celui-ci consulte un ou une expert(e) du Comité National d'Experts.

Tous les patients traités par ravulizumab doivent être consignés dans un registre.

L'indication pour le traitement et les contrôles des patients dans le cadre de la tenue du registre et de la garantie de prise en charge ne peut s'effectuer que dans les centres universitaires ou à l'hôpital cantonal d'Aarau, Coire, Lugano, Lucerne, Saint-Gall et Frauenfeld. Entre ces contrôles, le traitement par Ultomiris peut également s'effectuer sur place, à l'hôpital.

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

Le médecin traitant du centre envoie régulièrement les données nécessaires via l'outil Internet correspondant du Registre de Remboursement SHUa Soliris/Ultomiris Suisse (SSUaRR). L'OFSP peut contrôler les données à tout moment et reçoit tous les 12 mois un rapport sommaire.

Le centre a l'obligation de compléter, pour le registre Ultomiris, au moins les données caractéristiques suivantes pour les patients SHUa:

- 1) Données détaillées anonymisées concernant le patient avec l'indication de syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa), y compris l'année de naissance, le sexe et le poids du patient. Les patients ayant déjà été traités avec Ultomiris avant la mise en place du registre doivent y être consignés a posteriori.
- 2) Conformément à la fiche d'information professionnelle sur le médicament Swissmedic, tous les patients doivent recevoir, au moins deux semaines avant le début du traitement au ravulizumab, une vaccination contre la méningite à méningocoque ou, pendant au moins deux semaines après le début du traitement au ravulizumab, un traitement antibiotique. Une déclaration écrite de consentement éclairé du patient (ou de son représentant légal) doit être présente.
- 3) Avant le début du traitement au ravulizumab, la présence d'un SHUa doit être confirmée par un test de la shigatoxine (si nécessaire, si une infection entérohémorragique est suspectée), la valeur ADAMTS-13 (si cette valeur est déjà fournie au début du traitement), la numération plaquettaire, par les paramètres hémolytiques (taux d'hémoglobine, présence de schistocytes et/ou taux d'haptoglobine), paramètres rénaux (par ex., débit de filtration glomérulaire estimé (eGFR) ou taux de créatinine sérique), une biopsie rénale (si existante) et signes d'autres manifestations organiques systémiques (par ex., symptômes neurologiques, cardiaques et gastro-intestinaux). Ces caractéristiques des patients doivent être documentées dans le registre.
- 4) Les paramètres thérapeutiques (paramètres hématologiques, valeurs rénales, complications organiques systémiques, par exemple, événements neurologiques, cardiaques, pulmonaires, gastro-intestinaux et thromboemboliques ainsi que les échelles de qualité de vie), y compris la date de l'examen, doivent être renseignés et consignés 6 et 12 mois après le traitement. La posologie, la fréquence et l'observance thérapeutique sous Ultomiris doivent être saisies dans le registre. Après la première année de traitement, la collecte continue des données s'effectue une fois par an.
- 5) Si le traitement est interrompu, le suivi du patient doit s'effectuer pendant au moins trois mois afin de surveiller la sécurité, y compris en ce qui concerne les signes de TMA (LDH, créatinine sérique, numération plaquettaire et symptômes de lésions organiques, par exemple, maladie rénale, dyspnée et angine de poitrine).

Détermination du prix de la part du détaillant sur la base du prix de vente départ usine, plus une marge fixe de CHF40.00 en raison de la situation particulière du détaillant (pratiquement aucun intermédiaire, comme pour les préparations sanguines) plus TVA.

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

VI. Limitation de la nouvelle admission

BRAFTOVI	Pierre Fabre Pharma AG	071610			
caps 50 mg blist 28 pce			20874	780.20	665.32
caps 75 mg blist 42 pce			20874	1703.30	1496.97
caps 75 mg blist 168 pce			20874	6383.60	5987.88

Vieille limitation :

Uniquement en association avec binimétinib pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600.

Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Le traitement doit être approuvé 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 Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Mektovi achetée en association avec Braftovi un pourcentage de 38.60% sur le prix fabricant de chaque boîte de Mektovi (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.03.2024

Uniquement en association avec binimétinib pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600.

Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Le traitement doit être approuvé 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 Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Mektovi achetée en association avec Braftovi un pourcentage de 38.60% sur le prix fabricant de chaque boîte de Mektovi (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.

LENALIDOMID ACCORD	Accord Healthcare AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21398	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21398	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21398	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21398	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21398	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21398	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21398	2083.45	1843.58

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21398.01)

- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone (code d'indication: 21398.02)

- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques (code d'indication: 21398.03).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.05

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.06

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de LENALIDOMID ACCORD avec carfilzomib et la dexaméthasone

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LENALIDOMID ACCORD avec élotuzumab et la dexaméthasone

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

LENALIDOMID ACCORD est remboursé en association avec élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID ACCORD peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.08

Vieille limitation:

L'association de LENALIDOMID ACCORD avec ixazomib et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.09

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022

L'association de LENALIDOMID ACCORD avec ixazomib et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LENALIDOMID ACCORD avec le daratumumab et la dexaméthasone

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

Uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21398.10

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LENALIDOMID BMS	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21377	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21377	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21377	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21377	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21377	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21377	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21377	2083.45	1843.58

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisonne, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21377.01)
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone (code d'indication: 21377.02)
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques (code d'indication: 21377.03).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.05

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de LENALIDOMID BMS avec carfilzomib et la dexaméthasone

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LENALIDOMID BMS avec elotuzumab et la dexaméthasone

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

LENALIDOMID BMS est remboursé en association avec elotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID BMS peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

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

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

Vieille limitation:**L'association de LENALIDOMID BMS avec ixazomib et la dexaméthasone**

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022

L'association de LENALIDOMID BMS avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LENALIDOMID BMS avec le daratumumab et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21377.1

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LENALIDOMID SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21312	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21312	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21312	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21312	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21312	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21312	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21312	2083.45	1843.58

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisonne, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu' à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21312.01)
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone (code d'indication: 21312.02)
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques (code d'indication: 21312.03).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21312.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec carfilzomib et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21312.07

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

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec elotuzumab et la dexaméthasone

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

LENALIDOMID SANDOZ est remboursé en association avec élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID SANDOZ peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21312.08

Vieille limitation :

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec le daratumumab et la dexaméthasone

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

Uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21312.10

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LENALIDOMID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21384	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21384	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21384	1766.80	1554.87
caps 10 mg blist 21 pce			21384	1810.30	1594.53
caps 15 mg blist 21 pce			21384	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21384	1991.45	1759.71
caps 25 mg blist 21 pce			21384	2083.45	1843.57

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisonne, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21384.01)
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone (code d'indication: 21384.02)
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques (code d'indication: 21384.03).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21384.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de Lenalidomid Spirig avec carfilzomib et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21384.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de Lenalidomid Spirig avec elotuzumab et la dexaméthasone

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

LENALIDOMID Spirig est remboursé en association avec elotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID SPIRIG peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21384.08

Vieille limitation:

L'association de Lenalidomid Spirig avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022

L'association de Lenalidomid Spirig avec ixazomib et la dexaméthasone

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de Lenalidomid Spirig avec le daratumumab et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21384.10

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LENALIDOMID TEVA	Teva Pharma AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21379	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21379	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21379	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21379	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21379	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21379	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21379	2083.45	1843.58

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21379.01)
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone (code d'indication: 21379.02)
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myéodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques (code d'indication: 21379.03).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21379.05

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

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

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple qui ne peuvent pas être traités avec une greffe de cellules souches, en combinaison avec le bortezomib et la dexaméthasone. Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du LENALIDOMID-TEVA avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21379.06

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement d'entretien après une transplantation de cellules souches autologues

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21379.04

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21379.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

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

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

LENALIDOMID-TEVA est remboursé en association avec elotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par LENALIDOMID-TEVA peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

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

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

Vieille limitation :**L'association de LENALIDOMID-TEVA avec ixazomib et la dexaméthasone**

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LENALIDOMID-TEVA avec le daratumumab et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21379.1

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
LENALIDOMID ZENTIVA	Helvepharm AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21381	1679.80	1475.55
caps 5 mg blist 21 pce			21381	1723.30	1515.21
caps 7.5 mg blist 21 pce			21381	1766.80	1554.88
caps 10 mg blist 21 pce			21381	1810.30	1594.54
caps 15 mg blist 21 pce			21381	1899.50	1675.86
caps 20 mg blist 21 pce			21381	1991.45	1759.72
caps 25 mg blist 21 pce			21381	2083.45	1843.58

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à la progression ou l'intolérance (code d'indication: 21381.01)
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone (code d'indication: 21381.02)
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myéodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques (code d'indication: 21381.03).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

L'association de LENALIDOMID ZENTIVA avec carfilzomib et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21381.07

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2025

L'association de LENALIDOMID ZENTIVA avec elotuzumab et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21381.08

Vieille limitation:

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

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022

L'association de LENALIDOMID ZENTIVA avec ixazomib et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21381.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

L'association de LENALIDOMID ZENTIVA avec le daratumumab et la dexaméthasone

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

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21381.10

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

MEKTOVI

Pierre Fabre Pharma AG

071610

cpr pell 15 mg blist 84 pce

20875

2895.70

2585.05

cpr pell 15 mg blist 168 pce

20875

5545.35

5170.10

Vielle limitation :

Uniquement en association avec l'encorafenib pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600.

Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Le traitement doit être approuvé 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 Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Mektovi achetée en association avec Braftovi un pourcentage de 38.60% sur le prix fabricant de chaque boîte de Mektovi (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.03.2024

Uniquement en association avec l'encorafenib pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600.

Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Le traitement doit être approuvé 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 Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Mektovi achetée en association avec Braftovi un pourcentage de 38.60% sur le prix fabricant de chaque boîte de Mektovi (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.

PLENADREN

Takeda Pharma AG

070721

cpr ret 5 mg Ds 50 pce

20070

279.10

228.83

cpr ret 20 mg Ds 50 pce

20070

616.40

522.65

Vielle limitation :

Faisant suite à l'approbation des coûts par l'assurance-maladie après consultation préalable et approbation du médecin-conseil de l'assurance-maladie pour le traitement de l'insuffisance surrénalienne primaire. PLENADREN est utilisé pour traiter les patients présentant une insuffisance surrénalienne qui, sous traitement optimal conventionnel d'hydrocortisone (au moins 6 mois), présentent une insuffisance persistante, de la fatigue ou une mauvaise qualité de vie. Si l'endocrinologue ne constate aucune amélioration après 6 mois, le traitement par PLENADREN doit être arrêté.

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par PLENADREN ne peuvent être effectués que par un spécialiste en endocrinologie/diabétologie qui travaille dans un hôpital doté d'un centre d'endocrinologie/diabétologie. Ce centre doit être un centre de formation en matière d'endocrinologie/diabétologie de catégorie A ou B (<https://www.siwf-register.ch>).

Takeda Pharma AG remboursera à l'assurance-maladie auprès de laquelle le patient était assurée au moment de l'administration du traitement, un montant fixe du prix Exfactory pour chaque boîte de PLENADREN acheté.

Takeda Pharma AG informe l'assurance-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de vente en usine. La demande de remboursement doit être faite dès de le début de l'administration du traitement.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.03.2025

Faisant suite à l'approbation des coûts par l'assurance-maladie après consultation préalable et approbation du médecin-conseil de l'assurance-maladie pour le traitement de l'insuffisance surrénalienne primaire. PLENADREN est utilisé pour traiter les patients présentant une insuffisance surrénalienne qui, sous traitement optimal conventionnel d'hydrocortisone (au moins 6 mois), présentent une insuffisance persistante, de la fatigue ou une mauvaise qualité de vie. Si l'endocrinologue ne constate aucune amélioration après 6 mois, le traitement par PLENADREN doit être arrêté.

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par PLENADREN ne peuvent être effectués que par un spécialiste en endocrinologie/diabétologie qui travaille dans un hôpital doté d'un centre d'endocrinologie/diabétologie. Ce centre doit être un centre de formation en matière d'endocrinologie/diabétologie de catégorie A ou B (<https://www.siwf-register.ch>).

Takeda Pharma AG remboursera à l'assurance-maladie auprès de laquelle le patient était assurée au moment de l'administration du traitement, un montant fixe du prix Exfactory pour chaque boîte de PLENADREN acheté.

Takeda Pharma AG informe l'assurance-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de vente en usine. La demande de remboursement doit être faite dès de le début de l'administration du traitement.

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Bâle-Ville		9298905
		9814626
Berne		9713853
Zurich		8906536
		9849526-9849575

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

16/2022