



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Édition du 19 décembre 2022

Semaine

# OFSP-Bulletin 51/2022

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

La prise de décision partagée pour une utilisation appropriée des antibiotiques dans le domaine ambulatoire, p.8

Liste des spécialités, p.10

# Impressum

## ÉDITEUR

Office fédéral de la santé publique  
CH-3003 Berne (Suisse)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

## RÉDACTION

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

## IMPRESSION

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 50 00  
Fax 058 465 50 58  
[verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto: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](http://www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin)

# Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	7
Rapport hebdomadaire des affections grippales	7
La prise de décision partagée pour une utilisation appropriée des antibiotiques dans le domaine ambulatoire	8
Liste des spécialités	10
Vol d'ordonnances	67

# Déclarations des maladies infectieuses

## Situation à la fin de la 49<sup>e</sup> semaine (13.12.2022)<sup>a</sup>

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

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

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

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

<sup>e</sup> 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.

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

<sup>g</sup> 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.

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

### Maladies infectieuses:

#### Situation à la fin de la 49<sup>e</sup> semaine (13.12.2022)<sup>a</sup>

	Semaine 49			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
<b>Transmission respiratoire</b>												
<b>Haemophilus influenzae: maladie invasive</b>	4 2.40	2 1.20	1 0.60	11 1.60	14 2.10	4 0.60	120 1.40	76 0.90	86 1.00	112 1.40	73 0.90	78 1.00
<b>Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers<sup>b</sup></b>	1039 615.50	27 16.00	2 1.20	1942 287.60	68 10.10	5 0.80	14146 161.20	128 1.50	11669 134.00	13801 166.80	122 1.50	11338 138.20
<b>Légionellose</b>	8 4.70	12 7.10	6 3.60	53 7.80	40 5.90	22 3.30	671 7.60	662 7.50	469 5.40	634 7.70	640 7.70	450 5.50
<b>Méningocoques: maladie invasive</b>						1 0.20	13 0.20	8 0.09	24 0.30	12 0.20	7 0.08	19 0.20
<b>Pneumocoques: maladie invasive</b>	33 19.60	17 10.10	5 3.00	95 14.10	62 9.20	31 4.60	681 7.80	485 5.50	584 6.70	645 7.80	463 5.60	532 6.50
<b>Rougeole</b>									44 0.50			37 0.40
<b>Rubéole<sup>c</sup></b>												
<b>Rubéole, materno-fœtale<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberculose</b>	4 2.40	4 2.40	4 2.40	19 2.80	21 3.10	19 2.80	373 4.20	359 4.10	365 4.20	347 4.20	334 4.00	340 4.10
<b>Transmission féco-orale</b>												
<b>Campylobactériose</b>	126 74.60	110 65.20	93 55.50	517 76.60	476 70.50	356 53.10	7756 88.40	6644 75.70	6087 69.90	7327 88.60	6310 76.30	5759 70.20
<b>Hépatite A</b>	1 0.60	2 1.20	2 1.20	2 0.30	6 0.90	5 0.80	49 0.60	49 0.60	76 0.90	48 0.60	48 0.60	67 0.80
<b>Hépatite E</b>	5 3.00	2 1.20	1 0.60	7 1.00	8 1.20	4 0.60	77 0.90	166 1.90	76 0.90	73 0.90	164 2.00	67 0.80
<b>Infection à E. coli entérohémorragique</b>	21 12.40	18 10.70	13 7.80	100 14.80	76 11.30	48 7.20	1221 13.90	931 10.60	717 8.20	1179 14.20	904 10.90	675 8.20
<b>Listériose</b>	2 1.20		1 0.60	4 0.60	6 0.90	4 0.60	77 0.90	34 0.40	56 0.60	75 0.90	31 0.40	55 0.70
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>					1 0.20		9 0.10	2 0.02	12 0.10	9 0.10	2 0.02	11 0.10
<b>Salmonellose, autres</b>	8 4.70	13 7.70	22 13.10	98 14.50	74 11.00	81 12.10	1849 21.10	1513 17.20	1238 14.20	1809 21.90	1456 17.60	1181 14.40
<b>Shigellose</b>	4 2.40	3 1.80		22 3.30	9 1.30	1 0.20	186 2.10	98 1.10	62 0.70	184 2.20	96 1.20	55 0.70

	Semaine 49			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
<b>Transmission par du sang ou sexuelle</b>												
Chlamydirose	313 185.40	284 168.20	293 174.90	1092 161.70	1083 160.40	998 149.00	12842 146.30	12074 137.60	11277 129.50	12237 147.90	11577 140.00	10619 129.40
Gonorrhée <sup>e</sup>	144 85.30	100 59.20	79 47.20	466 69.00	375 55.50	327 48.80	5129 58.40	4010 45.70	3485 40.00	4875 58.90	3833 46.30	3280 40.00
Hépatite B, aiguë			1 0.60		2 0.30	3 0.40	24 0.30	27 0.30	26 0.30	23 0.30	26 0.30	22 0.30
Hépatite B, total déclarations	29	18	24	101	88	90	1130	1022	960	1082	984	885
Hépatite C, aiguë		1 0.60	2 1.20		2 0.30	2 0.30	9 0.10	12 0.10	17 0.20	8 0.10	12 0.20	17 0.20
Hépatite C, total déclarations	38	18	23	97	78	75	1070	959	904	1029	921	854
Infection à VIH	8 4.70	9 5.30	15 9.00	24 3.60	39 5.80	27 4.00	338 3.80	335 3.80	285 3.30	327 4.00	317 3.80	260 3.20
Sida		1 0.60	1 0.60		4 0.60	5 0.80	36 0.40	49 0.60	53 0.60	35 0.40	48 0.60	50 0.60
Syphilis, stades précoces <sup>f</sup>	12 7.10	13 7.70	8 4.80	41 6.10	63 9.30	39 5.80	751 8.60	674 7.70	620 7.10	705 8.50	644 7.80	577 7.00
Syphilis, total <sup>g</sup>	13 7.70	19 11.30	13 7.80	49 7.30	93 13.80	63 9.40	996 11.40	902 10.30	843 9.70	930 11.20	862 10.40	784 9.60
<b>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</b>												
Brucellose							5 0.06	6 0.07	4 0.05	5 0.06	6 0.07	3 0.04
Chikungunya					1 0.20		4 0.05	6 0.07	11 0.10	4 0.05	6 0.07	11 0.10
Dengue		1 0.60		9 1.30	4 0.60	1 0.20	96 1.10	24 0.30	92 1.10	94 1.10	24 0.30	77 0.90
Encéphalite à tiques	1 0.60	1 0.60	1 0.60	20 3.00	8 1.20	14 2.10	394 4.50	284 3.20	450 5.20	392 4.70	283 3.40	450 5.50
Fièvre du Nil occidental									1 0.01			1 0.01
Fièvre jaune												
Fièvre Q		3 1.80	1 0.60	5 0.70	7 1.00	3 0.40	89 1.00	104 1.20	55 0.60	81 1.00	100 1.20	51 0.60
Infection à Hantavirus								6 0.07			6 0.07	
<b>Infection à virus Zika</b>												
Paludisme	1 0.60	2 1.20	1 0.60	19 2.80	9 1.30	6 0.90	321 3.70	247 2.80	132 1.50	306 3.70	237 2.90	118 1.40
Trichinellose							5 0.06	2 0.02	3 0.03	5 0.06	1 0.01	3 0.04
Tularémie	1 0.60	3 1.80	3 1.80	4 0.60	12 1.80	19 2.80	113 1.30	239 2.70	122 1.40	108 1.30	235 2.80	115 1.40
<b>Autres déclarations</b>												
Botulisme							1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Diphthérie <sup>h</sup>		1 0.60		8 1.20	1 0.20		69 0.80	4 0.05	3 0.03	69 0.80	4 0.05	3 0.04
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		1 0.60		1 0.20	2 0.30	1 0.20	27 0.30	27 0.30	19 0.20	23 0.30	24 0.30	19 0.20
Tétanos												

Coronavirus

**VOICI COMMENT  
NOUS PROTÉGER:**



**Vivement  
recommandé  
aux personnes  
dès 65 ans**

# LE RAPPEL, POUR MIEUX SE PROTÉGER

Pour obtenir une meilleure protection contre une forme grave du COVID-19 en automne et en hiver, la vaccination de rappel est recommandée en particulier aux personnes de 65 ans et plus, aux femmes enceintes et en cas d'antécédents. Le rappel est aussi ouvert à tout le monde, dès 16 ans.

[ofsp-coronavirus.ch/vaccination](https://ofsp-coronavirus.ch/vaccination)

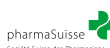


Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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

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



# Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 9.12.2022 et incidence pour 1000 consultations (N/10<sup>3</sup>)  
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	46		47		48		49		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1	0.5	0.1
Piqûre de tiques	3	0.2	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1
Borréliose de Lyme	1	0.1	1	0.1	3	0.2	2	0.2	1.8	0.2
Herpès zoster	7	0.5	7	0.5	11	0.8	8	0.7	8.3	0.6
Néuralgies post-zostériennes	1	0.1	1	0.1	0	0	1	0.1	0.8	0.1
Médecins déclarants	161		160		156		148		156.3	

## Rapport hebdomadaire des affections grippales

Le rapport hebdomadaire sur la grippe se fait par voie électronique et est disponible à l'adresse : [www.bag.admin.ch/rapport-grippe](http://www.bag.admin.ch/rapport-grippe)



# La prise de décision partagée pour une utilisation appropriée des antibiotiques dans le domaine ambulatoire

L'utilisation adéquate et parcimonieuse des antibiotiques limite le risque de voir se propager des antibiorésistances. Dans le cadre de la Stratégie Antibiorésistance (StAR), et avec l'appui de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Institut bernois de médecine de famille (BIHAM) a développé des outils permettant une prise de décision participative concernant la remise d'antibiotiques. Ces outils visent à aider les médecins de famille et les pédiatres à optimiser leurs pratiques en matière de prescription.

## UTILISATION D'ANTIBIOTIQUES DANS LE DOMAINE AMBULATOIRE

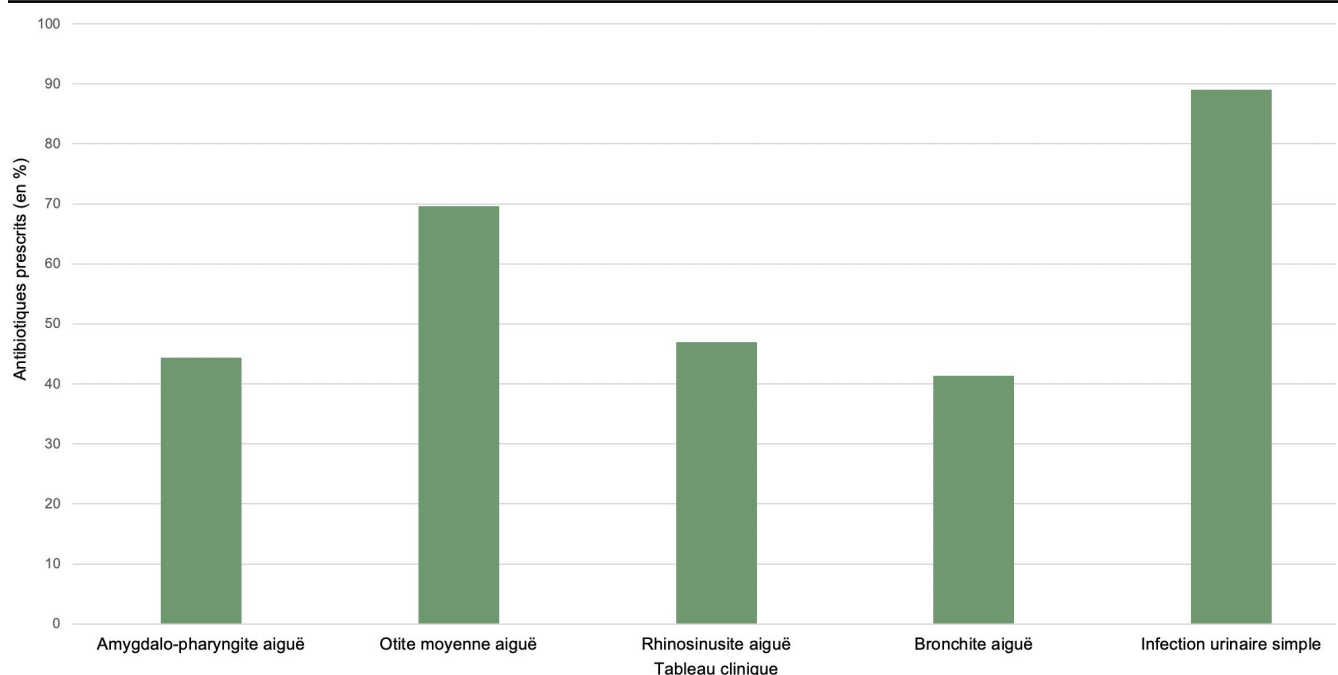
En médecine humaine, environ 85 pour cent des antibiotiques sont actuellement prescrits dans le secteur ambulatoire. Avant tout par les médecins de famille et les pédiatres. Or, l'analyse des pratiques de prescription montre qu'il est nécessaire d'opti-

miser encore l'utilisation des antibiotiques. Les équipes de recherche du BIHAM estiment qu'environ la moitié des prescriptions sont inutiles, car elles concernent des infections virales ou autolimitées. Par exemple, des antibiotiques continuent d'être prescrits à de nombreux patients atteints d'une bronchite aiguë, alors qu'ils n'ont aucun effet sur la réussite du traitement.

Figure 1

### Fréquence des prescriptions d'antibiotiques en fonction du tableau clinique

Fréquence des prescriptions d'antibiotiques pour différentes indications importantes (en %). Ces infections sont souvent autolimitées, raison pour laquelle des antibiotiques ne sont généralement pas nécessaires. D'après le réseau européen de surveillance de la consommation d'antimicrobiens (*ESAC-Net*), des antibiotiques devraient être prescrits seulement dans 20 % au plus des cas d'amygdalite, d'otite moyenne ou de rhinosinusite.



Glinz et al. (2018), Bulletin des médecins suisses, sur la base d'une étude réalisée auprès de médecins ayant un taux élevé de prescriptions d'antibiotiques



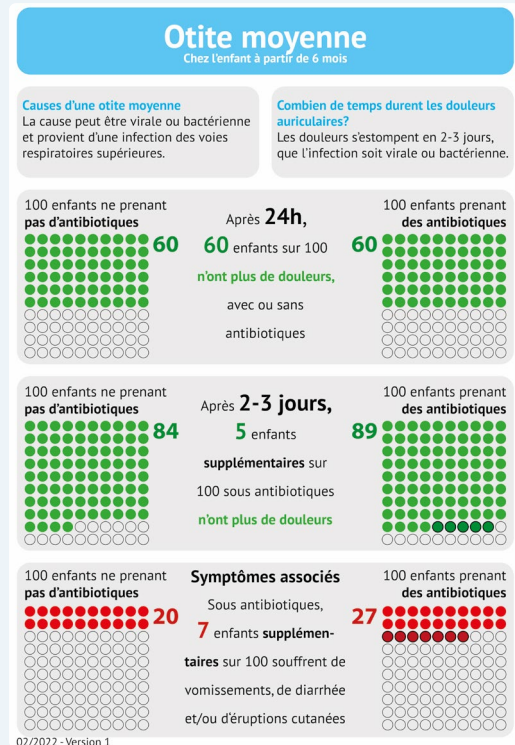
## Aides à la décision concernant la remise d'antibiotiques

L'Institut bernois de médecine de famille (BIHAM) met des outils à la disposition des médecins de premier recours du secteur ambulatoire, en français, en allemand et en anglais. Ces outils visent à les aider à décider conjointement avec leurs patients si un traitement antibiotique est judicieux ou non.

Ils couvrent actuellement les indications suivantes :

- Otite moyenne (*Otitis media*)
- Maux de gorge aigus (*Tonsillopharyngitis*)
- Infection urinaire simple.

Une fiche de deux pages résumant les principales informations scientifiques est disponible pour chacune d'elles, de même qu'un document d'une page destiné aux consultations et illustrant les avantages et les inconvénients d'un traitement avec ou sans antibiotiques. Ces outils peuvent tout particulièrement fournir des pistes de réflexion et une aide à la formation dans le cadre des cercles de qualité. Ils sont disponibles sur le site [Internet du BIHAM](#).



Ces prescriptions inutiles ont des conséquences négatives tant sur les patients que sur la santé publique. En effet, plus la consommation d'antibiotiques est élevée, plus il y a de risque que des bactéries résistantes se propagent et que des patients soient contaminés par des souches résistantes.

### L'INNOVATION RÉCOMPENSÉE

Une équipe de recherche du BIHAM s'est fixé pour objectif d'améliorer la situation. Avec son [projet](#), elle entendait répondre à la question suivante : comment réduire les prescriptions inutiles d'antibiotiques et ainsi limiter la formation d'antibiorésistances ? Intitulé « Décisions participatives pour un traitement conforme aux directives des maladies infectieuses autolimitées dans les cabinets de médecine générale suisses : une nouvelle approche pour réduire les prescriptions excessives d'antibiotiques », le projet développé à cette fin par l'équipe a été distingué cette année par la fondation pour la recherche de la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG) pour sa contribution innovante à la réduction des prescriptions inutiles d'antibiotiques en Suisse. Si ce projet est novateur, c'est qu'il associe les patients dans le cadre d'un processus de prise de décision partagée. Cette approche permet d'accroître la satisfaction des patients, qui acceptent aussi davantage l'absence de traitement en cas d'infection autolimitée.

Pendant les deux ans qu'a duré le développement, l'adéquation de ces outils avec la pratique a été testée dans trois cabinets de médecins de famille de Medbase et MediX à Berne. Les outils ont ainsi été élaborés dans le cadre d'une approche participative, puisqu'ils sont le fruit des travaux d'un groupe interprofessionnel réunissant des chercheurs, des médecins de famille, des patients et des spécialistes en épidémiologie et en infectiologie.

Les médecins de famille associés au projet utilisaient ces outils au quotidien et ont pu formuler des observations constructives qui ont permis de les améliorer progressivement.

### DES OUTILS POUR LES MÉDECINS DE FAMILLE ET LES PÉDIATRES

Les outils issus de ce projet de recherche sont à la disposition de tous les médecins de premier recours du secteur ambulatoire. Ils sont publiés sur le site Internet du BIHAM et peuvent être utilisés aussi bien pour les consultations que dans les cercles de qualité. Ils seront étendus à d'autres diagnostics au cours des prochaines années. Voir l'encadré pour des informations détaillées sur ces outils.

#### Contact

Office fédéral de la santé publique  
Unité de direction Prévention et services de santé  
Division Maladies transmissibles  
Tél. 058 463 87 08  
[star@bag.admin.ch](mailto:star@bag.admin.ch)

#### Références

1. Deborah Holzer, Adrian Rohrbassert et al (2021): Primary care physicians in quality circles can use evidence-based summaries and shared decision-making instruments to reduce antibiotic pre-scription for the most common infections, lowering the rate of anti-biotic resistance. [University of Berne.](#)
2. Deborah Holzer, Adrian Rohrbassert et al (2021): Development of tools to implement shared decision-making for guideline-recommended antibiotic prescriptions in primary healthcare physician practices in Switzerland. [University of Berne.](#)
3. Dominik Glinz (2018): Verbesserungspotential beim Antibiotikaeinsatz. [SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG 2018; 99\(45\): 1591-1593](#)

## Liste des spécialités :

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

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

Valable à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2022

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
<b>I. Nouvelle admissions des préparations</b>					
01.01.10		<b>PARACETAMOL ZENTIVA</b> (Paracetamolium)	Helvepharm AG		
	21542	cpr 500 mg 20 pce Fr. 2.60 (1.40)		68375001	01.12.2022, D
	21542	cpr 500 mg 100 pce Fr. 14.95 (5.90)		68375002	01.12.2022, B
	21542	cpr 1000 mg 20 pce Fr. 6.80 (2.34)		68375003	01.12.2022, B
	21542	cpr 1000 mg 40 pce Fr. 8.85 (4.12)		68375004	01.12.2022, B
	21542	cpr 1000 mg 100 pce Fr. 19.30 (9.68)		68375005	01.12.2022, B
01.08		<b>ONGENTYS</b> (Opicaponium)	Bial SA		
	20994	caps 50 mg 30 pce Fr. 162.55 (127.32)		66547001	01.10.2020, B
	20994	caps 50 mg 90 pce Fr. 454.85 (381.94)		66547002	01.12.2022, B
01.99 G		<b>FINGOLIMOD VIATRIS</b> (Fingolimodum)	Mylan Pharma GmbH		
	21528	caps 0.5 mg blist 28 pce Fr. 453.25 (380.52)		68601001	01.12.2022, B
	21528	caps 0.5 mg blist 98 pce Fr. 1522.20 (1331.83)		68601002	01.12.2022, B
Traitement de la sclérose en plaques (SEP) récurrente-rémittente chez l'adulte. Première prescription par un neurologue.					
02.05.20		<b>EMERADE</b> (Adrenalinum)	Bausch & Lomb Swiss AG		
	21537	sol inj 300 mcg/0.3 ml stylo pré 1 pce Fr. 68.70 (45.56)		67620003	01.12.2022, B
	21537	sol inj 500 mcg/0.5 ml stylo pré 1 pce Fr. 68.70 (45.56)		67620005	01.12.2022, B
02.07.20 G		<b>AMLODIPIN VALSARTAN HCT VIATRIS</b> (Amlodipinum, Valsartanum, Hydrochlorothiazidum)	Mylan Pharma GmbH		
	21534	cpr pell 5/160/12.5 blist 28 pce Fr. 34.30 (15.58)		68872001	01.12.2022, B
	21534	cpr pell 5/160/12.5 blist 98 pce Fr. 78.90 (54.45)		68872002	01.12.2022, B
	21534	cpr pell 5/160/25 blist 28 pce Fr. 34.30 (15.58)		68872005	01.12.2022, B
	21534	cpr pell 5/160/25 blist 98 pce Fr. 78.90 (54.45)		68872006	01.12.2022, B
	21534	cpr pell 10/160/12.5 blist 28 pce Fr. 34.30 (15.58)		68872003	01.12.2022, B
	21534	cpr pell 10/160/12.5 blist 98 pce Fr. 78.90 (54.45)		68872004	01.12.2022, B
	21534	cpr pell 10/160/25 blist 28 pce Fr. 34.30 (15.58)		68872007	01.12.2022, B
	21534	cpr pell 10/160/25 blist 98 pce Fr. 78.90 (54.45)		68872008	01.12.2022, B
Le traitement combiné d'AMLODIPIN VALSARTAN HCT VIATRIS et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06 et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA ne sera pas remboursé par l'assurance de base.					

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
04.99		<b>OCALIVA</b> (Acidum obeticholicum)	Advanz Pharma Specialty Medicine Switzerland GmbH		
	20733	cpr pell 5 mg 30 pce Fr. 3108.65 (2792.83)		66530001	01.12.2022, B
	20733	cpr pell 10 mg 30 pce Fr. 3108.65 (2792.83)		66530002	01.12.2022, B

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2025

Ocaliva est indiqué pour le traitement de la cholangite biliaire primitive (CBP) sans cirrhose ou avec cirrhose compensée sans signes d'hypertension portale en association avec l'acide ursodésoxycholique (AUDC) chez les adultes présentant une réponse insuffisante à l'AUDC (phosphatases alcalines  $\geq 1,67 \times$  LSN et/ou valeur globale de bilirubine  $> 1 \times$  LSN, toutefois  $< 2 \times$  LSN) ou en monothérapie chez les adultes qui ne tolèrent pas l'AUDC.

Le traitement avec Ocaliva ne peut être poursuivi que si les phosphatases alcalines ont, par rapport à la valeur de référence,

- baissé 1 mois après le début de traitement
- baissé de  $\geq 10\%$  et ce, 3 mois après le début du traitement,
- baissé de  $\geq 20\%$  et ce, 12 mois après le début du traitement.

Seul un gastroentérologue est autorisé à prescrire le médicament.

Uniquement après l'accord préalable de prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil. Pour une prolongation du traitement après 12 mois, un accord de prise en charge est à nouveau nécessaire.

La titulaire de l'autorisation Advanz Pharma Specialty Medicine Switzerland GmbH, rembourse à l'assurance maladie, auprès de laquelle la personne assurée était assurée au moment de la remise, à la première demande de celle-ci, pour chaque boîte d'Ocaliva achetée, une part définie du prix de fabrique. Elle communique le montant du remboursement à l'assurance maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit avoir lieu à compter du moment de l'administration.

05.02		<b>ELMIRON</b> (Natrii pentosanpolysulfas)	Curatis AG		
	20980	caps 100 mg bte 90 pce Fr. 545.65 (461.02)		67306001	01.12.2022, B

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2025

Après accord préalable de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, pour le traitement symptomatique de douleurs/sensations désagréables/sensations de pression persistantes ou récurrentes, ressenties comme étant liées à la vessie et accompagnées de symptômes du bas appareil urinaire (pollakiurie (10x/jour) ou besoin impérieux dû à des douleurs, des sensations de pression ou des paresthésies sans crainte d'incontinence) dans le cadre du syndrome de la vessie douloureuse (BPS) chez l'adulte d'une durée de plus de 3 mois, pour autant que:

- l'initiation du traitement après exclusion d'une IU ou d'autres causes identifiables par un médecin spécialiste en urologie ou en gynécologie spécialisée en urogynécologie
- des lésions de Hunner et/ou des glomérulations ont été mises en évidence par cystoscopie
- la maladie n'a pas répondu aux traitements oraux tels que les analgésiques classiques et neuropathiques, les anticholinergiques, les antihistaminiques et les approches classiques non médicamenteuses ou si ces derniers ne sont pas indiqués de l'avis du médecin spécialiste traitant
- il n'y a pas de traitement simultané avec des instillations dans la vessie.

Si aucune amélioration n'est visible après 6 mois de traitement, il convient de passer à une autre thérapie plus appropriée. En cas de réponse, le traitement doit être réévalué tous les 3 à 6 mois.

07.10.10 G		<b>ETORICOXIB SANDOZ</b> (Etoricoxibum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21462	cpr pell 30 mg blist 28 pce Fr. 28.35 (13.99)		67853001	01.12.2022, B
	21462	cpr pell 60 mg blist 7 pce Fr. 14.55 (5.55)		67853002	01.12.2022, B
	21462	cpr pell 60 mg blist 28 pce Fr. 41.90 (22.21)		67853003	01.12.2022, B

Pour le traitement symptomatique des inflammations et des douleurs chez les patients souffrant d'arthrose.

07.15		<b>BIMZELX</b> (Bimekizumabum)	UCB-Pharma SA		
	21476	sol inj 160 mg/ml ser pré 2 ser pré 1 ml Fr. 2412.30 (2143.41)		68548002	01.12.2022, B
	21477	sol inj 160 mg/ml stylo pré 2 stylo pré 1 ml Fr. 2412.30 (2143.41)		68612002	01.12.2022, B

#### Psoriasis en plaque

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque à une dose de 320 mg aux semaines 0, 4, 8, 12, 16 puis toutes les 8 semaines, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine).

Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement.

La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou appartenant aux hôpitaux universitaires/poli-cliniques spécialisés en dermatologie.

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10 G		<b>DASATINIB ZENTIVA</b> (Dasatinibum)	Helvepharm AG		
	21540	cpr pell 20 mg blist 60 pce Fr. 984.55 (843.33)		68256001	01.12.2022, A
	21540	cpr pell 50 mg blist 60 pce Fr. 2109.80 (1867.63)		68256002	01.12.2022, A
	21540	cpr pell 70 mg blist 60 pce Fr. 2109.80 (1867.63)		68256003	01.12.2022, A
	21540	cpr pell 100 mg blist 30 pce Fr. 2166.65 (1919.45)		68256004	01.12.2022, A
Cpr pell 100 mg: Ce dosage est exclu pour le traitement de patients souffrant de leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie (LMC à Ph+) en phase accélérée ou en crise blastique.					
Cpr pell 20 mg, 50 mg, 70 mg, 100 mg: Pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique à chromosome de Philadelphie (LMC Ph+) en phase chronique nouvellement diagnostiquée.					
Traitement de la leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie (LMC Ph+) en phase chronique lors de progression ou de résistance sous traitement par l'imatinib à dose optimale, en phase accélérée ou en crise blastique lors de progression ou de résistance à l'imatinib.					
Traitement des patients souffrant de leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie (LMC Ph+) en phase chronique, en phase accélérée ou en crise blastique, lors de toxicité significative sous traitement par l'imatinib.					
07.16.10 G		<b>DASATINIB-TEVA</b> (Dasatinibum)	Teva Pharma AG		
	21535	cpr pell 20 mg blist 60 pce Fr. 984.55 (843.33)		67100011	01.12.2022, A
	21535	cpr pell 50 mg blist 60 pce Fr. 2109.80 (1867.63)		67100012	01.12.2022, A
	21535	cpr pell 70 mg blist 60 pce Fr. 2109.80 (1867.63)		67100013	01.12.2022, A
	21535	cpr pell 100 mg blist 30 pce Fr. 2166.65 (1919.45)		67100009	01.12.2022, A
Cpr pell 100 mg: Ce dosage est exclu pour le traitement de patients souffrant de leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie (LMC à Ph+) en phase accélérée ou en crise blastique.					
Cpr pell 20 mg, 50 mg, 70 mg, 100 mg: Pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique à chromosome de Philadelphie (LMC Ph+) en phase chronique nouvellement diagnostiquée.					
Traitement de la leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie (LMC Ph+) en phase chronique lors de progression ou de résistance sous traitement par l'imatinib à dose optimale, en phase accélérée ou en crise blastique lors de progression ou de résistance à l'imatinib.					
Traitement des patients souffrant de leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie (LMC Ph+) en phase chronique, en phase accélérée ou en crise blastique, lors de toxicité significative sous traitement par l'imatinib.					
07.16.10 G		<b>DÉCITABINE SANDOZ</b> (Decitabinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21512	subst sèche 50 mg flac 1 pce Fr. 998.45 (855.44)		68233001	01.12.2022, A
Pour le traitement de patients adultes atteints de leucémie myéloïde aiguë (LMA), pour lesquels une chimiothérapie intensive et/ou une greffe de cellules souches ne peuvent pas être envisagées.					
Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025					
<b>Association de DÉCITABINE SANDOZ au vénétoclax</b>					
Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin conseil.					
DÉCITABINE SANDOZ est remboursé en association avec le vénétoclax (VENCLYXTO) pour des patients adultes chez qui une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été nouvellement diagnostiquée (naïfs de traitement) et chez qui une chimiothérapie intensive n'est pas envisageable. Les patients atteints de leucémie promyélocytaire aiguë (LPA) sont exclus.					
Le traitement est remboursé jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une toxicité inacceptable.					
Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21512.01					
07.16.10		<b>MINJUVI</b> (Tafasitamabum)	Incyte Biosciences International Sàrl		
	21401	subst sèche 200 mg flac 1 pce Fr. 965.70 (826.90)		68083001	01.12.2022, A
Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024					
<b>Lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL) en rechute ou réfractaire en association avec le lénalidomide</b>					
Avant le début du traitement, une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie doit être obtenue après consultation du médecin conseil.					
MINJUVI est remboursé en association avec le lénalidomide, puis en monothérapie, chez les patients adultes pour le traitement d'un lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL) en rechute ou réfractaire après au moins une ligne de traitement systémique à base d'anticorps ciblant le CD20, qui ne sont pas éligibles à une autogreffe de cellules souches (AGCS).					
Le traitement par MINJUVI est remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable.					
Des modèles de prix existent pour MINJUVI. Dès la première demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation, restitué à cette dernière une part déterminée du prix de fabrication pour chaque emballage de MINJUVI acheté. Le montant de la restitution doit être communiqué à l'assurance-maladie. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette part du prix de fabrication. La demande de restitution doit être faite rapidement après l'administration.					
Les génériques de lénalidomide sont économiques en association avec MINJUVI sans restitution pour les génériques. Pour la préparation originale à base de lénalidomide, une restitution est également fixée dans la limitation respective.					
Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 21401.01					

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		<b>PADCEV</b> (Enfortumabum vedotinum)	Astellas Pharma AG		
	21478	subst sèche 20 mg flac 1 pce Fr. 798.45 (681.24)		68291001	01.12.2022, A
	21478	subst sèche 30 mg flac 1 pce Fr. 1189.05 (1028.09)		68291002	01.12.2022, A

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2024

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

PADCEV est indiqué en monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'un carcinome urothélial localement avancé ou métastatique (CUM) qui ont été traités par une chimiothérapie à base de platine dans le cadre d'un traitement néoadjuvant/adjuvant, d'une maladie localement avancée ou métastatique et qui ont présenté une progression ou une rechute de la maladie pendant ou après le traitement par un inhibiteur du récepteur de mort cellulaire programmée-1 (PD-1) ou du ligand de mort cellulaire programmée-1 (PD-L1).

Le traitement par PADCEV se poursuit jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable.

Un modèle de prix existe pour PADCEV. Le titulaire de l'autorisation Astellas Pharma SA en informera l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament, dès la première demande de l'assurance.

Astellas Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament, dès la première demande de l'assurance, une part fixe du prix de fabrique pour chaque emballage remis de PADCEV. Le titulaire de l'autorisation informe l'assureur-maladie du montant du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21478.

08.06 G		<b>ANIDULAFUNGIN ACCORD</b> (Anidulafunginum)	Accord Healthcare AG		
	21538	subst sèche 100 mg flac 1 pce Fr. 455.45 (382.45)		68357001	01.12.2022, A

Traitement des candidémies et des formes invasives de la candidose chez les patients adultes récemment exposés à un azolé (par ex. fluconazole). Ne convient pas au traitement des infections à Aspergillus.

16.00		<b>VELTASSA</b> (Patiromerum)	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd		
	20709	pdr 8.4 g sach 30 pce Fr. 240.40 (195.13)		66411001	01.08.2020, B
	20709	pdr 16.8 g sach 30 pce Fr. 240.40 (195.13)		66411002	01.08.2020, B

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

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

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

## II. Autres emballages et dosages

01.08		<b>ONGENTYS</b> (Opicaponum)	Bial SA		
	20994	caps 50 mg 90 pce Fr. 454.85 (381.94)		66547002	01.12.2022, B
52.97 K		<b>REZIRKANE</b> (Ginkgonis extractum siccum raffinatum et quantificatum)	Zeller Medical AG Pflanzliche Heilmittel		
	<sup>L1</sup> 20273	cpr pell 240 mg 90 pce Fr. 106.60 (78.57)		62948006	01.12.2022, B

Prescription limitée au maximum à: 240 points (pour la durée de trois mois)

<sup>L1</sup> Prescription limitée au maximum à: 240 points (pour la durée de trois mois)

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
<b>III. Préparations/emballages radiés</b>					
02.01.10		<b>DIGOXINE JUVISÉ</b> (Digoxinum)	Medius AG		
	8959	cpr 0.125 mg blist 100 pce Fr. 7.10 (2.60)		26728002	01.12.2022, B
	8959	cpr 0.250 mg blist 100 pce Fr. 8.80 (4.12)		26728001	01.12.2022, B
02.07.10		<b>VENTAVIS</b> (Iloprostum)	Bayer (Schweiz) AG		
	17938	sol inhal 20 mcg/2 ml 10x 30 pce Fr. 10064.60 (9579.11)		56213008	01.12.2022, B
03.02		<b>RHINATHIOL</b> (Carbocisteinum)	Opella Healthcare Switzerland AG		
	18101	sirop enf sans sucre fl 125 ml Fr. 6.45 (3.49)		56169002	01.12.2022, D
06.03.30		<b>FRAGMIN</b> (Dalteparinum natricum)	Pfizer AG		
	15523	sol inj 10000 U/ml 10 amp 1 ml Fr. 85.75 (60.42)		47249066	01.12.2022, B
07.15		<b>SKYRIZI</b> (Risankizumabum)	AbbVie AG		
	20922	sol inj 75 mg/0.83 ml 2 ser pré 0.83 ml Fr. 3622.10 (3293.76)		66944001	01.12.2022, B
07.99 G		<b>ALENDRON D3-MEPHA CPR HEBDOMA</b> (Acidum alendronicum, Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Mepha Pharma AG		
	20324	cpr 70/2800 4 pce Fr. 25.65 (11.61)		65131001	01.12.2022, B
	20324	cpr 70/2800 12 pce Fr. 54.80 (33.43)		65131002	01.12.2022, B
	20324	cpr 70/5600 4 pce Fr. 25.65 (11.61)		65131003	01.12.2022, B
	20324	cpr 70/5600 12 pce Fr. 54.80 (33.43)		65131004	01.12.2022, B
08.01.80 G		<b>LEVOFLOXACIN-MEPHA</b> (Levofloxacinum)	Mepha Pharma AG		
	19503	lactabs 250 mg 5 pce Fr. 15.70 (6.53)		60115007	01.12.2022, A
	19503	lactabs 250 mg 7 pce Fr. 18.10 (8.61)		60115008	01.12.2022, A
	19503	lactabs 250 mg 10 pce Fr. 25.50 (11.52)		60115009	01.12.2022, A
	19503	lactabs 500 mg 5 pce Fr. 19.50 (9.83)		60115010	01.12.2022, A
	19503	lactabs 500 mg 7 pce Fr. 27.15 (12.93)		60115011	01.12.2022, A
	19503	lactabs 500 mg 10 pce Fr. 36.30 (17.33)		60115012	01.12.2022, A

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
08.09		<b>GAMMANORM</b> (Immunoglobulinum humanum normale)	Octapharma AG		
	18656	sol inj 1 g/6 ml 10 flac Fr. 785.10 (669.58)		00701017	01.12.2022, B
	18656	sol inj 1.65 g/10 ml 1 flac Fr. 129.10 (98.17)		00701010	01.12.2022, B
	18656	sol inj 1.65 g/10 ml 10 flac Fr. 1138.15 (981.67)		00701011	01.12.2022, B
	18656	sol inj 2 g/12 ml 1 flac 12 ml Fr. 170.15 (133.92)		00701019	01.12.2022, B
	18656	sol inj 2 g/12 ml 10 flac 12 ml Fr. 1530.20 (1339.16)		00701020	01.12.2022, B
	18656	sol inj 3.3 g/20 ml 10 flac Fr. 2214.80 (1963.34)		00701014	01.12.2022, B
	18656	sol inj 4 g/24 ml 10 flac 24 ml Fr. 2991.25 (2678.31)		00701023	01.12.2022, B
	18656	sol inj 8 g/48 ml 10 flac Fr. 5736.55 (5356.62)		00701026	01.12.2022, B
11.08.20		<b>LACRYVISC</b> (Carbomerum 974 P)	Alcon Switzerland SA		
	16426	gel opht 10 g Fr. 5.85 (3.16)		49954034	01.12.2022, D
11.08.20		<b>LACRYVISC SE</b> (Carbomerum 974 P)	Alcon Switzerland SA		
	17345	gel opht 20x0.500 g Fr. 9.70 (5.27)		54944039	01.12.2022, D
	17345	gel opht 50x0.500 g Fr. 21.70 (11.76)		54944047	01.12.2022, D

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>IV. Réduction de prix</b>					
<b>IV.a. Mutation de prix 1 année après l'introduction dans LS</b>					
<b>CALQUENCE</b> caps 100 mg blist 60 pce	AstraZeneca AG	071610	21177	5238.25	4870.48
<b>KESIMPTA</b> sol inj 20 mg/0.4 ml stylo pré 0.4 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	019900	21187	1391.40	1212.56
<b>IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans</b>					
<b>ABACAVIR LAMIVUDINE SANDOZ</b> cpr pell 600/300 mg blist 30 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20759	301.60	248.42
<b>ABACAVIR-LAMIVUDIN-MEPHA</b> Lactab 600/300 mg blist 30 pce	Mepha Pharma AG	080300	20836	301.60	248.42
<b>ACCUPRO 10</b> cpr pell 10 mg 100 pce	Pfizer AG	020710	15578	35.15	16.33
<b>ACCUPRO 20</b> cpr pell 20 mg 100 pce	Pfizer AG	020710	15578	47.10	26.76
<b>ACÉTYLCYSTÉINE ZENTIVA</b> cpr eff 200 mg 30 pce cpr eff 600 mg 10 pce	Helvepharm AG	030200	18037 18037	5.25 5.80	2.84 3.14
<b>ACULAR</b> gtt oph 5 ml	AbbVie AG	110630	16868	9.55	4.75
<b>ACYCLOVIR-MEPHA</b> cpr 200 mg 25 pce cpr 400 mg 30 pce cpr 400 mg 70 pce cpr 800 mg 35 pce	Mepha Pharma AG	080300	16831 16831 16831 16831	20.65 40.85 71.00 65.00	10.83 21.31 47.58 42.35
<b>ADCIRCA</b> cpr pell 20 mg 56 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	020710	19838	596.85	505.60
<b>ADEMPAS</b> cpr pell 0.500 mg 42 pce cpr pell 1 mg 42 pce cpr pell 1 mg 84 pce cpr pell 1.500 mg 42 pce cpr pell 1.500 mg 84 pce cpr pell 2 mg 42 pce cpr pell 2 mg 84 pce cpr pell 2.500 mg 42 pce cpr pell 2.500 mg 84 pce	Bayer (Schweiz) AG	020710	20163 20163 20163 20163 20163 20163 20163 20163 20163	1474.85 1474.85 2887.75 1474.85 2887.75 1474.85 2887.75 1474.85 2887.75	1288.67 1288.67 2577.34 1288.67 2577.34 1288.67 2577.34 1288.67 2577.34
<b>ALMOGRAN</b> cpr pell 12.500 mg 9 pce cpr pell 12.500 mg 12 pce	Almirall AG	020510	18410 18410	54.45 64.80	33.16 42.14
<b>ALVESCO</b> aéros doseur 80 mcg 120 dos aéros doseur 160 mcg 120 dos	Covis Pharma GmbH	030440	18489 18489	39.75 45.60	20.33 25.45
<b>AMBISOME</b> subst sèche 50 mg flac 1 pce subst sèche 50 mg flac 10 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080600	17605 17605	172.80 1555.70	136.24 1362.40
<b>AMBRISANTAN DEVATIS</b> cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 10 mg 30 pce	Devatis AG	020710	21319 21319	1147.90 1147.90	990.57 990.57



PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>AMBRISENTAN-MEPHA</b> Lactab 5 mg blist 30 pce Lactab 10 mg blist 30 pce	Mepha Pharma AG	020710	21191 21191	1147.90 1147.90	990.57 990.57
<b>AMLODIPINE AXAPHARM</b> cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce cpr 10 mg 30 pce cpr 10 mg 100 pce	Axapharm AG	020610	18996 18996 18996 18996	18.45 36.90 26.35 60.95	8.94 17.86 12.25 38.82
<b>AMLODIPIN PFIZER</b> cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce cpr 10 mg 30 pce cpr 10 mg 100 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020610	19169 19169 19169 19169	15.35 36.90 18.55 56.75	6.24 17.86 9.02 35.16
<b>AMLODIPINE SANDOZ ECO</b> cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce cpr 10 mg 30 pce cpr 10 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020610	18281 18281 18281 18281	15.70 36.90 18.80 56.75	6.53 17.86 9.22 35.16
<b>AMLODIPINE SPIRIG HC</b> cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce cpr 10 mg 30 pce cpr 10 mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	020610	20085 20085 20085 20085	15.75 36.90 18.80 56.75	6.56 17.86 9.23 35.16
<b>AMLODIPIN ZENTIVA</b> cpr 5 mg blist 30 pce cpr 5 mg blist 100 pce cpr 10 mg blist 30 pce cpr 10 mg blist 100 pce	Helvepharm AG	020610	18132 18132 18132 18132	16.10 36.90 20.30 56.40	6.89 17.86 10.55 34.85
<b>AMLODIPINE-MEPHA 10</b> cpr 10 mg 30 pce cpr 10 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	020610	18133 18133	18.80 56.75	9.23 35.16
<b>AMLODIPINE-MEPHA 5</b> cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	020610	18133 18133	15.70 36.90	6.53 17.86
<b>AMPHO-MORONAL</b> susp 10% 24 ml	Dermapharm AG	080600	12061	18.15	8.68
<b>ANORO ELLIPTA</b> pdr inh 55mcg/22mcg 30 dos pdr inh 55mcg/22mcg 3 x 30 doses	GlaxoSmithKline AG	030430	20196 20196	67.45 169.60	44.48 133.45
<b>ARLEVERT</b> cpr 20 pce cpr 50 pce cpr 100 pce	Zambon Switzerland Ltd	020620	19353 19353 19353	9.75 25.35 39.70	4.91 11.36 20.29
<b>ARTEOPTIC LA</b> gtt opht 2% fl 3 ml gtt opht 2% 3 fl 3 ml	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma	110900	17741 17741	14.00 27.15	5.05 12.93
<b>ARTEOPTIC LA UD</b> gtt opht 2% 30 unidos 0.200 ml	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma	110900	17954	16.75	7.45

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>ATACAND PLUS</b> cpr 8/12.5 mg 28 pce cpr 8/12.5 mg 98 pce cpr 16/12.5 mg 28 pce cpr 16/12.5 mg 98 pce cpr 32/12.5 mg 28 pce cpr 32/12.5 mg 98 pce cpr 32/25 mg 28 pce cpr 32/25 mg 98 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	020720	17323 17323 17323 17323 17323 17323 17323 17323	19.50 53.35 26.30 65.35 37.05 84.40 37.05 84.40	9.85 32.20 12.21 42.62 17.99 59.24 17.99 59.24
<b>ATAZANAVIR-MEPHA</b> caps 200 mg blist 60 pce caps 300 mg bte 30 pce	Mepha Pharma AG	080300	20927 20927	422.45 422.45	353.72 353.72
<b>ATOVAQUONE PLUS SPIRIG HC</b> cpr pell 250/100 12 pce	Spirig HealthCare AG	080410	20279	39.70	20.30
<b>ATOVAQUON-PROGUANIL-MEPHA</b> cpr pell 250/100 blist 12 pce	Mepha Pharma AG	080410	21346	39.70	20.30
<b>ATROVENT</b> sol inhal 250 mcg/2 ml 60 monodos 2 ml	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	16371	36.30	17.33
<b>ATROVENT N</b> aéros doseur 10 ml	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	17777	19.15	9.52
<b>AVALOX</b> cpr pell 400 mg 5 pce cpr pell 400 mg 7 pce cpr pell 400 mg 10 pce	Bayer (Schweiz) AG	080180	17482 17482 17482	36.20 44.15 51.30	17.26 24.16 30.42
<b>AVAMYS</b> spray nasal 27.500 mcg/dose 120 dos	GlaxoSmithKline AG	120230	18658	18.25	8.77
<b>AXOTIDE 100 DISKUS MULTIDOSE</b> pdr inh 100 mcg 60 dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16458	17.05	7.73
<b>AXOTIDE 125</b> aéros doseur 125 mcg sans-CFC 120 dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16930	35.75	16.87
<b>AXOTIDE 250</b> aéros doseur 250 mcg sans-CFC 120 dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16930	47.20	26.84
<b>AXOTIDE 250 DISKUS MULTIDOSE</b> pdr inh 250 mcg 60 dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16458	35.75	16.87
<b>AXOTIDE 50</b> aéros doseur 50 mcg sans-CFC 120 dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16215	17.05	7.73
<b>AXOTIDE 500 DISKUS MULTIDOSE</b> pdr inh 500 mcg 60 dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16458	47.20	26.84
<b>AZOPT</b> susp opht 5 ml susp opht 3x 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110900	17487 17487	19.65 45.55	9.96 25.41
<b>BECLO ORION EASYHALER</b> pdr inh 0.200 mg 200 dos	Orion Pharma AG	030440	17224	49.45	28.79
<b>BELOC ZOK 100</b> cpr ret 100 mg 30 pce cpr ret 100 mg 100 pce	Recordati AG	020300	16049 16049	15.85 38.25	6.66 19.05
<b>BELOC ZOK 200</b> cpr ret 200 mg 30 pce cpr ret 200 mg 100 pce	Recordati AG	020300	16049 16049	17.85 44.15	8.41 24.17

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>BELOC ZOK 25</b> cpr ret 25 mg 30 pce cpr ret 25 mg 100 pce	Recordati AG	020300	16049 16049	7.35 17.55	2.83 8.14
<b>BELOC ZOK 50</b> cpr ret 50 mg 30 pce cpr ret 50 mg 100 pce	Recordati AG	020300	16049 16049	9.45 28.45	4.65 14.06
<b>BETADINE OVULES VAGINAUX</b> ovule 14 pce	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	090300	16730	17.35	7.99
<b>BETASERC</b> gouttes 8 mg/ml 120 ml	Mylan Pharma GmbH	020440	16894	17.30	7.92
<b>BETOPTIC S</b> gtt opht 5 ml gtt opht 3x 5 ml	Medius AG	110900	16501 16501	14.00 27.10	5.05 12.89
<b>BILOL</b> cpr pell 2.500 mg 30 pce cpr pell 2.500 mg 100 pce cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 100 pce cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020300	17570 17570 17570 17570 17570 17570	7.25 16.40 9.10 26.15 17.20 41.85	2.74 7.13 4.37 12.05 7.82 22.15
<b>BILOL COMP</b> cpr pell 5/12.5 mg 30 pce cpr pell 5/12.5 mg 100 pce cpr pell 10/25 mg 30 pce cpr pell 10/25 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720	18284 18284 18284 18284	8.85 25.95 16.00 40.75	4.13 11.89 6.79 21.20
<b>BISOPROLOL HELVEPHARM</b> cpr 2.500 mg 30 pce cpr 2.500 mg 100 pce cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce cpr 10 mg 30 pce cpr 10 mg 100 pce	Helvepharm AG	020300	20178 20178 20178 20178 20178 20178	7.25 16.30 9.10 26.15 17.20 41.85	2.75 7.04 4.37 12.05 7.82 22.15
<b>BISOPROLOL NOBEL</b> cpr pell 2.5 mg blist 30 pce cpr pell 2.5 mg blist 100 pce cpr pell 5 mg blist 30 pce cpr pell 5 mg blist 100 pce cpr pell 10 mg blist 30 pce cpr pell 10 mg blist 100 pce	NOBEL Pharma Schweiz AG	020300	21297 21297 21297 21297 21297 21297	7.25 16.30 9.10 26.15 17.20 41.85	2.74 7.04 4.37 12.05 7.82 22.15
<b>BISOPROLOL SPIRIG HC</b> cpr 2.5 mg blist 30 pce cpr 2.5 mg blist 100 pce cpr 5 mg blist 30 pce cpr 5 mg blist 100 pce cpr 10 mg blist 30 pce cpr 10 mg blist 100 pce	Spirig HealthCare AG	020300	21034 21034 21034 21034 21034 21034	7.25 16.30 9.10 26.15 17.20 41.85	2.74 7.04 4.37 12.05 7.82 22.15
<b>BISOPROLOL-HCT-MEPHA</b> lactabs 5/12.5 mg 30 pce lactabs 5/12.5 mg 100 pce lactabs 10/25 mg 30 pce lactabs 10/25 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	020720	20136 20136 20136 20136	8.85 25.95 16.00 40.75	4.13 11.89 6.79 21.20

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>BISOPROLOL-MEPHA</b> cpr 2.500 mg 30 pce cpr 2.500 mg 100 pce cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce cpr 10 mg 30 pce cpr 10 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	020300	20137 20137 20137 20137 20137 20137	7.25 16.40 9.10 26.15 17.20 41.85	2.74 7.13 4.37 12.05 7.82 22.15
<b>BLOPRESS PLUS</b> cpr 8/12.5 mg 28 pce cpr 8/12.5 mg 98 pce cpr 16/12.5 mg 28 pce cpr 16/12.5 mg 98 pce cpr 32/12.5 mg 28 pce cpr 32/12.5 mg 98 pce cpr 32/25 mg 28 pce cpr 32/25 mg 98 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	020720	17458 17458 17458 17458 17458 17458 17458 17458	18.05 48.50 20.35 58.90 29.45 73.90 34.40 74.35	8.56 27.96 10.60 37.00 14.92 50.07 15.68 50.48
<b>BOOSTRIX POLIO</b> susp inj ser prê 1 pce	GlaxoSmithKline AG	080800	18073	44.95	24.86
<b>BOSENTAN-MEPHA</b> cpr pell 62.5 mg 56 pce cpr pell 125 mg 56 pce	Mepha Pharma AG	020710	20675 20675	969.05 969.05	829.85 829.85
<b>BRAMITOB</b> sol inhal 300 mg/4 ml 56 amp 4 ml	Chiesi SA	030500	19000	2543.40	2262.98
<b>BRICANYL TURBUHALER</b> pdr inh 0.500 mg 120 dos	AstraZeneca AG	030430	15330	16.35	7.09
<b>BRINAVESS</b> conc perf 500 mg/25 ml flac 25 ml	Curatis AG	020200	19451	496.35	418.07
<b>BRIVEX</b> cpr 125 mg 7 pce	A. Menarini GmbH	080300	17905	86.30	60.90
<b>CANCIDAS</b> subst sèche 50 mg flac 1 pce subst sèche 70 mg flac 1 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080600	17802 17802	510.75 644.90	430.63 547.48
<b>CANSARTAN-MEPHA PLUS</b> cpr 8/12.5 28 pce cpr 8/12.5 98 pce cpr 16/12.5 28 pce cpr 16/12.5 98 pce cpr 32/12.5 28 pce cpr 32/12.5 98 pce cpr 32/25 28 pce cpr 32/25 98 pce	Mepha Pharma AG	020720	20009 20009 20009 20009 20009 20009 20009 20009	16.55 43.70 18.55 52.50 19.50 53.55 19.50 53.55	7.27 23.77 9.01 31.45 9.84 32.37 9.84 32.37
<b>CARDURA CR</b> cpr pell 4 mg 30 pce cpr pell 4 mg 100 pce cpr pell 8 mg 100 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020710	17412 17412 17412	20.40 54.25 71.85	10.62 32.97 48.28
<b>CARVÉDILOL SANDOZ</b> cpr 6.250 mg 14 pce cpr 12.500 mg 30 pce cpr 12.500 mg 100 pce cpr 25 mg 30 pce cpr 25 mg 100 pce cpr 50 mg 30 pce cpr 50 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020710	18413 18413 18413 18413 18413 18413 18413	5.15 16.80 36.85 25.55 55.80 36.80 92.45	0.91 7.48 17.81 11.53 34.34 17.75 66.23

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>CARVÉDILOL SPIRIG HC</b> cpr 3.125 mg 30 pce cpr 6.250 mg 30 pce cpr 12.500 mg 30 pce cpr 12.500 mg 100 pce cpr 12.500 mg blist 105 pce cpr 25 mg 30 pce cpr 25 mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	020710	18461 18461 18461 18461 18461 18461 18461	6.55 6.55 16.70 36.75 37.75 25.60 55.80	2.13 2.13 7.42 17.71 18.58 11.59 34.34
<b>CARVEDILOL ZENTIVA</b> cpr 6.250 mg blist 14 pce cpr 12.500 mg blist 30 pce cpr 12.500 mg blist 100 pce cpr 25 mg blist 30 pce cpr 25 mg blist 100 pce	Helvepharm AG	020710	18511 18511 18511 18511 18511	5.25 16.70 36.20 25.15 55.80	1.00 7.41 17.25 11.18 34.34
<b>CARVÉDILOL-MEPHA</b> cpr 3.125 mg 30 pce cpr 6.250 mg 30 pce cpr 12.500 mg 30 pce cpr 12.500 mg 100 pce cpr 25 mg 30 pce cpr 25 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	020710	18460 18460 18460 18460 18460 18460	6.55 6.55 16.75 36.85 25.55 55.80	2.14 2.14 7.46 17.81 11.53 34.34
<b>CAYSTON</b> subst sèche 75 mg c solv flac 84 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080125	19428	2986.85	2674.00
<b>CIPROXINE</b> sol perf 0.200 g fl 100 ml susp 5 g/100 ml 100 ml susp 10 g/100 ml 100 ml	Bayer (Schweiz) AG	080180	16572 16827 16827	19.95 61.40 96.40	10.25 39.22 69.70
<b>CLARITHROMYCINE SANDOZ</b> cpr pell 250 mg 14 pce cpr pell 250 mg 20 pce cpr pell 500 mg 14 pce cpr pell 500 mg 20 pce susp 125 mg/5 ml 100 ml susp 250 mg/5 ml 100 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	080160	18355 18355 18355 18355 18356 18356	19.70 26.60 33.85 43.80 15.05 19.65	10.01 12.47 15.18 23.88 5.98 9.98
<b>CLARITHROMYCINE SPIRIG HC</b> cpr pell 250 mg 14 pce cpr pell 250 mg 20 pce cpr pell 500 mg 14 pce cpr pell 500 mg 20 pce	Spirig HealthCare AG	080160	21072 21072 21072 21072	18.90 26.50 33.85 42.95	9.30 12.39 15.18 23.13
<b>CLARITHROMYCINE-MEPHA</b> Lactab 250 mg blist 14 pce Lactab 250 mg blist 20 pce Lactab 500 mg blist 14 pce Lactab 500 mg blist 20 pce Lactab 500 mg 30 pce susp 125 mg/5 ml fl 100 ml susp 250 mg/5 ml fl 100 ml	Mepha Pharma AG	080160	18197 18197 18197 18197 18197 18233 18233	18.90 26.50 33.85 41.25 53.30 14.50 19.65	9.30 12.38 15.18 21.66 32.13 5.48 9.98
<b>CLAROMYCINE</b> susp 125 mg/5 ml 100 ml	Spirig HealthCare AG	080160	18428	15.00	5.93
<b>CLAROMYCINE FORTE</b> susp 250 mg/5 ml 100 ml	Spirig HealthCare AG	080160	18428	19.65	9.98

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>CO LATANOPROST PFIZER</b> gtt opht 2.500 ml gtt opht 3x2.500 ml	Pfizer PFE Switzerland GmbH	110900	19598 19598	26.55 58.30	12.42 36.51
<b>CO-DIOVAN</b> cpr pell 80/12.5 mg 28 pce cpr pell 80/12.5 mg 98 pce cpr pell 160/12.5 mg 28 pce cpr pell 160/12.5 mg 98 pce cpr pell 160/25 mg 28 pce cpr pell 160/25 mg 98 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	020720	17048 17048 17048 17048 17048 17048	25.40 58.80 27.85 70.85 27.85 70.85	11.43 36.93 13.56 47.42 13.56 47.42
<b>CO-LOSARTAN SANDOZ</b> cpr pell 50/12.5 mg (ancien) 28 pce cpr pell 50/12.5 mg (ancien) 98 pce cpr pell 100/12.5 mg 28 pce cpr pell 100/12.5 mg 98 pce cpr pell 100/25 mg (ancien) 28 pce cpr pell 100/25 mg (ancien) 98 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720	19849 19849 19849 19849 19849 19849	19.95 54.25 26.90 67.35 26.90 67.35	10.22 32.97 12.73 44.39 12.73 44.39
<b>CO-LOSARTAN SPIRIG HC</b> cpr pell 50/12.5 mg 28 pce cpr pell 50/12.5 mg 98 pce cpr pell 100/12.5 mg 28 pce cpr pell 100/12.5 mg 98 pce cpr pell 100/25 mg 28 pce cpr pell 100/25 mg 98 pce	Spirig HealthCare AG	020720	19862 19862 19862 19862 19862 19862	19.85 54.25 26.90 67.40 26.90 67.40	10.16 32.97 12.70 44.42 12.70 44.42
<b>CONCOR</b> cpr laqués 2.500 mg 30 pce cpr laqués 2.500 mg 100 pce cpr laqués 5 mg 30 pce cpr laqués 5 mg 100 pce cpr laqués 10 mg 30 pce cpr laqués 10 mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	020300	15017 15017 15017 15017 15017 15017	7.95 19.10 15.00 34.85 20.00 50.30	3.36 9.51 5.92 16.06 10.29 29.52
<b>CO-OLMÉSARTAN SPIRIG HC</b> cpr pell 20/12.5 mg 30 pce cpr pell 20/12.5 mg 100 pce cpr pell 20/25 mg 30 pce cpr pell 20/25 mg 100 pce cpr pell 40/12.5 mg 30 pce cpr pell 40/12.5 mg 100 pce cpr pell 40/25 mg 30 pce cpr pell 40/25 mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	020720	20649 20649 20649 20649 20649 20649 20649 20649	28.05 63.30 28.05 63.30 36.50 76.25 36.50 76.25	13.74 40.86 13.74 40.86 17.53 52.13 17.53 52.13
<b>CORVATON</b> cpr 2 mg 30 pce cpr 2 mg 100 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	020440	14212 14212	7.20 15.35	2.71 6.24
<b>CORVATON FORTE</b> cpr 4 mg 30 pce cpr 4 mg 100 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	020440	14212 14212	7.50 17.90	2.96 8.44
<b>COSAAR PLUS</b> cpr pell 50/12.5 28 pce cpr pell 50/12.5 98 pce cpr pell 100/12.5 28 pce cpr pell 100/12.5 98 pce cpr pell 100/25 28 pce cpr pell 100/25 98 pce	Organon GmbH	020720	16761 16761 16761 16761 16761 16761	26.10 60.95 29.50 76.35 29.50 76.35	12.02 38.79 14.98 52.23 14.98 52.23

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>COSYREL</b>	Servier (Suisse) SA	020720			
cpr pell 5 mg/5 mg 30 pce			20570	24.95	11.03
cpr pell 5 mg/5 mg 90 pce			20570	48.70	28.12
cpr pell 5 mg/10 mg 30 pce			20570	27.30	13.06
cpr pell 5 mg/10 mg 90 pce			20570	54.60	33.29
cpr pell 10 mg/5 mg 30 pce			20570	27.60	13.31
cpr pell 10 mg/5 mg 90 pce			20570	55.75	34.27
cpr pell 10 mg/10 mg 30 pce			20570	34.00	15.34
cpr pell 10 mg/10 mg 90 pce			20570	61.30	39.12
<b>CO-TELMISARTAN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720			
cpr pell 80/12.5 28 pce			20421	27.50	13.25
cpr pell 80/12.5 98 pce			20421	69.20	46.00
cpr pell 80/25 28 pce			20421	27.80	13.51
cpr pell 80/25 98 pce			20421	70.25	46.90
<b>CO-TELMISARTAN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	020720			
cpr 80/12.5 28 pce			20606	27.50	13.25
cpr 80/12.5 98 pce			20606	69.20	46.00
cpr 80/25 28 pce			20606	27.80	13.51
cpr 80/25 98 pce			20606	70.25	46.90
<b>CO-VALSARTAN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720			
cpr pell 80/12.5 28 pce			19444	19.35	9.71
cpr pell 80/12.5 98 pce			19444	52.45	31.40
cpr pell 160/12.5 28 pce			19444	25.55	11.53
cpr pell 160/12.5 98 pce			19444	62.70	40.31
cpr pell 160/25 28 pce			19444	25.55	11.53
cpr pell 160/25 98 pce			19444	62.70	40.31
<b>CO-VALTAN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	020720			
cpr pell 80/12.5 mg 28 pce			19584	19.35	9.71
cpr pell 80/12.5 mg 98 pce			19584	52.45	31.40
cpr pell 160/12.5 mg 28 pce			19584	25.55	11.53
cpr pell 160/12.5 mg 98 pce			19584	62.70	40.31
cpr pell 160/25 mg 28 pce			19584	25.55	11.53
cpr pell 160/25 mg 98 pce			19584	62.70	40.31
<b>COVERAM</b>	Servier (Suisse) SA	020720			
cpr 5/5 mg 30 pce			19114	34.25	15.53
cpr 5/5 mg 90 pce			19114	63.30	40.84
cpr 10/5 mg 30 pce			19114	34.25	15.53
cpr 10/5 mg 90 pce			19114	63.30	40.84
cpr 5/10 mg 30 pce			19114	34.25	15.53
cpr 5/10 mg 90 pce			19114	63.30	40.84
cpr 10/10 mg 30 pce			19114	34.25	15.53
cpr 10/10 mg 90 pce			19114	63.30	40.84
<b>COVERSUM N</b>	Servier (Suisse) SA	020710			
cpr pell 5 mg 30 pce			18462	25.95	11.91
cpr pell 5 mg 90 pce			18462	53.35	32.19
cpr pell 10 mg 30 pce			18462	28.45	14.05
cpr pell 10 mg 90 pce			18462	60.30	38.25

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>COVERSUM N COMBI</b> cpr pell 2.5/0.625 mg 30 pce cpr pell 2.5/0.625 mg 90 pce cpr pell 5/1.25 mg 30 pce cpr pell 5/1.25 mg 90 pce cpr pell 10/2.5 mg 30 pce cpr pell 10/2.5 mg 90 pce	Servier (Suisse) SA	020720	19190 19190 19190 19190 19452 19452	26.35 52.20 25.40 49.80 39.75 76.00	12.24 31.20 11.40 29.08 20.36 51.93
<b>CRESEMBA</b> caps 100 mg blist 14 pce	Basilea Pharmaceutica International AG, Allschwil	080600	20846	895.90	766.10
<b>DAKTARIN</b> gel 20 mg/g oral 40 g	Janssen-Cilag AG	080600	14049	7.90	3.32
<b>DAXAS</b> cpr pell 500 mcg 30 pce cpr pell 500 mcg 90 pce	AstraZeneca AG	030450	19760 19760	78.45 174.65	54.06 137.85
<b>DELSTRIGO</b> cpr pell 100/300/245 mg bte 30 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	20983	737.90	628.50
<b>DEPONIT 10</b> patchs mat 10 mg/24h 10 pce patchs mat 10 mg/24h 30 pce patchs mat 10 mg/24h 100 pce	Norgine AG	020410	14574 14574 14574	16.85 38.75 90.95	7.55 19.49 64.95
<b>DEPONIT 5</b> patchs mat 5 mg/24h 10 pce patchs mat 5 mg/24h 30 pce patchs mat 5 mg/24h 100 pce	Norgine AG	020410	14574 14574 14574	14.45 29.30 69.50	5.45 14.82 46.26
<b>DILATREND</b> cpr 6.250 mg 14 pce cpr 12.500 mg 30 pce cpr 12.500 mg 100 pce cpr 25 mg 30 pce cpr 25 mg 100 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	020710	16449 16449 16449 16449 16449	6.75 16.75 41.00 26.40 60.20	2.29 7.46 21.43 12.28 38.16
<b>DOXAZOSINE RETARD ZENTIVA</b> cpr pell ret 4 mg 28 pce (ancien) cpr pell ret 4 mg 98 pce (ancien) cpr pell ret 4 mg blist 28 pce cpr pell ret 4 mg blist 98 pce cpr pell ret 8 mg 28 pce (ancien) cpr pell ret 8 mg 98 pce (ancien) cpr pell ret 8 mg blist 28 pce cpr pell ret 8 mg blist 98 pce	Helvepharm AG	020710	18931 18931 18931 18931 18931 18931 18931 18931	18.45 49.80 18.45 49.80 25.60 65.30 25.60 65.30	8.92 29.08 8.92 29.08 11.58 42.59 11.58 42.59
<b>DOXYLAG</b> caps 100 mg 8 pce	Lagap SA	080150	13888	8.35	3.71
<b>DOXSOL 100</b> tabs 100 mg 8 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080150	15840	8.35	3.71
<b>DOXSOL 200</b> tabs 200 mg 8 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080150	15840	15.25	6.13
<b>DUOTRAV</b> gtt opht 2.500 ml gtt opht 3x2.500 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110900	18506 18506	29.45 65.35	14.95 42.62
<b>DYNAMUCIL</b> cpr eff 600 mg 10 pce gran 100 mg sach 30 pce gran 200 mg sach 20 pce gran 200 mg sach 30 pce	Siphar SA	030200	17324 16126 16126 16126	5.80 3.65 4.55 5.80	3.14 1.97 2.46 3.14



PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>ECOMUCYL SANDOZ</b> cpr eff 200 mg 30 pce cpr eff 600 mg 10 pce gran 100 mg sach 30 pce gran 200 mg sach 30 pce gran 200 mg sach 100 pce gran 600 mg sach 10 pce gran 600 mg sach 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	030200	16208 16208 15119 15119 15119 15119 15119	5.75 5.80 3.40 5.80 15.25 5.80 37.50	3.12 3.14 1.83 3.14 6.14 3.14 18.40
<b>EKLIRA GENUARI</b> pdr inh 60 dos pdr inh 3 x 60 doses	Covis Pharma GmbH	030430	20034 20034	59.40 135.25	37.46 103.54
<b>ELETRIPTAN AXAPHARM</b> cpr pell 40 mg 4 pce cpr pell 40 mg 6 pce cpr pell 40 mg 20 pce cpr pell 80 mg 6 pce cpr pell 80 mg 20 pce	Axapharm AG	020510	20579 20579 20579 20579 20579	27.15 36.45 78.70 36.45 78.70	12.93 17.46 54.25 17.46 54.25
<b>ELETRIPTAN PFIZER</b> cpr pell 40 mg 4 pce cpr pell 40 mg 6 pce cpr pell 40 mg 20 pce cpr pell 80 mg 6 pce cpr pell 80 mg 20 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020510	20422 20422 20422 20422 20422	27.15 36.45 78.70 36.45 78.70	12.93 17.45 54.25 17.45 54.25
<b>ELETRIPTAN-MEPHA</b> cpr pell 40 mg 4 pce cpr pell 40 mg 6 pce cpr pell 40 mg 20 pce cpr pell 80 mg 6 pce cpr pell 80 mg 20 pce	Mepha Pharma AG	020510	20450 20450 20450 20450 20450	27.15 36.45 78.70 36.45 78.70	12.93 17.46 54.25 17.46 54.25
<b>EMTRIVA</b> caps 200 mg 30 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	18072	250.45	203.88
<b>EXFORGE HCT</b> cpr pell 5 mg/160 mg/12.5 mg 28 pce cpr pell 5 mg/160 mg/12.5 mg 98 pce cpr pell 5 mg/160 mg/25 mg 28 pce cpr pell 5 mg/160 mg/25 mg 98 pce cpr pell 10 mg/160 mg/12.5 mg 28 pce cpr pell 10 mg/160 mg/12.5 mg 98 pce cpr pell 10 mg/160 mg/25 mg 28 pce cpr pell 10 mg/160 mg/25 mg 98 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	020720	19115 19115 19115 19115 19115 19115 19115 19115	41.65 104.65 41.65 104.65 41.65 104.65 41.65 104.65	21.99 76.88 21.99 76.88 21.99 76.88 21.99 76.88
<b>EYLEA</b> sol inj 2 mg/0.05 ml flac flac 1 pce sol inj 2 mg/0.05 ml seringue prête ser pré 1 pce	Bayer (Schweiz) AG	119900	19958 19958	987.50 987.50	845.90 845.90
<b>FAMVIR</b> cpr 125 mg 10 pce cpr 250 mg 15 pce cpr 500 mg 14 pce cpr 500 mg 21 pce cpr 500 mg 30 pce	Future Health Pharma GmbH	080300	16610 16610 16610 16610 16610	41.60 86.15 134.90 178.30 258.30	21.95 60.74 103.21 141.01 210.71

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>FAROS 300</b> drag 50 pce drag 100 pce	OM Pharma Suisse SA	529800	17114 17114	15.65 28.95	8.48 15.68
<b>FIRAZYR</b> sol inj 30 mg/3 ml ser prête 3 ml	Takeda Pharma AG	029900	19116	2081.90	1842.17
<b>FLAGYL</b> cpr pell 250 mg 20 pce cpr pell 500 mg 20 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080430	9151 9151	8.70 15.90	4.01 6.70
<b>FLAGYL TRICHOPAK</b> cpr pell 500 mg 4 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	090300	9151	5.85	1.51
<b>FLOXAL</b> gtt opht 0.300% 5 ml ong opht 0.300% 3 g	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma	110710	15978 15979	8.60 8.60	3.92 3.92
<b>FLOXAL UD</b> gtt opht 0.300% 30 unidos 0.500 ml	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma	110710	17655	16.10	6.87
<b>FLUOMIZIN</b> cpr vag 10 mg 6 pce	Medinova AG	090300	17790	18.80	9.24
<b>FLUTINASE POLYNEX</b> susp 28 monodos 0.400 ml	GlaxoSmithKline AG	120230	17394	25.80	11.74
<b>FML NEO LIQUIFILM</b> gtt opht 5 ml	AbbVie AG	110610	12168	8.75	4.07
<b>FORTAM</b> subst sèche 500 mg flac 1 pce subst sèche 1 g flac 1 pce subst sèche 2 g flac 1 pce	GlaxoSmithKline AG	080130	16569 16569 16569	14.25 19.30 35.60	5.29 9.69 16.73
<b>GLANDOSANE</b> spray aromatisé 50 ml spray neutre 50 ml	Helvepharm AG	129900	13952 13952	8.65 8.65	4.68 4.68
<b>GUTRON</b> cpr 2.500 mg 20 pce cpr 2.500 mg 50 pce gouttes 10 mg/ml 10 ml gouttes 10 mg/ml 20 ml	CPS Cito Pharma Services GmbH	020520	14916 14916 14917 14917	14.10 25.60 19.15 35.45	5.16 11.58 9.55 16.60
<b>HAVRIX 1440</b> susp inj ser prê 1 ml	GlaxoSmithKline AG	080800	18772	52.95	31.84
<b>HAVRIX 720</b> susp inj ser prê 0.500 ml	GlaxoSmithKline AG	080800	18811	42.20	22.48
<b>HEPATECT CP</b> sol inj 500 U/10 ml amp 10 ml sol inj 2000 U/40 ml flac 40 ml sol inj 5000 U/100 ml flac 100 ml	Biotest (Schweiz) AG	080900	16710 16710 16710	414.85 1584.15 3803.60	347.09 1388.34 3470.85
<b>ILOMEDIN</b> conc perf 20 mcg/ml i.v. amp 1 ml conc perf 50 mcg/2.5 ml i.v. amp 2.500 ml	Bayer (Schweiz) AG	020440	16519 16519	55.25 94.75	33.85 68.27
<b>IMIGRAN 10</b> spray nasal 10 mg 2x 1 doses	GlaxoSmithKline AG	020510	16751	29.30	14.81
<b>IMIGRAN 20</b> spray nasal 20 mg 2x 1 doses spray nasal 20 mg 6x 1 doses	GlaxoSmithKline AG	020510	16751 16751	37.55 68.05	18.43 45.00
<b>INCRUSE ELLIPTA</b> pdr inh 55 mcg 30 dos pdr inh 55 mcg 3x 30 doses	GlaxoSmithKline AG	030430	20268 20268	56.15 134.65	34.64 103.00

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>INDERAL</b> cpr 10 mg blist 50 pce cpr 40 mg blist 50 pce cpr 40 mg blist 150 pce	Atnahs Pharma Switzerland AG	020300	10847 10847 10847	5.40 7.95 18.10	1.15 3.34 8.63
<b>INFANRIX DTPA-IPV+HIB</b> susp inj ser prè 1 dos	GlaxoSmithKline AG	080800	17237	55.80	34.32
<b>INFANRIX HEXA</b> susp inj ser prè 1 dos	GlaxoSmithKline AG	080800	17615	75.70	51.66
<b>INHIBACE</b> cpr pell 5 mg 28 pce cpr pell 5 mg 100 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	020710	15704 15704	26.40 56.90	12.29 35.29
<b>INHIBACE MITE</b> cpr pell 2.500 mg 28 pce cpr pell 2.500 mg fl verre 100 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	020710	15704 15704	16.20 41.85	6.99 22.19
<b>INTELENCE</b> cpr 200 mg 60 pce	Janssen-Cilag AG	080300	18839	482.10	405.67
<b>IOPIDINE</b> gtt opht 1 % 2 monodos 0.250 ml gtt opht 0.500 % 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110900	17100 16613	19.25 28.85	9.61 14.42
<b>ISENTRESS</b> cpr pell 400 mg 60 pce cpr pell 600 mg fl 60 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	18812 18812	759.10 759.10	646.97 646.97
<b>ISOKET</b> spray 15 ml	Norgine AG	020410	12555	17.25	7.90
<b>ISOKET RETARD</b> cpr ret 20 mg 50 pce cpr ret 20 mg 100 pce cpr ret 40 mg 100 pce cpr ret 60 mg 100 pce caps ret 120 mg 100 pce	Norgine AG	020410	14424 14424 14424 14424 14531	8.00 14.80 18.00 25.55 36.20	3.38 5.75 8.53 11.56 17.26
<b>IVABRADIN MYLAN</b> cpr pell 5 mg blist 56 pce cpr pell 5 mg blist 112 pce cpr pell 7.500 mg blist 56 pce cpr pell 7.500 mg blist 112 pce	Mylan Pharma GmbH	029900	20986 20986 20986 20986	50.25 83.95 50.25 83.95	29.50 58.85 29.50 58.85
<b>IVABRADINE SANDOZ</b> cpr pell 5 mg 56 pce cpr pell 5 mg 112 pce cpr pell 7.500 mg 56 pce cpr pell 7.500 mg 112 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	029900	20748 20748 20748 20748	50.25 83.95 50.25 83.95	29.50 58.85 29.50 58.85
<b>KALETRA</b> cpr pell 100 mg/25 mg 60 pce cpr pell 200 mg/50 mg 120 pce sirop 80 mg/20 mg/ml 5x 60 ml	AbbVie AG	080300	18475 18475 17619	161.35 596.15 583.85	126.25 504.99 494.31
<b>KETOVISION</b> gtt opht fl 5 ml	OmniVision AG	110630	19792	9.00	4.28
<b>KLACID</b> cpr pell 250 mg 14 pce cpr pell 250 mg 20 pce cpr pell 250 mg 70 pce filmtabs 500 mg 14 pce filmtabs 500 mg 20 pce filmtabs 500 mg 30 pce	Mylan Pharma GmbH	080160	15841 15841 15841 15841 15841 15841	18.90 29.10 69.80 35.75 46.20 57.80	9.30 14.65 46.51 16.87 25.94 36.08

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>KLACIPED</b> gran 125 mg/5 ml p susp fl 100 ml	Mylan Pharma GmbH	080160	16168	15.35	6.23
<b>KLACIPED FORTE</b> susp 250 mg/5 ml fl 100 ml	Mylan Pharma GmbH	080160	16168	25.05	11.09
<b>LACRYVISC</b> gel opht 10 g	Alcon Switzerland SA	110820	16426	5.85	3.16
<b>LACRYVISC SE</b> gel opht 20x 0.500 g gel opht 50x 0.500 g	Alcon Switzerland SA	110820	17345 17345	9.70 21.70	5.27 11.76
<b>LATANOPROST PFIZER</b> gtt opht 2.500 ml gtt opht 3x 2.500 ml	Pfizer PFE Switzerland GmbH	110900	19599 19599	19.85 50.60	10.13 29.79
<b>LATANOPROST-MEPHA</b> gtt opht 2.500 ml gtt opht 3x 2.500 ml	Mepha Pharma AG	110900	19747 19747	19.65 50.60	9.96 29.79
<b>LATANOPROST-MEPHA PLUS</b> gtt opht fl 2.500 ml gtt opht 3 fl 2.500 ml	Mepha Pharma AG	110900	20356 20356	26.55 58.30	12.42 36.51
<b>LATANOTIM-VISION</b> gtt opht 2.500 ml gtt opht 3x 2.500 ml	OmniVision AG	110900	20063 20063	26.50 58.30	12.37 36.51
<b>LÉVOFLOXACINE SANDOZ 250</b> cpr pell 250 mg 5 pce cpr pell 250 mg 7 pce cpr pell 250 mg 10 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	19487 19487 19487	15.70 18.10 25.50	6.53 8.61 11.52
<b>LÉVOFLOXACINE SANDOZ 500</b> cpr pell 500 mg 5 pce cpr pell 500 mg 7 pce cpr pell 500 mg 10 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	19487 19487 19487	19.50 27.15 36.30	9.84 12.93 17.33
<b>LEVOFLOXACIN-MEPHA</b> lactabs 250 mg 5 pce lactabs 250 mg 7 pce lactabs 250 mg 10 pce lactabs 500 mg 5 pce lactabs 500 mg 7 pce lactabs 500 mg 10 pce	Mepha Pharma AG	080180	19503 19503 19503 19503 19503 19503	15.70 18.10 25.50 19.50 27.15 36.30	6.53 8.61 11.52 9.83 12.93 17.33
<b>LEVOFLOXACIN-MEPHA TEVA</b> cpr pell 250 mg blist 5 pce cpr pell 250 mg blist 7 pce cpr pell 250 mg blist 10 pce cpr pell 500 mg blist 5 pce cpr pell 500 mg blist 7 pce cpr pell 500 mg blist 10 pce	Mepha Pharma AG	080180	21428 21428 21428 21428 21428 21428	15.70 18.10 25.50 19.50 27.15 36.30	6.53 8.61 11.52 9.83 12.93 17.33
<b>LIVOSTIN</b> gtt opht 0.500 mg/ml 4 ml	Janssen-Cilag AG	110620	15977	13.30	7.22
<b>LODOZ 10</b> cpr pell 10/6.25 mg 30 pce cpr pell 10/6.25 mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	020720	17899 17899	18.20 47.60	8.71 27.17
<b>LODOZ 2.5</b> cpr pell 2.5/6.25 mg 30 pce cpr pell 2.5/6.25 mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	020720	17899 17899	8.90 26.00	4.20 11.94

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>LODOZ 5</b> cpr pell 5/6.25 mg 30 pce cpr pell 5/6.25 mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	020720	17899 17899	14.30 33.90	5.31 15.24
<b>LOGIMAX</b> cpr ret 5/50 30 pce cpr ret 5/50 100 pce cpr ret 10/100 30 pce cpr ret 10/100 100 pce	Recordati AG	020720	16125 16125 16125 16125	26.75 61.30 39.70 91.65	12.57 39.13 20.31 65.53
<b>LOMIR SRO</b> caps 2.500 mg mite 100 pce caps 5 mg 100 pce	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020610	15860 15860	43.85 65.35	23.90 42.63
<b>LOPRESOR RETARD</b> Divitabs 200 mg 56 pce	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020300	14168	25.40	11.40
<b>LOSARTAN HCT AXAPHARM</b> cpr pell 50/12.5 mg 28 pce cpr pell 50/12.5 mg 98 pce cpr pell 100/12.5 mg 28 pce cpr pell 100/12.5 mg 98 pce cpr pell 100/25 mg 28 pce cpr pell 100/25 mg 98 pce	Axapharm AG	020720	20078 20078 20078 20078 20078 20078	19.90 54.25 26.90 67.35 26.90 67.35	10.19 32.97 12.72 44.40 12.72 44.40
<b>LOSARTAN HCT ZENTIVA</b> cpr pell 50/12.5 mg blist 28 pce cpr pell 50/12.5 mg blist 98 pce cpr pell 100/12.5 mg blist 28 pce cpr pell 100/12.5 mg blist 98 pce cpr pell 100/25 mg blist 28 pce cpr pell 100/25 mg blist 98 pce	Helvepharm AG	020720	19836 19836 19836 19836 19836 19836	19.95 54.25 26.95 67.40 26.95 67.40	10.23 32.97 12.76 44.41 12.76 44.41
<b>LOSARTAN-HCT-MEPHA</b> cpr pell 50/12.5 mg 28 pce cpr pell 50/12.5 mg 98 pce cpr pell 100/12.5 mg 28 pce cpr pell 100/12.5 mg 98 pce cpr pell 100/25 mg 28 pce cpr pell 100/25 mg 98 pce	Mepha Pharma AG	020720	20189 20189 20189 20189 20189 20189	19.95 54.25 26.95 67.40 26.95 67.40	10.22 32.97 12.74 44.41 12.74 44.41
<b>LUKAIR</b> cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 98 pce cpr mâcher 4 mg 28 pce cpr mâcher 4 mg 98 pce cpr mâcher 5 mg 28 pce cpr mâcher 5 mg 98 pce gran 4 mg sach 28 pce	Organon GmbH	030450	20024 20024 20025 20025 20025 20025 20026	37.75 91.15 37.75 91.15 37.75 91.15 39.20	18.58 65.13 18.58 65.13 18.58 65.13 19.87
<b>LUMIGAN</b> gtt opht 0.100 mg/ml 3 ml gtt opht 0.100 mg/ml 3x 3 ml	AbbVie AG	110900	17820 17820	29.15 63.65	14.66 41.16
<b>LUMIGAN UNIT DOSE</b> gtt opht 0.300 mg/ml 30 x 0.4 ml gtt opht 0.300 mg/ml 90 x 0.4 ml	AbbVie AG	110900	20119 20119	36.85 74.70	17.82 50.80
<b>MAXIDEX</b> susp opht 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110610	10160	8.05	3.45
<b>MAXITROL</b> gtt opht 5 ml ong opht 3.500 g	Novartis Pharma Schweiz AG	110610	10737 10738	8.55 8.20	3.89 3.55

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>MENAMIG</b> cpr pell 6 pce cpr pell 12 pce	Recordati AG	020510	18169 18169	39.95 57.80	20.51 36.07
<b>MENVEO</b> subst sèche c solv flac 1 pce	GlaxoSmithKline AG	080800	19973	63.05	40.62
<b>MERONEM</b> subst sèche 500 mg i.v. flac 10 pce subst sèche 1 g i.v. flac 10 pce	Pfizer AG	080125	17136 17136	167.35 307.50	131.49 253.55
<b>MEROPENEM FRESENIUS</b> subst sèche 500 mg i.v. 10 pce subst sèche 1 g i.v. 10 pce	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	080125	20265 20265	144.70 263.80	111.75 215.52
<b>MÉROPÉNÈME LABATEC</b> subst sèche 500 mg i.v. flac 10 pce subst sèche 1 g i.v. flac 10 pce	Labatec Pharma SA	080125	19284 19284	144.60 263.80	111.69 215.52
<b>METO ZEROK</b> cpr ret 25 mg 30 pce cpr ret 25 mg 100 pce cpr ret 50 mg 30 pce cpr ret 50 mg 100 pce cpr ret 100 mg 30 pce cpr ret 100 mg 100 pce cpr ret 200 mg 30 pce cpr ret 200 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020300	18245 18245 18245 18245 18245 18245 18245 18245	6.70 15.80 8.40 20.30 15.20 36.25 16.80 41.05	2.28 6.60 3.73 10.55 6.10 17.30 7.48 21.48
<b>MÉTOPROLOL AXAPHARM</b> cpr ret 25 mg 30 pce cpr ret 25 mg 100 pce cpr ret 50 mg 30 pce cpr ret 50 mg 100 pce cpr ret 100 mg 30 pce cpr ret 100 mg 100 pce cpr ret 200 mg 30 pce cpr ret 200 mg 100 pce	Axapharm AG	020300	20473 20473 20473 20473 20473 20473 20473 20473	6.55 15.30 8.30 20.30 14.70 35.25 15.70 40.10	2.13 6.19 3.64 10.55 5.68 16.40 6.53 20.66
<b>MÉTOPROLOL SPIRIG HC</b> cpr pell ret 25 mg 30 pce cpr pell ret 25 mg 100 pce cpr pell ret 50 mg 30 pce cpr pell ret 50 mg 100 pce cpr pell ret 100 mg 30 pce cpr pell ret 100 mg 100 pce cpr pell ret 200 mg 30 pce cpr pell ret 200 mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	020300	20447 20447 20447 20447 20447 20447 20447 20447	6.55 15.35 8.35 20.30 14.95 35.85 16.50 40.85	2.14 6.21 3.69 10.55 5.86 16.93 7.21 21.29
<b>MÉTOPROLOL-MEPHA</b> depotabs 25 mg 30 pce depotabs 25 mg 100 pce depotabs 50 mg 30 pce depotabs 50 mg 100 pce depotabs 100 mg 30 pce depotabs 100 mg 100 pce depotabs 200 mg 30 pce depotabs 200 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	020300	20517 20517 20517 20517 20517 20517 20517 20517	6.55 15.35 8.30 20.30 14.90 35.75 16.35 40.70	2.13 6.21 3.68 10.55 5.83 16.84 7.10 21.18

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>MICARDIS AMLO</b> cpr 40/5 mg 28 pce cpr 40/5 mg 98 pce cpr 80/5 mg 28 pce cpr 80/5 mg 98 pce cpr 80/10 mg 28 pce cpr 80/10 mg 98 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	020720	19355 19355 19355 19355 19355 19355	38.75 82.90 42.55 94.20 43.95 98.30	19.47 57.92 22.78 67.76 23.98 71.35
<b>MICARDISPLUS</b> cpr 80/12.5 mg 28 pce cpr 80/12.5 mg 98 pce cpr 80/25 mg 28 pce cpr 80/25 mg 98 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	020720	17824 17824 17824 17824	29.20 75.05 33.65 76.25	14.72 51.11 15.01 52.12
<b>MIFLONIDE BREEZHALER</b> caps inh 200 mcg blist 60 pce caps inh 400 mcg blist 60 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	030440	17561 17561	18.65 37.35	9.12 18.24
<b>MINITRAN 10</b> TTS 10 mg/24h 30 pce	MEDA Pharma GmbH	020410	16119	37.15	18.06
<b>MINITRAN 5</b> TTS 5 mg/24h 30 pce TTS 5 mg/24h 100 pce	MEDA Pharma GmbH	020410	16119 16119	28.05 65.60	13.70 42.84
<b>MONTÉLUKAST HELVEPHARM</b> cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 98 pce	Helvepharm AG	030450	20088 20088	35.55 83.70	16.70 58.62
<b>MONTÉLUKAST SANDOZ</b> cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 98 pce cpr mâcher 4 mg 28 pce cpr mâcher 4 mg 98 pce cpr mâcher 5 mg 28 pce cpr mâcher 5 mg 98 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	030450	20094 20094 20095 20095 20095 20095	35.65 83.70 35.65 83.70 35.65 83.70	16.79 58.62 16.79 58.62 16.79 58.62
<b>MONTELUKAST SANDOZ</b> gran 4 mg sach 28 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	030450	20096	35.65	16.79
<b>MONTÉLUKAST SPIRIG HC</b> cpr mâcher 4 mg 28 pce cpr mâcher 4 mg 98 pce cpr mâcher 5 mg 28 pce cpr mâcher 5 mg 98 pce tabl filmé10 mg 28 pce tabl filmé10 mg 98 pce	Spirig HealthCare AG	030450	20129 20129 20129 20129 20128 20128	35.70 83.70 35.70 83.70 35.70 83.70	16.80 58.62 16.80 58.62 16.80 58.62
<b>MONTÉLUKAST-MEPHA</b> lactabs 10 mg 28 pce lactabs 10 mg 98 pce cpr mâcher 4 mg 28 pce cpr mâcher 4 mg 98 pce cpr mâcher 5 mg 28 pce cpr mâcher 5 mg 98 pce	Mepha Pharma AG	030450	20092 20092 20093 20093 20093 20093	35.65 83.70 35.65 83.70 35.65 83.70	16.79 58.62 16.79 58.62 16.79 58.62
<b>MONTELUKAST-MEPHA</b> gran 4 mg 28 pce	Mepha Pharma AG	030450	20264	35.65	16.79
<b>MOXIFLOXACINE SANDOZ</b> cpr pell 400 mg 5 pce cpr pell 400 mg 7 pce cpr pell 400 mg 10 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	20267 20267 20267	34.25 41.35 47.85	15.53 21.75 27.38

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>MOXIFLOXACIN SPIRIG HC</b> cpr pell 400 mg 5 pce cpr pell 400 mg 7 pce cpr pell 400 mg 10 pce	Spirig HealthCare AG	080180	20480 20480 20480	34.25 41.20 47.85	15.54 21.62 27.38
<b>MOXIFLOXACIN-MEPHA</b> cpr pell 400 mg 5 pce cpr pell 400 mg 7 pce cpr pell 400 mg 10 pce	Mepha Pharma AG	080180	20259 20259 20259	34.25 41.20 47.85	15.54 21.62 27.38
<b>MUCOFLUID</b> cpr eff 600 mgeau 7 pce cpr eff 600 mgeau 14 pce	Spirig HealthCare AG	030200	16928 16928	3.65 8.10	1.98 4.40
<b>MUCOFLUID 200</b> cpr 200 mg soluble 30 pce	Spirig HealthCare AG	030200	15749	7.45	4.04
<b>MUCOFOR</b> caps 300 mg 20 pce	OM Pharma Suisse SA	030200	16510	7.95	3.37
<b>MUCO-MEPHA</b> gran 100 mg sach 30 pce gran 200 mg sach 30 pce gran 600 mg 10 pce	Mepha Pharma AG	030200	16369 16369 16368	3.65 5.80 5.80	1.99 3.14 3.14
<b>MUCO-MEPHA 200</b> cpr eff 200 mg 30 pce	Mepha Pharma AG	030200	16368	5.75	3.12
<b>MUCO-MEPHA 600</b> cpr eff 600 mg 10 pce	Mepha Pharma AG	030200	16368	5.80	3.14
<b>MYCAMINE</b> subst sèche 50 mg flac 1 pce subst sèche 100 mg flac 1 pce	Astellas Pharma AG	080600	20249 20249	307.50 503.55	253.58 424.35
<b>MYCOBUTIN</b> caps 150 mg 30 pce	Pfizer AG	080210	16239	143.65	110.86
<b>NARAMIG</b> cpr 2.500 mg 6 pce cpr 2.500 mg 12 pce	GlaxoSmithKline AG	020510	17043 17043	41.00 63.40	21.41 40.96
<b>NASACORT SPRAY DOSEUR</b> spray 120 dos	Opella Healthcare Switzerland AG	120230	16854	18.80	9.25
<b>NEBILET</b> cpr 5 mg 28 pce cpr 5 mg 98 pce	A. Menarini GmbH	020300	17041 17041	14.65 35.55	5.61 16.70
<b>NEBILET PLUS</b> cpr pell 5/12.5 mg 28 pce cpr pell 5/12.5 mg 98 pce cpr pell 5/25 mg 28 pce cpr pell 5/25 mg 98 pce	A. Menarini GmbH	020720	19220 19220 19220 19220	16.45 40.95 16.45 40.95	7.19 21.39 7.19 21.39
<b>NÉBIVOLOL AXAPHARM</b> cpr 5 mg 28 pce cpr 5 mg 98 pce	Axapharm AG	020300	19795 19795	14.20 28.60	5.23 14.20
<b>NÉBIVOLOL SANDOZ 5</b> cpr 5 mg 28 pce cpr 5 mg 56 pce cpr 5 mg 98 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020300	19397 19397 19397	9.65 17.95 28.60	4.83 8.50 14.20
<b>NÉBIVOLOL SPIRIG HC</b> cpr 5 mg 28 pce cpr 5 mg 56 pce cpr 5 mg 98 pce	Spirig HealthCare AG	020300	19282 19282 19282	9.65 17.95 28.60	4.83 8.50 14.20



PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>NÉBIVOLOL STREULI</b> cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce	Streuli Pharma AG	020300	19200 19200	14.15 28.90	5.20 14.48
<b>NEBIVOLOL ZENTIVA</b> cpr 5 mg blist 28 pce cpr 5 mg blist 98 pce	Helvepharm AG	020300	19865 19865	9.65 28.60	4.83 14.20
<b>NEVANAC</b> susp opht 1 mg/ml 5 ml susp opht 3 mg/ml fl 3 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110630	18966 20761	26.90 26.90	12.73 12.73
<b>NIMOTOP</b> cpr laqués 30 mg 100 pce	Bayer (Schweiz) AG	020610	15427	69.05	45.86
<b>NITRODERM 10</b> TTS 10 mg/24h 10 pce TTS 10 mg/24h 30 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020410	14065 14065	16.05 36.35	6.85 17.37
<b>NITRODERM 5</b> TTS 5 mg/24h 10 pce TTS 5 mg/24h 30 pce TTS 5 mg/24h 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020410	14065 14065 14065	9.80 27.75 63.75	4.95 13.45 41.25
<b>NORVASC</b> cpr 5 mg 30 pce cpr 5 mg 100 pce cpr 10 mg 30 pce cpr 10 mg 100 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020610	15730 15730 15730 15730	17.65 45.70 28.25 67.85	8.21 25.52 13.88 44.80
<b>NORVIR</b> cpr pell 100 mg 30 pce	AbbVie AG	080300	19238	47.20	26.84
<b>NOXAFIL</b> susp 40 mg/ml fl 105 ml cpr rés au suc gastr 100 mg 24 pce cpr rés au suc gastr 100 mg 96 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080600	18609 20341 20341	670.95 799.70 3043.45	570.16 682.31 2729.23
<b>OCULAC</b> gtt opht 10 ml gtt opht 3x 10 ml	Alcon Switzerland SA	110820	16719 16719	4.30 11.00	2.34 5.97
<b>OCULAC SDU</b> gtt opht 20x 0.400 ml gtt opht 60x 0.400 ml	Alcon Switzerland SA	110820	16847 16847	7.70 19.45	4.18 10.55
<b>ODEFSEY</b> cpr pell 200 mg/25 mg/25 mg fl 30 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	20732	974.25	834.37
<b>OFEV</b> caps 100 mg 60 pce caps 150 mg 60 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	039900	20362 20362	2792.40 2792.40	2489.98 2489.98
<b>OLMESARTAN HCT MYLAN</b> cpr pell 20/12.5 mg blist 28 pce cpr pell 20/12.5 mg blist 98 pce cpr pell 20/25 mg blist 28 pce cpr pell 20/25 mg blist 98 pce cpr pell 40/12.5 mg blist 28 pce cpr pell 40/12.5 mg blist 98 pce cpr pell 40/25 mg blist 28 pce cpr pell 40/25 mg blist 98 pce	Mylan Pharma GmbH	020720	20833 20833 20833 20833 20833 20833 20833 20833	27.75 62.35 27.75 62.35 35.55 75.05 36.05 75.05	13.44 40.04 13.44 40.04 16.67 51.09 17.11 51.09

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>OLMÉSARTAN PLUS SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720			
cpr pell 20/12.5 mg 28 pce			20632	27.75	13.46
cpr pell 20/12.5 mg 98 pce			20632	62.35	40.04
cpr pell 20/25 mg 28 pce			20632	27.75	13.46
cpr pell 20/25 mg 98 pce			20632	62.35	40.04
cpr pell 40/12.5 mg 28 pce			20632	36.10	17.17
cpr pell 40/12.5 mg 98 pce			20632	75.05	51.08
cpr pell 40/25 mg 28 pce			20632	36.10	17.17
cpr pell 40/25 mg 98 pce			20632	75.05	51.08
<b>OLMESARTAN-HCT-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	020720			
cpr pell 20 mg/12.5 mg 28 pce			20619	27.75	13.46
cpr pell 20 mg/12.5 mg 98 pce			20619	62.35	40.04
cpr pell 20 mg/25 mg 28 pce			20619	27.75	13.46
cpr pell 20 mg/25 mg 98 pce			20619	62.35	40.04
cpr pell 40 mg/12.5 mg 28 pce			20619	34.10	15.42
cpr pell 40 mg/12.5 mg 98 pce			20619	75.05	51.08
cpr pell 40 mg/25 mg 28 pce			20619	36.10	17.18
cpr pell 40 mg/25 mg 98 pce			20619	75.05	51.08
<b>OLMETEC PLUS</b>	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020720			
cpr pell 20/12.5 28 pce			18286	29.45	14.96
cpr pell 20/12.5 98 pce			18286	67.45	44.49
cpr pell 20/25 28 pce			18286	29.45	14.96
cpr pell 20/25 98 pce			18286	67.45	44.49
cpr pell 40/12.5 28 pce			18286	38.30	19.09
cpr pell 40/12.5 98 pce			18286	81.55	56.76
cpr pell 40/25 28 pce			18286	38.30	19.09
cpr pell 40/25 98 pce			18286	81.55	56.76
<b>OMIDA RUBISAN N</b>	Omida AG	200110			
ong 50 g			16497	13.80	7.48
ong 100 g			16497	24.30	13.16
<b>ONBREZ BREEZHALER</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	030430			
caps inh 0.150 mg blist 30 pce			19221	56.65	35.06
caps inh 0.150 mg 3 blist 30 pce			19221	119.05	89.40
caps inh 0.300 mg blist 30 pce			19221	63.60	41.12
caps inh 0.300 mg 3 blist 30 pce			19221	136.80	104.88
<b>OPATANOL</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	110620			
gtt opht 5 ml			17953	16.75	7.46
<b>OPSUMIT</b>	Actelion Pharmaceuticals Ltd	020710			
cpr pell 10 mg 30 pce			20166	3117.00	2800.97
<b>ORACEA</b>	Galderma SA	080150			
caps 40 mg 28 pce			19907	34.85	16.07
caps 40 mg 56 pce			19907	53.30	32.13
<b>OXIS TURBUHALER</b>	AstraZeneca AG	030430			
pdr inh 6 mcg/dose 60 dos			16770	35.50	16.64
pdr inh 12 mcg/dose 60 dos			16770	41.45	21.80
<b>PEGASYS</b>	CPS Cito Pharma Services GmbH	080300			
sol inj 135 mcg/0.5 ml 4 ser pré 0.500 ml			17686	725.65	617.82
sol inj 180 mcg/0.5 ml 4 ser pré 0.500 ml			17686	826.90	706.02
<b>PENTACARINAT</b>	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080193			
sol inj 300 mg flac 5 pce			15697	191.50	152.53

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>PENTAVAC</b> susp inj sub sèche+susp+aiguilles ser prête 1 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080800	17426	55.65	34.19
<b>PERINDOPRIL AMLODIPIN-MEPHA (ANCIEN)</b> cpr 5 mg/5 mg 30 pce cpr 5 mg/5 mg 90 pce cpr 5 mg/10 mg 30 pce cpr 5 mg/10 mg 90 pce cpr 10 mg/5 mg 30 pce cpr 10 mg/5 mg 90 pce cpr 10 mg/10 mg 30 pce cpr 10 mg/10 mg 90 pce	Mepha Pharma AG	020720	20263 20263 20263 20263 20263 20263 20263 20263	27.45 56.25 27.45 56.25 27.45 56.25 27.45 56.25	13.21 34.71 13.21 34.71 13.21 34.71 13.21 34.71
<b>PERINDOPRIL INDAPAMIDE-MEPHA</b> cpr pell 2.5/0.625 mg 30 pce cpr pell 2.5/0.625 mg 90 pce cpr pell 5/1.25 mg 30 pce cpr pell 5/1.25 mg 90 pce	Mepha Pharma AG	020720	20162 20162 20162 20162	19.05 44.05 19.35 44.80	9.46 24.10 9.70 24.72
<b>PERINDOPRIL INDAPAMID-MEPHA</b> Lactab 10/2.5 bte 30 pce Lactab 10/2.5 bte 90 pce	Mepha Pharma AG	020720	20162 20162	33.90 61.00	15.23 38.85
<b>PERINDOPRIL-AMLODIPIN-MEPHA TEVA</b> cpr 5/5 mg bte 30 pce cpr 5/5 mg bte 90 pce cpr 5/10 mg bte 30 pce cpr 5/10 mg bte 90 pce cpr 10/5 mg bte 30 pce cpr 10/5 mg bte 90 pce cpr 10/10 mg bte 30 pce cpr 10/10 mg bte 90 pce	Mepha Pharma AG	020720	68624 68624 68624 68624 68624 68624 68624 68624	27.45 56.25 27.45 56.25 27.45 56.25 27.45 56.25	13.21 34.71 13.21 34.71 13.21 34.71 13.21 34.71
<b>PHYSIOTENS</b> cpr 0.300 mg 28 pce cpr 0.300 mg 98 pce	Mylan Pharma GmbH	020710	16206 16206	18.60 50.15	9.07 29.42
<b>PHYSIOTENS FORTE</b> cpr 0.400 mg 28 pce cpr 0.400 mg 98 pce	Mylan Pharma GmbH	020710	16206 16206	20.15 55.45	10.40 34.01
<b>PHYSIOTENS MITE</b> cpr 0.200 mg 28 pce cpr 0.200 mg 98 pce	Mylan Pharma GmbH	020710	16206 16206	16.15 40.30	6.91 20.81
<b>POSACONAZOL ACCORD</b> susp 40 mg/ml buvable 105 ml	Accord Healthcare AG	080600	21159	605.50	513.14
<b>POSACONAZOL DEVATIS</b> susp 40 mg/ml buvable 105 ml	Devatis AG	080600	21269	605.50	513.14
<b>POSACONAZOL MYLAN</b> susp 40 mg/ml buvable fl 105 ml	Mylan Pharma GmbH	080600	21310	605.50	513.14
<b>PREVYMIS</b> cpr pell 240 mg 28 pce cpr pell 480 mg 28 pce conc perf 240 mg/12 ml 1 pce conc perf 480 mg/24 ml 1 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	20765 20765 20765 20765	4897.65 9450.60 215.35 413.10	4538.18 8980.11 173.31 345.56
<b>PREZISTA</b> cpr pell 600 mg 60 pce cpr pell 800 mg 30 pce	Janssen-Cilag AG	080300	18447 18447	745.05 502.20	634.72 423.15

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>PRIORIX</b> subst sèche c solv ser prè 1 pce	GlaxoSmithKline AG	080800	17289	36.55	17.57
<b>PROCORALAN</b> cpr pell 5 mg 56 pce	Servier (Suisse) SA	029900	18623	54.05	32.78
cpr pell 5 mg 112 pce			18623	91.45	65.39
cpr pell 7.500 mg 56 pce			18623	54.05	32.78
cpr pell 7.500 mg 112 pce			18623	91.45	65.39
<b>PROCTO SYNALAR N</b> supp 10 pce	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	020920	10481	7.75	3.16
ong tb 15 g			10482	8.10	3.48
ong 30 g			10482	15.20	6.11
<b>PROPRANOLOL ZENTIVA</b> cpr pell 10 mg bte 60 pce	Helvepharm AG	020300	14921	5.65	1.36
cpr pell 40 mg bte 60 pce			14921	9.15	4.42
cpr pell 40 mg bte 180 pce			14921	18.90	9.32
cpr pell 80 mg bte 60 pce			14921	17.00	7.68
cpr pell 80 mg bte 180 pce			14921	38.80	19.53
<b>PROTAGENT</b> gtt opht 10 ml	Alcon Switzerland SA	110820	16500	5.85	3.16
<b>PROTAGENT SE</b> gtt opht 20x 0.400 ml	Alcon Switzerland SA	110820	16425	10.60	5.75
gtt opht 80x 0.400 ml			16425	35.65	19.33
<b>PULMOZYME</b> sol inhal 2.500 mg 30 amp 2.500 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	039900	16272	802.35	684.62
<b>QUINSAIR</b> sol inhal 240 mg/2.4 ml 56 amp 2.4 ml	Chiesi SA	080180	20908	3065.45	2750.66
<b>RAMIPRIL SANDOZ</b> cpr 1.250 mg 20 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020710	18283	7.50	2.97
cpr 1.250 mg 100 pce			18283	25.40	11.43
cpr 2.500 mg 20 pce			18283	8.95	4.23
cpr 2.500 mg 100 pce			18283	37.90	18.72
cpr 5 mg 20 pce			18283	9.20	4.46
cpr 5 mg 100 pce			18283	39.20	19.86
cpr 10 mg 20 pce			18283	14.35	5.36
cpr 10 mg 100 pce			18283	40.75	21.21
<b>RAMIPRIL ZENTIVA</b> cpr 1.250 mg 20 pce			Helvepharm AG	020710	18579
cpr 1.250 mg 100 pce	18579	25.55			11.56
cpr 2.500 mg 20 pce	18579	8.95			4.23
cpr 2.500 mg 100 pce	18579	37.90			18.72
cpr 5 mg 20 pce	18579	9.20			4.46
cpr 5 mg 100 pce	18579	39.20			19.86
cpr 10 mg 20 pce	18579	14.35			5.37
cpr 10 mg 100 pce	18579	40.75			21.22
<b>RAMIPRIL-MEPHA</b> cpr 1.250 mg 20 pce	Mepha Pharma AG	020710	20537	7.50	2.97
cpr 1.250 mg 100 pce			20537	25.40	11.43
cpr 2.500 mg 20 pce			20537	8.75	4.07
cpr 2.500 mg 100 pce			20537	37.35	18.27
cpr 5 mg 20 pce			20537	9.25	4.47
cpr 5 mg 100 pce			20537	39.20	19.86
cpr 10 mg 20 pce			20537	9.80	4.98
cpr 10 mg 100 pce			20537	39.75	20.34

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>RANEXA</b> cpr ret 375 mg 60 pce cpr ret 375 mg 100 pce cpr ret 500 mg 60 pce cpr ret 500 mg 100 pce cpr ret 750 mg 60 pce cpr ret 750 mg 100 pce	A. Menarini GmbH	029900	19219 19219 19219 19219 19219 19219	75.05 112.35 75.05 112.35 75.05 112.35	51.11 83.59 51.11 83.59 51.11 83.59
<b>RECTOGESIC</b> ong 4 mg/g tb 30 g	Cederberg GmbH	020910	19356	69.70	46.42
<b>RELPAK</b> cpr pell 40 mg 4 pce cpr pell 40 mg 6 pce cpr pell 40 mg 20 pce cpr pell 80 mg 6 pce cpr pell 80 mg 20 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020510	17624 17624 17624 17624 17624	33.85 40.00 89.65 40.00 89.65	15.20 20.54 63.82 20.54 63.82
<b>RELVAR ELLIPTA</b> pdr inh 92mcg/22mcg 30 dos pdr inh 92mcg/22mcg 3x 30 doses pdr inh 184mcg/22mcg 30 dos pdr inh 184mcg/22mcg 3x 30 doses	GlaxoSmithKline AG	030430	20105 20105 20105 20105	51.60 122.05 61.05 150.35	30.67 92.01 38.90 116.70
<b>REMODULIN</b> sol perf 20 mg/20 ml vial 20 ml sol perf 50 mg/20 ml vial 20 ml sol perf 100 mg/20 ml vial 20 ml sol perf 200 mg/20 ml vial 20 ml	Gebro Pharma AG	020710	18094 18094 18094 18094	2714.05 5315.35 10384.65 20523.35	2418.57 4945.69 9891.38 19782.76
<b>RETROVIR AZT</b> caps 250 mg 40 pce sirop 10 mg/ml 200 ml	ViiV Healthcare GmbH	080300	15291 16240	179.75 48.05	142.30 27.56
<b>REVATIO</b> cpr pell 20 mg 90 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020710	18371	599.40	507.84
<b>REVAXIS</b> susp inj a aiguilles ser prête 0.500 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080800	17608	25.90	11.86
<b>REYATAZ</b> caps 150 mg 60 pce caps 200 mg 60 pce caps 300 mg 30 pce	Bristol-Myers Squibb SA	080300	18048 18048 18048	467.60 467.60 467.60	393.02 393.02 393.02
<b>REZIRKANE</b> cpr pell 120 mg 60 pce cpr pell 240 mg 30 pce cpr pell 240 mg 60 pce	Zeller Medical AG Pflanzliche Heilmittel	529700	20273 20273 20273	54.40 51.75 78.70	33.08 30.81 54.25
<b>RIAMET</b> cpr 24 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	080410	17288	46.20	25.94
<b>RIAMET DISPERSIBLE</b> cpr 20/120 mg 12 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	080410	19036	27.20	12.97
<b>ROCEPHIN</b> subst sèche 1 g i.v. c solv flac 1 pce subst sèche 1 g i.m. c lidoc flac 1 pce subst sèche 2 g i.v. flac 1 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	080130	14772 14772 14772	25.20 25.20 43.25	11.22 11.22 23.41
<b>SALAGEN</b> cpr pell 5 mg 84 pce	Norgine AG	129900	18025	87.70	62.12

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>SEEBRI BREEZHALER</b> caps inh 50 mcg 30 pce caps inh 50 mcg 3 x 30 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	030430	20035 20035	57.00 138.25	35.38 106.13
<b>SEVIKAR</b> cpr pell 20/5 mg blist 28 pce cpr pell 20/5 mg blist 98 pce cpr pell 40/5 mg blist 28 pce cpr pell 40/5 mg blist 98 pce cpr pell 40/10 mg blist 28 pce cpr pell 40/10 mg blist 98 pce	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020720	18889 18889 18889 18889 18889 18889	40.10 84.05 45.65 100.70 46.95 108.85	20.63 58.91 25.50 73.42 26.60 80.55
<b>SEVIKAR HCT</b> cpr pell 20/5/12.5 mg 28 pce cpr pell 20/5/12.5 mg 98 pce cpr pell 40/5/12.5 mg 28 pce cpr pell 40/5/12.5 mg 98 pce cpr pell 40/10/12.5 mg 28 pce cpr pell 40/10/12.5 mg 98 pce cpr pell 40/5/25 mg 28 pce cpr pell 40/5/25 mg 98 pce cpr pell 40/10/25 mg 28 pce cpr pell 40/10/25 mg 98 pce	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020720	19455 19455 19455 19455 19455 19455 19455 19455 19455 19455	40.30 84.60 45.95 101.40 47.20 109.70 45.95 101.40 47.20 109.70	20.81 59.42 25.73 74.05 26.83 81.25 25.73 74.05 26.83 81.25
<b>SILDENAFIL PAH SPIRIG HC</b> cpr pell 20 mg blist 90 pce	Spirig HealthCare AG	020710	20830	541.10	457.06
<b>SILDENAFIL PAH-MEPHA</b> cpr pell 20 mg 90 pce	Mepha Pharma AG	020710	20667	541.10	457.06
<b>SINGULAIR</b> cpr pell 10 mg 28 pce cpr pell 10 mg 98 pce cpr mâcher 4 mg petit enf 28 pce cpr mâcher 4 mg petit enf 98 pce cpr mâcher 5 mg enf 28 pce cpr mâcher 5 mg enf 98 pce gran 4 mg sach 28 pce	Organon GmbH	030450	17173 17173 17253 17253 17253 17253 18008	37.80 91.15 37.80 91.15 37.80 91.15 39.30	18.66 65.13 18.65 65.10 18.66 65.13 19.96
<b>SOLMUCOL 100</b> gran 100 mg s sucre 20 sach 1.500 g	IBSA Institut Biochimique SA	030200	15028	2.75	1.50
<b>SOLMUCOL 200</b> gran 200 mg s sucre 20 sach 1.500 g gran 200 mg s sucre 40 sach 1.500 g	IBSA Institut Biochimique SA	030200	15028 15028	4.50 7.95	2.45 4.31
<b>SOLMUCOL 400</b> gran 400 mg s sucre 30 sach 1.800 g gran 400 mg s sucre 90 sach 1.800 g	IBSA Institut Biochimique SA	030200	15028 15028	14.40 29.20	5.41 14.73
<b>SOLMUCOL 600</b> gran 600 mg s sucre sach 10 pce gran 600 mg s sucre sach 90 pce cpr eff 600 mg 10 pce	IBSA Institut Biochimique SA	030200	15028 15028 15028	5.80 39.30 5.80	3.14 19.94 3.14
<b>SPERSADEx MONO</b> gtt opht 0.100 % 5 ml	OmniVision AG	110610	12320	9.45	4.64
<b>SPIOLTO RESPIMAT</b> sol inhal 2.500 mcg/pulv réutilisa spr dos 60 dos sol inhal 2.500 mcg/pulv réutilisa 3 spr dos 60 dos	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	20975 20975	70.15 177.70	46.84 140.52

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>SPIRIVA</b> caps inh 18 mcg 30 pce caps inh 18 mcg 90 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	17867 17867	50.80 118.20	29.98 88.66
<b>SPIRIVA RESPIMAT</b> sol inhal 2.500 mcg/pulv réutilisa 60 dos sol inhal 2.500 mcg/pulv réutilisa 3x60 dos	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	20974 20974	50.80 118.20	29.98 88.66
<b>STRIVERDI RESPIMAT</b> sol inhal 2.500 mcg/pulv réutili 60 dos sol inhal 2.500 mcg/pulv réutili 3x60 dos	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	20973 20973	53.70 128.35	32.51 97.53
<b>SYMFONA 120</b> caps 120 mg 60 pce caps 120 mg 120 pce	OM Pharma Suisse SA	529700	17113 17113	54.50 83.45	33.18 58.40
<b>SYMFONA 240</b> cpr pell 240 mg 30 pce cpr pell 240 mg 60 pce	OM Pharma Suisse SA	529700	20424 20424	54.50 83.45	33.18 58.40
<b>TADALAFIL PAH ORPHA</b> cpr pell 20 mg 56 pce	OrPha Swiss GmbH	020710	21236	538.80	455.04
<b>TADALAFIL PAH SPIRIG HC</b> cpr pell 20 mg blist 56 pce	Spirig HealthCare AG	020710	21194	538.80	455.04
<b>TADALAFIL PAH-MEPHA</b> Lactab 20 mg blist 56 pce	Mepha Pharma AG	020710	20928	538.80	455.04
<b>TADALAFIL-PAH-MEPHA TEVA</b> Lactab 20 mg blist 60 pce	Mepha Pharma AG	020710	20928	576.10	487.54
<b>TAMBOCOR</b> cpr 100 mg 20 pce cpr 100 mg 100 pce	MEDA Pharma GmbH	020200	14680 14680	17.60 57.90	8.19 36.16
<b>TARGOCID</b> subst sèche 400 mg c solv i.v./i.m. amp 1 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080193	15881	97.60	70.74
<b>TARKA</b> cpr pell 30 pce cpr pell 100 pce	Mylan Pharma GmbH	020720	16923 16923	34.70 73.20	15.92 49.49
<b>TAVANIC</b> cpr 250 mg 7 pce cpr 250 mg 10 pce cpr 500 mg 5 pce cpr 500 mg 7 pce cpr 500 mg 10 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080180	17089 17089 17089 17089 17089	19.20 27.00 20.75 28.80 38.50	9.57 12.81 10.94 14.38 19.26
<b>TELMISARTAN-HCT-MEPHA</b> cpr 80/12.5 mg 28 pce cpr 80/12.5 mg 98 pce cpr 80/25 mg 28 pce cpr 80/25 mg 98 pce	Mepha Pharma AG	020720	20423 20423 20423 20423	27.50 69.20 27.80 70.25	13.25 46.00 13.51 46.90
<b>TIMOGEL UD</b> gel ophth 0.100 % 30 monodos 0.400 g	Théa PHARMA SA	110900	18314	15.75	6.59
<b>TIVICAY</b> cpr pell 50 mg 30 pce	ViiV Healthcare GmbH	080300	20200	741.10	631.26
<b>TOBI</b> sol inhal 300 mg/5 ml 56 amp 5 ml	Mylan Pharma GmbH	030500	17702	2613.10	2326.52

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>TOBI PODHALER</b> caps inh 28 mg 224 pce	Mylan Pharma GmbH	030500	19839	2613.10	2326.52
<b>TRACLEER</b> cpr pell 62.500 mg 56 pce cpr pell 62.500 mg fl 56 pce cpr pell 125 mg 56 pce cpr pell 125 mg fl 56 pce	Janssen-Cilag AG	020710	17748 17748 17748 17748	1072.75 1072.75 1072.75 1072.75	922.05 922.05 922.05 922.05
<b>TRANDATE</b> cpr 100 mg bte 100 pce cpr 200 mg bte 100 pce	Aspen Pharma Schweiz GmbH	020300	13232 13232	20.80 35.25	10.96 16.42
<b>TRAVATAN</b> gtt opht 40 mcg/ml 2.500 ml gtt opht 40 mcg/ml 3x 2.500 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110900	17797 17797	24.95 52.50	11.02 31.44
<b>TRAVOPROST-MEPHA</b> gtt opht 40 mcg/ml fl 2.500 ml gtt opht 40 mcg/ml 3 fl 2.500 ml	Mepha Pharma AG	110900	20652 20652	19.60 48.90	9.93 28.30
<b>TRAVOPROST-MEPHA PLUS</b> gtt opht 0.04 mg/5 mg fl 2.500 ml gtt opht 0.04 mg/5 mg 3 fl 2.500 ml	Mepha Pharma AG	110900	21012 21012	27.75 60.45	13.46 38.36
<b>TRAVOTIM-VISION</b> gtt opht 3 fl 2.5 ml	OmniVision AG	110900	21141	60.45	38.36
<b>TRAVO-VISION</b> gtt opht 40 mcg/ml 3 fl 2.500 ml	OmniVision AG	110900	20832	48.90	28.30
<b>TRELEGY ELLIPTA</b> pdr inh 92/55/22mcg 30 dos pdr inh 92/55/22mcg 3 x 30 doses	GlaxoSmithKline AG	039900	20837 20837	90.95 239.95	64.92 194.75
<b>TREPROSTINIL IDEOGEN</b> sol perf 1 mg/ml flac 20 ml sol perf 2.5 mg/ml flac 20 ml sol perf 5 mg/ml flac 20 ml sol perf 10 mg/ml flac 20 ml	Ideogen AG	020710	21450 21450 21450 21450	2448.80 4808.40 9370.80 18495.60	2176.71 4451.12 8902.24 17804.48
<b>TRÉPROSTINIL ORPHA</b> sol perf 1 mg/ml flac 10 ml sol perf 2.5 mg/ml flac 10 ml sol perf 5 mg/ml flac 10 ml sol perf 10 mg/ml flac 10 ml	OrPha Swiss GmbH	020710	21092 21092 21092 21092	1255.15 2502.40 4808.40 9370.80	1088.35 2225.56 4451.12 8902.24
<b>TRIA TEC 1.25</b> cpr 1.250 mg 20 pce cpr 1.250 mg 100 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020710	17862 17862	8.10 27.75	3.50 13.44
<b>TRIA TEC 10</b> cpr 10 mg 20 pce cpr 10 mg 100 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020710	17862 17862	15.45 45.05	6.31 24.96
<b>TRIA TEC 2.5</b> cpr 2.500 mg 20 pce cpr 2.500 mg 100 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020710	17862 17862	9.80 41.70	4.97 22.03
<b>TRIA TEC 5</b> cpr 5 mg 20 pce cpr 5 mg 100 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020710	17862 17862	14.25 43.25	5.26 23.37
<b>TRIA TEC COMP</b> cpr 5 mg 5/25 20 pce cpr 5 mg 5/25 100 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020720	16270 16270	14.20 42.50	5.23 22.73



PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>TRIA TEC COMP MITE</b> cpr 2.5/12.5 20 pce cpr 2.5/12.5 100 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020720	16270 16270	9.65 39.85	4.82 20.42
<b>TRIMBOW</b> sol inhal 87µg/5µg/9µg 120 dos sol inhal 87µg/5µg/9µg 360 dos	Chiesi SA	030430	21023 21023	85.15 222.65	59.88 179.64
<b>TRIZIVIR</b> cpr pell 300 mg/150 mg/300 mg 60 pce	ViiV Healthcare GmbH	080300	17649	755.35	643.70
<b>TRUSOPT</b> gtt opht 2 % fl 5 ml gtt opht 2 % 3x fl 5 ml	Santen SA	110900	16427 16427	20.05 44.10	10.33 24.15
<b>ULTIBRO BREEZHALER</b> caps inh 110mcg/50mcg 30 pce caps inh 110mcg/50mcg 90 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	030430	20197 20197	68.70 173.15	45.57 136.55
<b>VALACICLOVIR SANDOZ</b> cpr pell 250 mg 60 pce cpr pell 500 mg 10 pce cpr pell 500 mg 30 pce cpr pell 500 mg 42 pce cpr pell 500 mg 90 pce cpr pell 1000 mg 21 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	19159 19159 19159 19159 19159 19159	54.60 25.05 54.55 68.00 113.60 68.00	33.27 11.11 33.25 44.93 84.65 44.93
<b>VALACICLOVIR THERICA</b> cpr pell 500 mg blist 10 pce cpr pell 500 mg 30 pce cpr pell 500 mg blist 42 pce cpr pell 500 mg 90 pce	Bailleul (Suisse) SA	080300	19207 19207 19207 19207	25.30 54.60 68.00 122.90	11.32 33.26 44.93 92.75
<b>VALACICLOVIR ZENTIVA</b> cpr pell 500 mg blist 10 pce cpr pell 500 mg blist 30 pce cpr pell 500 mg blist 42 pce cpr pell 500 mg blist 90 pce	Helvepharm AG	080300	19247 19247 19247 19247	20.50 53.25 68.00 124.60	10.71 32.10 44.93 94.25
<b>VALACICLOVIR-MEPHA</b> lactabs 1000 mg 21 pce lactabs 1000 mg 49 pce	Mepha Pharma AG	080300	19348 19348	68.05 136.75	44.97 104.83
<b>VALACIVIR-MEPHA</b> lactabs 500 mg blist 10 pce lactabs 500 mg blist 30 pce lactabs 500 mg blist 42 pce lactabs 500 mg blist 90 pce	Mepha Pharma AG	080300	19099 19099 19099 19099	25.05 54.55 68.00 113.60	11.11 33.25 44.93 84.65
<b>VALCYTE</b> cpr pell 60 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	080300	17787	1345.95	1171.12
<b>VALGANCICLOVIR SANDOZ</b> cpr pell 450 mg 60 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20386	1217.50	1054.01
<b>VALGANCICLOVIR-MEPHA</b> lactabs 450 mg 60 pce	Mepha Pharma AG	080300	20389	1217.50	1054.01
<b>VALSARTAN HCT ZENTIVA</b> cpr pell 80/12.5 mg blist 28 pce cpr pell 80/12.5 mg blist 98 pce cpr pell 160/25 mg blist 28 pce cpr pell 160/25 mg blist 98 pce cpr pell 160/12.5 mg blist 28 pce cpr pell 160/12.5 mg blist 98 pce	Helvepharm AG	020720	19781 19781 19781 19781 19781 19781	19.35 52.45 25.55 62.70 25.55 62.70	9.71 31.40 11.53 40.31 11.53 40.31

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>VALTREX</b> cpr pell 250 mg 60 pce cpr pell 500 mg 10 pce cpr pell 500 mg 30 pce cpr pell 500 mg 42 pce	GlaxoSmithKline AG	080300	16495 16495 16495 16495	68.85 27.80 62.80 85.15	45.69 13.49 40.41 59.90
<b>VANCOGIN</b> subst sèche 500 mg i.v. flac 1 pce subst sèche 1 g i.v. flac 1 pce	Teva Pharma AG	080193	16830 16830	28.50 45.80	14.11 25.62
<b>VANCOMYCINE LABATEC</b> subst sèche 500 mg flac 1 pce subst sèche 500 mg flac 10 pce subst sèche 1 g flac 1 pce subst sèche 1 g flac 10 pce	Labatec Pharma SA	080193	19349 19349 19349 19349	20.70 141.35 41.40 266.45	10.89 108.85 21.78 217.80
<b>VANCOMYCINE SANDOZ</b> subst sèche 500 mg i.v. flac 1 pce subst sèche 1 g i.v. flac 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080193	18386 18386	20.70 41.40	10.89 21.78
<b>VARILRIX</b> subst sèche c solv ser pré 0.500 ml	GlaxoSmithKline AG	080800	18076	65.20	42.53
<b>VARIVAX</b> susp inj ser pré 0.500 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080800	18208	66.05	43.25
<b>VFEND</b> pdr 40 mg/ml pour susp 70 ml cpr pell 50 mg 56 pce cpr pell 200 mg 28 pce	Pfizer AG	080600	18119 17815 17815	733.35 596.65 1170.20	624.51 505.45 1010.90
<b>VISCOTEARS</b> gel opht 10 g gel opht 3x 10 g	Bausch & Lomb Swiss AG	110820	18125 18125	6.35 18.15	3.45 9.83
<b>VISCOTEARS SDU</b> gel opht 30x 0.600 g	Bausch & Lomb Swiss AG	110820	18122	13.05	7.08
<b>VISUDYNE</b> subst sèche 15 mg flac 1 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	119900	17451	1330.70	1157.25
<b>VOLIBRIS</b> cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 10 mg 30 pce	GlaxoSmithKline AG	020710	18885 18885	1268.60 1268.60	1100.63 1100.63
<b>VORICONAZOL ACCORD</b> cpr pell 50 mg blist 56 pce cpr pell 200 mg blist 28 pce	Accord Healthcare AG	080600	21061 21061	527.30 1037.70	445.05 890.10
<b>VORICONAZOL PFIZER</b> cpr pell 50 mg 56 pce cpr pell 200 mg 28 pce pdr 40 mg/ml 70 ml	Pfizer AG	080600	20441 20441 20440	527.30 1037.70 661.65	445.05 890.10 562.06
<b>VORICONAZOLE SANDOZ</b> cpr pell 50 mg 56 pce cpr pell 200 mg 28 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080600	20476 20476	527.30 1037.70	445.05 890.10
<b>VORICONAZOL-MEPHA</b> lactabs 50 mg 56 pce lactabs 200 mg 28 pce	Mepha Pharma AG	080600	20546 20546	527.30 1037.70	445.05 890.10

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>VOTUM PLUS</b> cpr pell 20/12.5 28 pce cpr pell 20/12.5 98 pce cpr pell 20/25 28 pce cpr pell 20/25 98 pce cpr pell 40/12.5 28 pce cpr pell 40/12.5 98 pce cpr pell 40/25 28 pce cpr pell 40/25 98 pce	A. Menarini GmbH	020720	18287 18287 18287 18287 18287 18287 18287 18287	29.45 67.45 29.45 67.45 38.30 81.55 38.30 81.55	14.96 44.49 14.96 44.49 19.08 56.76 19.08 56.76
<b>WELLVONE</b> susp 750 mg/5 ml 210 ml	GlaxoSmithKline AG	080430	16702	512.50	432.15
<b>XALACOM</b> gtt opht 2.500 ml gtt opht 3x 2.500 ml	Pfizer PFE Switzerland GmbH	110900	17712 17712	28.15 62.95	13.80 40.57
<b>XALATAN</b> gtt opht 2.500 ml gtt opht 3x 2.500 ml	Pfizer PFE Switzerland GmbH	110900	16851 16851	25.25 54.40	11.26 33.10
<b>ZADITEN OPHTHA</b> gtt opht 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110620	17556	16.95	7.61
<b>ZADITEN OPHTHA SDU</b> gtt opht 20x 0.400 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110620	17557	17.80	8.35
<b>ZANIPRESS</b> cpr pell 10/10 mg 28 pce cpr pell 10/10 mg 98 pce cpr pell 10/20 mg 28 pce cpr pell 10/20 mg 98 pce	Recordati AG	020720	19170 19170 19170 19170	19.55 50.95 25.20 54.95	9.89 30.10 11.23 33.59
<b>ZEFFIX</b> cpr pell 100 mg 28 pce cpr pell 100 mg 84 pce sol buv s alcool 240 ml	GlaxoSmithKline AG	080300	17341 17341 17351	97.50 225.50 48.25	70.63 182.15 27.75
<b>ZIAGEN</b> cpr 300 mg 60 pce sol buv 20 mg/ml 240 ml	ViiV Healthcare GmbH	080300	17386 17387	278.90 93.30	228.64 66.97
<b>ZOLMITRIPTAN SANDOZ</b> cpr pell 2.500 mg 3 pce cpr pell 2.500 mg 6 pce cpr pell 2.500 mg 12 pce cpr orodisp 2.500 mg 2 pce cpr orodisp 2.500 mg 6 pce cpr orodisp 2.500 mg 12 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	020510	20016 20016 20016 20017 20017 20017	19.85 38.65 55.50 15.75 38.05 54.35	10.14 19.40 34.04 6.56 18.85 33.07
<b>ZOLMITRIPTAN SPIRIG HC</b> cpr 2.500 mg 3 pce cpr orodisp 2.500 mg 2 pce cpr orodisp 2.500 mg 6 pce cpr 2.500 mg 6 pce cpr 2.500 mg 12 pce cpr orodisp 2.500 mg 12 pce	Spirig HealthCare AG	020510	20225 20226 20226 20225 20225 20226	19.85 15.75 38.05 38.65 55.50 54.35	10.14 6.56 18.85 19.40 34.04 33.07
<b>ZOLMITRIPTAN ZENTIVA</b> cpr orodisp 2.500 mg blist 6 pce cpr orodisp 2.500 mg blist 12 pce	Helvepharm AG	020510	20006 20006	38.65 55.50	19.40 34.04

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>ZOLMITRIPTAN-MEPHA ORO</b> cpr orodisp 2.500 mg 3 pce cpr orodisp 2.500 mg 6 pce cpr orodisp 2.500 mg 12 pce	Mepha Pharma AG	020510	20011 20011 20011	19.85 38.65 55.50	10.14 19.40 34.04
<b>ZOVIRAX</b> cpr pell 200 mg 25 pce cpr pell 800 mg 35 pce	GlaxoSmithKline AG	080300	14456 14456	26.95 70.40	12.74 47.05
<b>IV.c. Changement de catégorie de remise</b>					
<b>BEXIN</b> sirop 25 mg/10 ml 130 ml gouttes 20.800 mg/ml 20 ml	Spirig HealthCare AG	030120	12676 12675	8.60 3.26	3.90 7.85
<b>IV.d. Baissement de prix volontairement</b>					
<b>ADRIBLASTIN SOL</b> sol inj 50 mg/25 ml 2 cytosafe 25 ml	Pfizer AG	071610	15876	157.55	122.97
<b>ALOXI</b> sol inj 0.250 mg/5 ml amp 5 ml	Vifor SA	010900	18404	73.55	49.80
<b>BRUFEN</b> cpr pell 200 mg blist 30 pce gran eff 600 mg sach 20 pce cpr pell 400 mg 20 pce cpr pell 400 mg 50 pce cpr pell 600 mg 20 pce cpr pell 600 mg 100 pce	Mylan Pharma GmbH	071010	14248 15529 11185 11185 14248 14248	5.85 6.80 5.95 8.40 6.80 20.40	1.51 2.37 1.63 3.74 2.37 10.61
<b>CELEBREX</b> caps 100 mg 30 pce caps 200 mg 30 pce caps 200 mg 100 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071010	17306 17306 17306	19.80 35.55 76.25	10.10 16.66 52.13
<b>CIP ECO</b> cpr pell 250 mg 6 pce cpr pell 250 mg 10 pce cpr pell 250 mg 20 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	17734 17734 17734	8.90 15.45 19.90	4.16 6.32 10.19
<b>CIPROFLOXACINE AXAPHARM</b> cpr pell 250 mg blist 10 pce cpr pell 250 mg blist 20 pce	Axapharm AG	080180	18021 18021	15.60 19.90	6.43 10.19
<b>CIPROFLOXACINE SANDOZ ECO</b> cpr pell 250 mg 6 pce cpr pell 250 mg 10 pce cpr pell 250 mg 20 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	18502 18502 18502	8.90 15.45 19.90	4.16 6.32 10.19
<b>CIPROFLOXACIN ZENTIVA</b> cpr pell 250 mg blist 10 pce cpr pell 250 mg blist 20 pce	Helvepharm AG	080180	18064 18064	15.45 19.90	6.30 10.19
<b>CIPROFLOXACINE-MEPHA</b> cpr pell 250 mg 10 pce cpr pell 250 mg 20 pce	Mepha Pharma AG	080180	17880 17880	14.85 19.90	5.81 10.19
<b>DUTASTERID SPIRIG HC</b> caps 0.5 mg blist 30 pce caps 0.5 mg blist 90 pce	Spirig HealthCare AG	059900	20749 20749	16.65 41.80	7.37 22.14
<b>ECOFENAC SANDOZ</b> lipogel 1 % 50 g lipogel 1 % 100 g	Sandoz Pharmaceuticals AG	071040	17278 17278	5.55 7.60	3.02 4.12
<b>FENTANYL SANDOZ MAT</b> patchs mat 50 mcg/h 5 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010130	18614	53.40	32.25

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>FENTANYL SPIRIG HC</b> patchs mat 50 mcg/h 5 pce patchs mat 50 mcg/h 10 pce	Spirig HealthCare AG	010130	18921 18921	53.40 81.60	32.25 56.78
<b>FENTANYL-MEPHA</b> patchs mat 50 mcg/h 5 pce patchs mat 50 mcg/h 10 pce	Mepha Pharma AG	010130	18512 18512	53.40 81.55	32.24 56.74
<b>FLUIMUCIL</b> gran 200 mg adult sach 30 pce gran 200 mg adult sach 90 pce	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796 11796	6.05 18.85	3.27 9.26
<b>IBUPROFEN MYLAN</b> gran eff 600 mg sach 20 pce	Mylan Pharma GmbH	071010	21126	6.80	2.37
<b>INSPRA</b> cpr pell 25 mg 30 pce cpr pell 25 mg 100 pce cpr pell 50 mg 30 pce cpr pell 50 mg 100 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	050100	18249 18249 18249 18249	69.55 193.85 69.55 193.85	46.29 154.56 46.29 154.56
<b>INVEGA</b> cpr ret 3 mg 28 pce cpr ret 6 mg 28 pce cpr ret 9 mg 28 pce	Janssen-Cilag AG	010500	18727 18727 18727	159.55 159.55 213.70	124.69 124.69 171.86
<b>LEPONEX</b> cpr 100 mg 50 pce	Mylan Pharma GmbH	010500	11732	45.25	25.14
<b>LITALIR</b> caps 500 mg 100 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610	16482	92.20	66.04
<b>LIVIAL</b> cpr 2.500 mg 28 pce cpr 2.500 mg 3x 28 pce	Organon GmbH	070830	17141 17141	26.05 51.45	11.98 30.55
<b>MIRTAZAPIN STREULI</b> cpr pell 30 mg 10 pce cpr pell 30 mg 30 pce cpr pell 30 mg 100 pce	Streuli Pharma AG	010600	19482 19482 19482	17.15 39.35 84.65	7.78 20.00 59.43
<b>OLFEN</b> gel 1 % 50 g gel 1 % 100 g	Mepha Pharma AG	071040	15255 15255	4.50 7.60	2.44 4.12
<b>ONDANSETRON ODT LABATEC</b> cpr orodisp 8 mg 6 pce	Labatec Pharma SA	010900	20306	45.65	25.50
<b>ONDANSETRON ODT SANDOZ</b> cpr orodisp 8 mg blister 6 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010900	20896	45.65	25.50
<b>ONDANSÉTRON-TEVA ORO</b> cpr orodisp 8 mg 6 pce	Teva Pharma AG	010900	18780	45.65	25.50
<b>PANPRAX</b> cpr pell 20 mg 15 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 60 pce cpr pell 20 mg 120 pce	Drossapharm AG	049900	19261 19261 19261 19261	9.55 18.20 35.50 47.55	4.73 8.73 16.62 27.15
<b>PANTOPRAZOLE SANDOZ</b> cpr 20 mg 15 pce cpr 20 mg 30 pce cpr 20 mg 60 pce cpr 20 mg 120 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	049900	19264 19264 19264 19264	9.50 18.20 34.80 47.65	4.72 8.71 16.01 27.21

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>PANTOPRAZOL STREULI</b> cpr pell 20 mg 15 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 60 pce cpr pell 20 mg 120 pce	Streuli Pharma AG	049900	19263 19263 19263 19263	9.40 17.90 34.05 47.65	4.62 8.45 15.39 27.21
<b>PRAVASTATINE AXAPHARM</b> cpr 20 mg 30 pce cpr 20 mg 100 pce	Axapharm AG	071200	20353 20353	15.35 47.50	6.24 27.07
<b>PRAVASTATINE SPIRIG HC</b> cpr 20 mg 30 pce cpr 20 mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	071200	19946 19946	14.85 47.45	5.80 27.06
<b>PRAVASTATIN-MEPHA</b> cpr 20 mg 30 pce cpr 20 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	071200	20205 20205	15.15 47.45	6.06 27.06
<b>PRAVASTAX</b> cpr 20 mg 30 pce cpr 20 mg 100 pce	Drossapharm AG	071200	19880 19880	14.85 47.40	5.80 27.00
<b>PRIMOFÉNAC GEL ÉMULSIONNÉ</b> gel 1 % 50 g gel 1 % 100 g	Streuli Pharma AG	071040	15770 15770	4.50 7.60	2.45 4.12
<b>REMINYL PROLONGED RELEASE</b> caps 8 mg 28 pce caps 16 mg 28 pce caps 24 mg 28 pce	Janssen-Cilag AG	019900	18168 18168 18168	65.95 65.95 65.95	43.17 43.17 43.17
<b>REQUIP MODUTAB</b> cpr pell 2 mg 28 pce cpr pell 4 mg 28 pce cpr pell 8 mg 28 pce	GlaxoSmithKline AG	010800	18670 18670 18670	36.80 52.65 76.65	17.76 31.58 52.47
<b>RISPERDAL</b> cpr pell 1 mg 20 pce cpr pell 1 mg 60 pce cpr pell 2 mg 20 pce cpr pell 2 mg 60 pce cpr pell 3 mg 60 pce cpr pell 4 mg 60 pce	Janssen-Cilag AG	010500	16264 16264 16264 16264 16264 16264	18.00 41.45 28.60 57.90 77.75 89.85	8.55 21.84 14.19 36.14 53.45 64.00
<b>SIMCORA</b> cpr pell 40 mg 30 pce cpr pell 40 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200	18013 18013	29.00 69.60	14.54 46.32
<b>SIMVASTATINE SPIRIG HC</b> cpr pell 40 mg blist 30 pce cpr pell 40 mg blist 100 pce	Spirig HealthCare AG	071200	21274 21274	33.75 69.55	15.12 46.31
<b>SIMVASTATINE-MEPHA</b> lactabs 40 mg 30 pce lactabs 40 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	071200	20188 20188	29.25 69.55	14.77 46.31
<b>TELFAS</b> cpr 120 mg 10 pce cpr 120 mg 30 pce cpr 180 mg blist 10 pce cpr 180 mg blist 30 pce	Opella Healthcare Switzerland AG	071310	16863 16863 16863 16863	6.45 17.40 8.85 23.95	3.49 9.44 4.79 12.99

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>TEMODAL</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610			
caps 100 mg sach 5 pce			17424	268.40	219.53
caps 100 mg sach 20 pce			17424	1024.50	878.12
caps 180 mg sach 5 pce			17424	468.20	393.56
caps 180 mg sach 20 pce			17424	1788.10	1574.27
caps 250 mg sach 5 pce			17424	646.80	549.11
<b>TRAMAL</b>	Grünenthal Pharma AG	010130			
caps 50 mg 10 pce			14191	5.35	1.07
caps 50 mg 20 pce			14191	6.25	1.88
caps 50 mg 60 pce			14191	14.60	5.57
<b>TRAMAL RETARD</b>	Grünenthal Pharma AG	010130			
cpr ret 100 mg 10 pce			16737	7.65	3.10
cpr ret 100 mg 30 pce			16737	18.20	8.72
cpr ret 100 mg 50 pce			16737	26.15	12.07
cpr ret 150 mg 10 pce			16737	8.70	4.00
cpr ret 150 mg 30 pce			16737	20.70	10.91
cpr ret 150 mg 50 pce			16737	35.15	16.33
cpr ret 200 mg 10 pce			16737	9.40	4.63
cpr ret 200 mg 30 pce			16737	26.55	12.43
cpr ret 200 mg 50 pce			16737	35.95	17.02
<b>TRAVOTIM-VISION</b>	OmniVision AG	110900			
gtt opht fl 2.5 ml			21141	27.75	13.46
<b>TRAVO-VISION</b>	OmniVision AG	110900			
gtt opht 40 mcg/ml fl 2.500 ml			20832	19.60	9.93
<b>VALSARTAN AXAPHARM</b>	Axapharm AG	020710			
cpr pell 80 mg 28 pce			20176	19.60	9.93
cpr pell 80 mg 98 pce			20176	53.25	32.09
cpr pell 160 mg 28 pce			20176	26.00	11.94
cpr pell 160 mg 98 pce			20176	64.85	42.21
<b>VALSARTAN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	020710			
cpr pell 80 mg 28 pce			19445	19.60	9.92
cpr pell 80 mg 98 pce			19445	53.25	32.09
cpr pell 160 mg 28 pce			19445	26.00	11.95
cpr pell 160 mg 98 pce			19445	64.85	42.21
<b>VALSARTAN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	020710			
cpr pell 80 mg 28 pce			19748	15.80	6.62
cpr pell 80 mg 98 pce			19748	53.25	32.09
cpr pell 160 mg 28 pce			19748	18.85	9.26
cpr pell 160 mg 98 pce			19748	64.85	42.21
<b>VALTAN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	020710			
cpr pell 80 mg 28 pce			19583	19.60	9.92
cpr pell 80 mg 98 pce			19583	53.25	32.08
cpr pell 160 mg 28 pce			19583	26.05	11.96
cpr pell 160 mg 98 pce			19583	64.85	42.21
<b>VIBRAMYCINE TABS</b>	Pfizer AG	080150			
cpr 100 mg 8 pce			13770	8.25	3.63
cpr 100 mg 25 pce			13770	25.35	11.35
<b>ZALDIAR</b>	Grünenthal Pharma AG	010140			
cpr pell 10 pce			17828	6.00	1.65
cpr pell 20 pce			17828	7.45	2.93
cpr pell 60 pce			17828	18.20	8.70

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>IV.e. Mutation de prix normale</b>					
<b>JINARC</b> cpr 45 mg/15 mg 56 pce	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH	050200	20456	1648.75	1447.22
cpr 60 mg/30 mg 56 pce			20456	1648.75	1447.22
cpr 90 mg/30 mg 56 pce			20456	1648.75	1447.22
cpr 15 mg 28 pce			20456	1648.75	1447.22
cpr 30 mg 28 pce			20456	1648.75	1447.22
<b>TALTZ</b> sol inj 80 mg/ml seringue pré-rempli 1 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	071500	20532	1200.35	1038.37
sol inj 80 mg/ml seringue pré-rempli 2 pce			20532	2339.15	2076.73
sol inj 80 mg/ml stylo pré-rempli 1 pce			20532	1200.35	1038.37
sol inj 80 mg/ml stylo pré-rempli 2 pce			20532	2339.15	2076.73
<b>IV.f. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet</b>					
<b>CIMZIA</b> sol inj 200 mg/ml 2 ser prête 1 ml	UCB-Pharma SA	071500	19229	1051.45	902.63
<b>CIMZIA AUTOCLICKS</b> sol inj 200 mg/ml stylo pré 2 pce	UCB-Pharma SA	071500	19229	1051.45	902.63
<b>LUCENTIS</b> sol inj 1.650 mg/0.165 ml ser pré 0.165 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	119900	20214	866.75	740.72
sol inj 2.3000 mg/0.23 ml av aiguille filtre 0.230 ml			18483	866.75	740.72
<b>IV.g. Mutation du prix lors de la première admission</b>					
<b>ONGENTYS</b> caps 50 mg 30 pce	Bial SA	010800	20994	162.55	127.32
<b>VELTASSA</b> pdr 8.4 g sach 30 pce	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	160000	20709	240.40	195.13
pdr 16.8 g sach 30 pce			20709	240.40	195.13



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

#### V. Modifications de la limitation/de l'indication

<b>AZACITIDIN ACCORD</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	Accord Healthcare AG	071610	20876	273.85	224.25
---	----------------------	--------	-------	--------	--------

##### Vieille limitation:

Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants :

- 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.

##### Nouvelle limitation:

Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants :

- 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.

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

##### Association de AZACITIDIN ACCORD avec vénétoclax

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

AZACITIDIN ACCORD est remboursé en association avec du vénétoclax (VENCLYXTO) chez les patients adultes chez qui une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été nouvellement diagnostiquée (naïfs de traitement) et chez qui une chimiothérapie intensive n'est pas envisageable. Les patients atteints de leucémie promyélocytaire aiguë (LPA) sont exclus.

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

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20876.01

<b>AZACITIDIN IDEOGEN</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	Ideogen AG	071610	21414	233.35	189.00
--	------------	--------	-------	--------	--------

##### Vieille limitation:

Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants :

- 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.

##### Nouvelle limitation:

Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants :

- 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.

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

##### Association de AZACITIDIN IDEOGEN avec vénétoclax

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

AZACITIDIN IDEOGEN est remboursé en association avec du vénétoclax (VENCLYXTO) chez les patients adultes chez qui une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été nouvellement diagnostiquée (naïfs de traitement) et chez qui une chimiothérapie intensive n'est pas envisageable. Les patients atteints de leucémie promyélocytaire aiguë (LPA) sont exclus.

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

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21414.01

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>AZACITIDIN MYLAN</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	Mylan Pharma GmbH	071610	21235	273.85	224.25
<b>Vieille limitation :</b>					
Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants :					
- 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.					
<b>Nouvelle limitation :</b>					
Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants :					
- 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.					
Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025					
<b>Association de AZACITIDIN MYLAN avec vénétoclax</b>					
Après la garantie de prise en charge des frais par l'assurance-maladie et consultation préalable du médecin conseil.					
AZACITIDIN MYLAN est remboursé en association avec du vénétoclax (VENCLYXTO) chez les patients adultes chez qui une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été nouvellement diagnostiquée (naïfs de traitement) et chez qui une chimiothérapie intensive n'est pas envisageable. Les patients atteints de leucémie promyélocytaire aiguë (LPA) sont exclus.					
Le traitement est remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable.					
Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21235.01					
<b>AZACITIDIN SANDOZ</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	21123	273.85	224.25
<b>Vieille limitation :</b>					
Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants :					
- 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.					
<b>Nouvelle limitation :</b>					
Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants :					
- 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.					
Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025					
<b>Association de AZACITIDIN SANDOZ avec vénétoclax</b>					
Après la garantie de prise en charge des frais par l'assurance-maladie et consultation préalable du médecin conseil.					
AZACITIDIN SANDOZ est remboursé en association avec du vénétoclax (VENCLYXTO) chez les patients adultes chez qui une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été nouvellement diagnostiquée (naïfs de traitement) et chez qui une chimiothérapie intensive n'est pas envisageable. Les patients atteints de leucémie promyélocytaire aiguë (LPA) sont exclus.					
Le traitement est remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable.					
Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21123.01					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>AZACITIDIN SPIRIG HC</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	Spirig HealthCare AG	071610	21234	273.85	224.25

**Vieille limitation:**

Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants:

- 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 myéomonocytaire 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.

**Nouvelle limitation:**

Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants:

- 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 myéomonocytaire 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.

Neue Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

**Association de AZACITIDIN SPIRIG HC avec vénétoclax**

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

AZACITIDIN SPIRIG HC est remboursé en association avec du vénétoclax (VENCLYXTO) chez les patients adultes chez qui une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été nouvellement diagnostiquée (naïfs de traitement) et chez qui une chimiothérapie intensive n'est pas envisageable. Les patients atteints de leucémie promyélocytaire aiguë (LPA) sont exclus.

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

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21234.01

<b>LENALIDOMID ACCORD</b>	Accord Healthcare AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21398	807.65	689.23
caps 5 mg blist 21 pce			21398	828.90	707.76
caps 7.5 mg blist 21 pce			21398	850.15	726.28
caps 10 mg blist 21 pce			21398	871.45	744.81
caps 15 mg blist 21 pce			21398	915.05	782.79
caps 20 mg blist 21 pce			21398	960.00	821.96
caps 25 mg blist 21 pce			21398	1005.00	861.14

**Vieille limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

**Nouvelle limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

**Association de LENALIDOMID ACCORD avec tafasitamab**

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 le tafasitamab (MINJUVI) pour le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL) en rechute ou réfractaire après au moins une ligne de traitement systémique à base d'anticorps ciblant le CD20, qui ne sont pas éligibles à une autogreffe de cellules souches (AGCS).

Le nombre maximal d'emballages de LENALIDOMID ACCORD remboursables dans cette indication s'élève à 12.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 21398.11.

LENALIDOMID BMS	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21377	807.65	689.23
caps 5 mg blist 21 pce			21377	828.90	707.76
caps 7.5 mg blist 21 pce			21377	850.15	726.28
caps 10 mg blist 21 pce			21377	871.45	744.81
caps 15 mg blist 21 pce			21377	915.05	782.79
caps 20 mg blist 21 pce			21377	960.00	821.96
caps 25 mg blist 21 pce			21377	1005.00	861.14

**Vieille limitation :**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

**Nouvelle limitation :**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

**Association de LENALIDOMID BMS avec tafasitamab**

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 le tafasitamab (MINJUVI) pour le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL) en rechute ou réfractaire après au moins une ligne de traitement systémique à base d'anticorps ciblant le CD20, qui ne sont pas éligibles à une autogreffe de cellules souches (AGCS).

Le nombre maximal d'emballages de LENALIDOMID BMS remboursables dans cette indication s'élève à 12.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 21377.11.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>LENALIDOMID DEVATIS</b>	Devatis AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21420	807.65	689.23
caps 5 mg blist 21 pce			21420	828.90	707.76
caps 7.5 mg blist 21 pce			21420	850.15	726.28
caps 10 mg blist 21 pce			21420	871.45	744.81
caps 15 mg blist 21 pce			21420	915.05	782.79
caps 20 mg blist 21 pce			21420	960.00	821.96
caps 25 mg blist 21 pce			21420	1005.00	861.14

**Vieille limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

**Nouvelle limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

**Association de LENALIDOMID DEVATIS avec tafasitamab**

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

LENALIDOMID DEVATIS est remboursé en association avec le tafasitamab (MINJUVI) pour le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL) en rechute ou réfractaire après au moins une ligne de traitement systémique à base d'anticorps ciblant le CD20, qui ne sont pas éligibles à une autogreffe de cellules souches (AGCS).

Le nombre maximal d'emballages de LENALIDOMID DEVATIS remboursables dans cette indication s'élève à 12.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 21420.11.

<b>LENALIDOMID SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21312	807.65	689.23
caps 5 mg blist 21 pce			21312	828.90	707.76
caps 7.5 mg blist 21 pce			21312	850.15	726.28
caps 10 mg blist 21 pce			21312	871.45	744.81
caps 15 mg blist 21 pce			21312	915.05	782.79
caps 20 mg blist 21 pce			21312	960.00	821.96
caps 25 mg blist 21 pce			21312	1005.00	861.14

**Vieille limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

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

**Nouvelle limitation :**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

**Association de LENALIDOMID SANDOZ avec tafasitamab**

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 le tafasitamab (MINJUVI) pour le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL) en rechute ou réfractaire après au moins une ligne de traitement systémique à base d'anticorps ciblant le CD20, qui ne sont pas éligibles à une autogreffe de cellules souches (AGCS).

Le nombre maximal d'emballages de LENALIDOMID SANDOZ remboursables dans cette indication s'élève à 12.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 21312.11.

LENALIDOMID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21384	807.65	689.23
caps 5 mg blist 21 pce			21384	828.90	707.76
caps 7.5 mg blist 21 pce			21384	850.15	726.28
caps 10 mg blist 21 pce			21384	871.45	744.81
caps 15 mg blist 21 pce			21384	915.05	782.79
caps 20 mg blist 21 pce			21384	960.00	821.96
caps 25 mg blist 21 pce			21384	1005.00	861.14

**Vieille limitation :**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

**Nouvelle limitation :**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

**Association de LENALIDOMID SPIRIG HC avec tafasitamab**

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

LENALIDOMID SPIRIG HC est remboursé en association avec le tafasitamab (MINJUVI) pour le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL) en rechute ou réfractaire après au moins une ligne de traitement systémique à base d'anticorps ciblant le CD20, qui ne sont pas éligibles à une autogreffe de cellules souches (AGCS).

Le nombre maximal d'emballages de LENALIDOMID SPIRIG HC remboursables dans cette indication s'élève à 12.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 21384.11.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>LENALIDOMID ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21381	807.65	689.23
caps 5 mg blist 21 pce			21381	828.90	707.76
caps 7.5 mg blist 21 pce			21381	850.15	726.28
caps 10 mg blist 21 pce			21381	871.45	744.81
caps 15 mg blist 21 pce			21381	915.05	782.79
caps 20 mg blist 21 pce			21381	960.00	821.96
caps 25 mg blist 21 pce			21381	1005.00	861.14

**Vieille limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

**Nouvelle limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

**Association de LENALIDOMID ZENTIVA avec tafasitamab**

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

LENALIDOMID ZENTIVA est remboursé en association avec le tafasitamab (MINJUVI) pour le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL) en rechute ou réfractaire après au moins une ligne de traitement systémique à base d'anticorps ciblant le CD20, qui ne sont pas éligibles à une autogreffe de cellules souches (AGCS).

Le nombre maximal d'emballages de LENALIDOMID ZENTIVA remboursables dans cette indication s'élève à 12.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 21381.11.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>LENALIDOMID-TEVA</b>	Teva Pharma AG	071610			
caps 2.5 mg blist 21 pce			21379	807.65	689.23
caps 5 mg blist 21 pce			21379	828.90	707.76
caps 7.5 mg blist 21 pce			21379	850.15	726.28
caps 10 mg blist 21 pce			21379	871.45	744.81
caps 15 mg blist 21 pce			21379	915.05	782.79
caps 20 mg blist 21 pce			21379	960.00	821.96
caps 25 mg blist 21 pce			21379	1005.00	861.14

**Vieille limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

**Nouvelle limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Lenalidomid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

**Association de LENALIDOMID-TEVA avec tafasitamab**

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 le tafasitamab (MINJUVI) pour le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL) en rechute ou réfractaire après au moins une ligne de traitement systémique à base d'anticorps ciblant le CD20, qui ne sont pas éligibles à une autogreffe de cellules souches (AGCS).

Le nombre maximal d'emballages de LENALIDOMID-TEVA remboursables dans cette indication s'élève à 12.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 21379.11.



PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>PRALUENT</b>	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071200			
sol inj 75 mg/ml stylo pré 1 pce			20487	233.35	188.96
sol inj 75 mg/ml stylo pré 2 pce			20487	450.25	377.92
sol inj 150 mg/ml stylo pré 2 pce			20487	450.25	377.92

**Vieille limitation :**

Après accord préalable de prise en charge par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Praluent est remboursé en complément d'un régime alimentaire et d'une thérapie intensive à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C.

En prévention secondaire, après un événement cardiovasculaire ischémique cliniquement manifeste d'origine athérosclérotique et avec une valeur de LDL-C > 2.6 mmol/l chez :

- les patients adultes avec hypercholestérolémie,
- les patients adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote.

En prévention primaire, uniquement chez les patients à haut risque :

- Patients adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère présentant une valeur de LDL-C > 5.0 mmol/l,
- Patients adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère présentant une valeur de LDL-C > 4.5 mmol/l et au moins l'un des facteurs de risque additionnels suivants : diabète sucré, valeur de lipoprotéine (a) > 50 mg/dL (respectivement 120 nmol/L), hypertension artérielle fortement élevée.

Praluent est uniquement remboursé lorsqu'une réduction supplémentaire du LDL-C est médicalement indiquée en raison d'un risque cardiovasculaire très élevé, à savoir :

- lorsqu'à l'issue d'une thérapie intensive d'au moins 3 mois à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C et comportant au moins deux statines différentes avec ou sans ézétimibe (ou ézétimibe avec ou sans autre médicament hypolipémiant en cas d'intolérance aux statines) les valeurs de LDL-C ci-dessus n'ont pu être atteintes et
- lorsque la pression artérielle est contrôlée et lorsque le contrôle de la glycémie avec un taux d'HbA1c inférieur à 8% et une abstinence à la nicotine sont recherchés.

Une intolérance aux statines est attestée quand :

- une tentative de traitement avec plusieurs statines a conduit à des myalgies ou
- à une augmentation de la créatine kinase d'au moins 5 fois la valeur normale supérieure ou
- une hépatopathie sévère est survenue sous traitement avec une statine.

Le diagnostic, la prescription initiale et les contrôles réguliers doivent être effectués par des médecins spécialistes FMH en angiologie, diabétologie/endocrinologie, cardiologie, néphrologie, neurologie ou par des experts reconnus dans le domaine de l'hypercholestérolémie. La liste de ces experts est disponible à l'adresse suivante : <http://www.bag.admin.ch/lr-ref>

La thérapie ne peut être poursuivie que lorsqu'un contrôle dans les 6 mois après le début du traitement a montré une réduction d'au moins 40% du LDL-C par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal ou qu'une valeur de LDL-C inférieure à 1.8 mmol/l a été atteinte.

Sanofi-Aventis (Suisse) SA rembourse à l'assureur-maladie chez lequel la personne était assurée au moment de l'achat, dès sa première demande, une part forfaitaire du prix de fabrique pour chaque boîte de Praluent achetée. L'assureur-maladie sera informé du montant pris en charge. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à compter de l'administration.

**Nouvelle limitation :**

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2025

PRALUENT est remboursé en accompagnement d'un régime alimentaire et en complément d'une thérapie intensive à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C :

- En prévention secondaire chez les patients après un événement cardiovasculaire ischémique athérosclérotique cliniquement manifeste et une valeur de LDL-C > 1.8 mmol/l
- Chez les patients atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote et présentant une valeur de LDL-C > 2.6 mmol/l.

PRALUENT est remboursé si les valeurs de LDL-C ci-dessus n'ont pas pu être atteintes avec la dose maximale tolérée d'une thérapie intensive visant à réduire le LDL-C pendant au moins trois mois, consistant en l'essai d'au moins deux statines différentes avec ou sans ézétimibe (ou ézétimibe avec ou sans autre hypolipémiant en cas d'intolérance aux statines).

Une intolérance aux statines est attestée quand :

- une tentative de traitement avec plusieurs statines a conduit à des myalgies ou
- à une augmentation de la créatinine kinase d'au moins cinq fois la valeur normale supérieure ou
- une hépatopathie sévère est survenue sous traitement avec une statine.

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

Le traitement ne doit être poursuivi que lorsqu'un contrôle effectué dans les 6 mois après le début du traitement a montré une réduction d'au moins 40% du LDL-C par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal ou qu'une valeur de LDL-C inférieure à 1.4 mmol/l a été atteinte. Chez les patients ayant antérieurement reçu un traitement par un inhibiteur de PCSK9 ou réducteur de PCSK9 (Inclisiran), une réduction d'au moins 40% par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal avant le traitement par un inhibiteur de PCSK9 / réducteur de PCSK9 ou une valeur de LDL-C inférieure à 1.4 mmol/l doit être atteinte.

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

Sanofi-Aventis (Suisse) SA rembourse à l'assureur-maladie chez lequel le/la patient(e) était assuré(e) au moment de l'achat, dès sa première demande, une part forfaitaire du prix de fabrique pour chaque boîte de PRALUENT achetée. L'assureur-maladie sera informé du montant pris en charge. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à compter de l'administration.

Il doit être tenu compte de ce remboursement lors de l'examen du caractère économique selon l'art. 56 al. 6 LAMal.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thérap.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>REPATHA</b>	Amgen Switzerland AG	071200			
sol inj 140 mg/ml stylo 1 pce			20427	233.35	188.96
sol inj 140 mg/ml stylo 2 pce			20427	450.25	377.92

**Vieille limitation:**

Après accord préalable de prise en charge par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Repatha est remboursé en complément d'un régime alimentaire et d'une thérapie intensive à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C.

En prévention secondaire, après un événement cardiovasculaire ischémique cliniquement manifeste d'origine athérosclérotique et avec une valeur de LDL-C > 2.6 mmol/l chez:

- les patients adultes avec hypercholestérolémie,
- les patients adultes et pédiatriques à partir de 10 ans avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote,
- les patients adultes et pédiatriques à partir de 10 ans avec hypercholestérolémie familiale homozygote.

En prévention primaire, uniquement chez les patients à haut risque:

- Patients adultes et pédiatriques à partir de 10 ans avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère présentant une valeur de LDL-C > 5.0 mmol/l,
- Patients adultes et pédiatriques à partir de 10 ans avec hypercholestérolémie familiale homozygote présentant une valeur de LDL-C > 5.0 mmol/l,
- Patients adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère présentant une valeur de LDL-C > 4.5 mmol/l et au moins l'un des facteurs de risque additionnels suivants: diabète sucré, valeur de lipoprotéine (a) > 50 mg/dl (respectivement 120 nmol/L), hypertension artérielle fortement élevée.

Repatha est uniquement remboursé lorsqu'une réduction supplémentaire du LDL-C est médicalement indiquée en raison d'un risque cardiovasculaire très élevé, à savoir:

- lorsqu'à l'issue d'une thérapie intensive d'au moins 3 mois à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C et comportant au moins deux statines différentes avec ou sans ézétimibe (ou ézétimibe avec ou sans autre médicament hypolipémiant en cas d'intolérance aux statines) les valeurs de LDL-C ci-dessus n'ont pu être atteintes et
- lorsque la pression artérielle est contrôlée et lorsque le contrôle de la glycémie avec un taux d'HbA1c inférieur à 8% et une abstinence à la nicotine sont recherchés.

Une intolérance aux statines est attestée quand:

- une tentative de traitement avec plusieurs statines a conduit à des myalgies ou
- à une augmentation de la créatine kinase d'au moins 5 fois la valeur normale supérieure ou
- une hépatopathie sévère est survenue sous traitement avec une statine.

Le diagnostic, la prescription initiale et les contrôles réguliers doivent être effectués par des médecins spécialistes FMH en angiologie, diabétologie/endocrinologie, cardiologie, néphrologie, neurologie ou par des experts reconnus dans le domaine de l'hypercholestérolémie. La liste de ces experts est disponible à l'adresse suivante: <http://www.bag.admin.ch/lis-ref>

La thérapie ne peut être poursuivie que lorsqu'un contrôle dans les 6 mois après le début du traitement a montré une réduction d'au moins 40% du LDL-C par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal ou qu'une valeur de LDL-C inférieure à 1.8 mmol/l a été atteinte (hypercholestérolémie familiale homozygote exclue).

Amgen AG rembourse à l'assureur-maladie chez lequel la personne était assurée au moment de l'achat, dès sa première demande, une part forfaitaire du prix de fabrication pour chaque boîte de Repatha achetée. L'assureur-maladie sera informé du montant pris en charge. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à compter de l'administration.

**Nouvelle limitation:**

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2025

REPATHA est remboursé en accompagnement d'un régime alimentaire et en complément d'une thérapie intensive à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C:

- En prévention secondaire chez les patients après un événement cardiovasculaire ischémique athérosclérotique cliniquement manifeste et une valeur de LDL-C > 1.8 mmol/l.
- Chez les patients à partir de 10 ans atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote et homozygote et présentant une valeur de LDL-C > 2.6 mmol/l.

REPATHA est remboursé si les valeurs de LDL-C ci-dessus n'ont pas pu être atteintes avec la dose maximale tolérée d'une thérapie intensive visant à réduire le LDL-C pendant au moins trois mois, consistant en l'essai d'au moins deux statines différentes avec ou sans ézétimibe (ou ézétimibe avec ou sans autre hypolipémiant en cas d'intolérance aux statines).

Une intolérance aux statines est attestée quand:

- une tentative de traitement avec plusieurs statines a conduit à des myalgies ou
- à une augmentation de la créatine kinase d'au moins cinq fois la valeur normale supérieure ou
- une hépatopathie sévère est survenue sous traitement avec une statine.

Le diagnostic, la prescription initiale et les contrôles réguliers doivent être effectués par des médecins spécialistes FMH en angiologie, diabétologie/endocrinologie, cardiologie, néphrologie, neurologie ou par des experts reconnus dans le domaine de l'hypercholestérolémie. La liste correspondante de ces experts est disponible à l'adresse suivante: <http://www.bag.admin.ch/lis-ref>

Le traitement ne doit être poursuivi que lorsqu'un contrôle effectué dans les 6 mois après le début du traitement a montré une réduction d'au moins 40% du LDL-C par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal ou qu'une valeur de LDL-C inférieure à 1.4 mmol/l a été atteinte. Chez les patients ayant antérieurement reçu un traitement par un inhibiteur/réducteur de PCSK9 (par exemple Inclisiran), une réduction d'au moins 40% par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal avant le traitement par un inhibiteur/réducteur de PCSK9 ou une valeur de LDL-C inférieure à 1.4 mmol/l doit être atteinte.

Le remboursement en association avec l'utilisation d'un inhibiteur/réducteur de PCSK9 (par exemple Inclisiran) est exclu.

Amgen Switzerland AG rembourse à l'assureur-maladie chez lequel la personne était assurée au moment de l'achat, dès sa première demande, une part forfaitaire du prix de fabrication pour chaque boîte de Repatha achetée. L'assureur-maladie sera informé du montant pris en charge. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à compter de l'administration.

Les contrôles de rapport coût-efficacité conformément à l'art. 56 al. 6 LAMal doivent tenir compte de ce remboursement.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>REVLIMID</b>	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
caps 2.5 mg 21 pce			18541	2581.20	2297.43
caps 5 mg 21 pce			18541	2648.95	2359.19
caps 7.5 mg 21 pce			18541	2716.65	2420.94
caps 10 mg 21 pce			18541	2784.40	2482.70
caps 15 mg 21 pce			18541	2920.55	2609.31
caps 25 mg 21 pce			18541	3188.20	2870.45
caps 20 mg 21 pce			18541	3054.40	2739.88

**Vieille limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Revlimid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

**Nouvelle limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec le bortézomib et la dexaméthasone
- des patients adultes qui souffrent de myélome multiple, comme traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches
- des patients adultes non éligibles à une greffe, qui souffrent d'un myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, suivi respectivement d'un traitement d'entretien par Revlimid, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu antérieurement, au moins un traitement médicamenteux en association avec la dexaméthasone
- 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.

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

**Association de REVLIMID avec tafasitamab**

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 le tafasitamab (MINJUVI) pour le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL) en rechute ou réfractaire après au moins une ligne de traitement systémique à base d'anticorps ciblant le CD20, qui ne sont pas éligibles à une autogreffe de cellules souches (AGCS).

Le nombre maximal d'emballages de REVLIMID remboursables dans cette indication s'élève à 12.

Sur première demande de l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne était assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation rembourse à cette dernière une part fixe du prix de fabrique pour chaque emballage de REVLIMID acheté. Le titulaire de l'autorisation communique à l'assurance-maladie le montant du remboursement. Le remboursement de la TVA ne peut pas être exigé en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de restitution doit être faite rapidement après l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 18541.11

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>TALTZ</b>	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
sol inj 80 mg/ml seringue prête 1 pce			20532	1200.35	1038.37
sol inj 80 mg/ml stylo pré 1 pce			20532	1200.35	1038.37
sol inj 80 mg/ml seringue prête 2 pce			20532	2339.15	2076.73
sol inj 80 mg/ml stylo pré 2 pce			20532	2339.15	2076.73

**Vieille limitation:**

La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie / rhumatologie.

**Psoriasis en plaque**

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine).

Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 20 semaines de traitement.

**Arthrite psoriasique**

Seul ou en association avec des antirhumatismes modificateurs de la maladie (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs) conventionnels, chez les patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs DMARDs ou ne l'ayant pas toléré.

Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 36.05 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 72.10 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement pour l'arthrite psoriasique, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

**Spondylarthrite ankylosante**

Pour le traitement des adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active et sévère qui n'ont pas suffisamment répondu à une thérapie conventionnelle (par ex. AINS) ou qui ne la tolèrent pas.

Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 133.99 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 267.98 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement pour la spondylarthrite ankylosante, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

**Nouvelle limitation:**

La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie/rhumatologie.

**Psoriasis en plaque**

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine).

Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 20 semaines de traitement.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20532.01

**Arthrite psoriasique**

Seul ou en association avec des antirhumatismes modificateurs de la maladie (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs) conventionnels, chez les patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs DMARDs ou ne l'ayant pas toléré.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20532.02

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2024

**Spondylarthrite ankylosante**

Pour le traitement des adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active et sévère qui n'ont pas suffisamment répondu à une thérapie conventionnelle (par ex. AINS) ou qui ne la tolèrent pas.

Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 109.15 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 218.29 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement pour la spondylarthrite ankylosante, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20532.03

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>VENCLYXTO</b>	AbbVie AG	071610			
cpr pell 10 mg blist 14 pce			20764	99.10	72.05
cpr pell 50 mg blist 7 pce			20764	223.15	180.11
cpr pell 100 mg blist 7 pce			20764	429.95	360.23
cpr pell 100 mg blist 14 pce			20764	843.50	2076.73
cpr pell 100 mg blist 112 pce			20764	6153.75	5763.66

**Vieille limitation :****Leucémie lymphoïde chronique en association avec du rituximab**

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

Venclyxto est indiqué en association avec le rituximab pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Le traitement (incluant au maximum 6 cycles de rituximab) est remboursé pendant une durée maximale de 24 mois + 5 semaines (durée du traitement conformément à l'information professionnelle).

Aucun autre traitement médicamenteux anti-LLC n'est remboursé jusqu'à l'apparition d'une progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20764.02

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

**Leucémie lymphoïde chronique (monothérapie) chez les patients avec del17p/TP53mut et après en échec traitement par un BCRi**

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

En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en présence d'une délétion 17p ou d'une mutation TP53 chez les patients adultes en échec de traitement par un inhibiteur de la voie de signalisation du récepteur des cellules B. Le traitement sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité inacceptable.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque Venclyxto lui a été délivré, AbbVie AG rembourse à cet assureur maladie 4.2% du prix de fabrique de chaque boîte de Venclyxto. Le remboursement ne s'applique pas aux boîtes utilisées dans l'indication vénétoclax + rituximab. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut être récupérée en plus de cette partie du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20764.01

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

**Leucémie myéloïde aiguë en association avec de l'azacitidine ou de la décitabine**

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

VENCLYXTO est remboursé en association avec de l'azacitidine ou de la décitabine chez les patients adultes chez qui une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été nouvellement diagnostiquée (naïfs de traitement) et chez qui une chimiothérapie intensive n'est pas envisageable. Les patients atteints de leucémie promyélocytaire aiguë (LPA) sont exclus.

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

Sur première demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne assurée était assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation, AbbVie AG, remboursera à ce dernier une part déterminée du prix de fabrique pour chaque emballage de VENCLYXTO acheté.

Cette part de remboursement correspond à la différence entre le prix économique et le prix de fabrique de la liste des spécialités actuellement coté. Les prix économiques de VENCLYXTO en association avec de l'azacitidine ou de la décitabine sont les suivants :

Cpr pell 10 mg, 14 pce Fr. 55.04

Cpr pell 50 mg, 7 pce Fr. 137.59

Cpr pell 100 mg, 7 pce Fr. 275.18

Cpr pell 100 mg, 14 pce Fr. 550.36

Cpr pell 100 mg, 112 pce Fr. 4'402.85

La demande de remboursement par l'assurance-maladie ne vaut que pour l'association de VENCLYXTO avec l'azacitidine ou la décitabine. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration. Les génériques d'azacitidine sont économiques en association avec VENCLYXTO sans remboursement pour les génériques. Pour les préparations originales contenant de l'azacitidine ou de la décitabine, un remboursement est également fixé dans leurs limitations.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20764.03

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

**Nouvelle limitation:****Leucémie lymphoïde chronique en association avec du rituximab**

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

Venclyxto est indiqué en association avec le rituximab pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Le traitement (incluant au maximum 6 cycles de rituximab) est remboursé pendant une durée maximale de 24 mois + 5 semaines (durée du traitement conformément à l'information professionnelle).

Aucun autre traitement médicamenteux anti-LLC n'est remboursé jusqu'à l'apparition d'une progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20764.02

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

**Leucémie lymphoïde chronique (monothérapie) chez les patients avec del17p/TP53mut et après en échec traitement par un BCRi**

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

En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en présence d'une délétion 17p ou d'une mutation TP53 chez les patients adultes en échec de traitement par un inhibiteur de la voie de signalisation du récepteur des cellules B. Le traitement sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité inacceptable.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque Venclyxto lui a été délivré, AbbVie AG rembourse à cet assureur maladie 4.2% du prix de fabrique de chaque boîte de Venclyxto. Le remboursement ne s'applique pas aux boîtes utilisées dans l'indication vénétoclax + rituximab. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut être récupérée en plus de cette partie du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20764.01

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

**Leucémie myéloïde aiguë en association avec de l'azacitidine ou de la décitabine**

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

VENCLYXTO est remboursé en association avec de l'azacitidine ou de la décitabine chez les patients adultes chez qui une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été nouvellement diagnostiquée (naïfs de traitement) et chez qui une chimiothérapie intensive n'est pas envisageable. Les patients atteints de leucémie promyélocytaire aiguë (LPA) sont exclus.

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

Sur première demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne assurée était assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation, AbbVie AG, remboursera à ce dernier une part déterminée du prix de fabrique pour chaque emballage de VENCLYXTO acheté.

Cette part de remboursement correspond à la différence entre le prix économique et le prix de fabrique de la liste des spécialités actuellement coté. Les prix économiques de VENCLYXTO en association avec de l'azacitidine ou de la décitabine sont les suivants :

Cpr pell 10 mg, 14 pce Fr. 55.04

Cpr pell 50 mg, 7 pce Fr. 137.59

Cpr pell 100 mg, 7 pce Fr. 275.18

Cpr pell 100 mg, 14 pce Fr. 550.36

Cpr pell 100 mg, 112 pce Fr. 4'402.85

La demande de remboursement par l'assurance-maladie ne vaut que pour l'association de VENCLYXTO avec l'azacitidine ou la décitabine. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration. Les conditions de prise en charge des partenaires de la combinaison, azacitidine ou décitabine, ainsi qu'un éventuel remboursement, sont fixées dans leur limitation.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20764.03

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

## VI. Limitation de la nouvelle admission

JINARC	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH	050200			
cpr 45 mg/15 mg 56 pce			20456	1648.75	1447.22
cpr 60 mg/30 mg 56 pce			20456	1648.75	1447.22
cpr 90 mg/30 mg 56 pce			20456	1648.75	1447.22
cpr 15 mg 28 pce			20456	1648.75	1447.22
cpr 30 mg 28 pce			20456	1648.75	1447.22

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2023

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil. Pour freiner la progression du développement de kystes et de l'insuffisance rénale dans la polykystose rénale autosomique dominante typique (PKRAD classe 1) chez l'adulte atteint d'une maladie rénale chronique (MRC) de stade 1 à 3 au début du traitement, avec des signes d'évolution rapide de la maladie, lorsque le volume rénal total (VRT) est d'au moins 750 ml au début du traitement et le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) d'au moins 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> et lorsqu'il existe en outre une classe Mayo 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 1 ou une classe Mayo 1C, 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 2 et 3.

Le diagnostic, la prescription et la surveillance du traitement avec JINARC doivent être effectués exclusivement par un spécialiste en néphrologie exerçant dans un hôpital possédant un centre de néphrologie selon la définition de l'OFSP. Les centres définis par l'OFSP (cf. <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>) remplissent au moins deux des trois critères suivants:

- Le centre est une clinique de néphrologie définie comme centre de formation postgraduée FMH de catégorie A ou B.
- Au moins un spécialiste en néphrologie formé par Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH exerce dans le centre.
- Le centre s'est engagé à participer à l'étude PASS portant sur JINARC. Dans ce contexte, les données suivantes doivent être relevées: âge du patient au début du traitement, sexe du patient, DFGe avant le début du traitement, stade de la MRC et volume rénal total au début du traitement, classe Mayo au début du traitement ainsi que posologie initiale. Doivent ensuite être communiqués, tous les 6 mois: le DFGe, les modifications de la dose, la raison d'une réduction de la dose, le cas échéant, et la raison de l'arrêt du traitement, le cas échéant.

La demande de prise en charge des frais doit comporter les mentions suivantes:

- Diagnostic de PKRAD typique (classe 1) confirmé par le nombre de kystes/rein et l'âge (selon les critères de Pei-Ravine) ou au moyen d'un test génétique.
- Stade de la MRC, DFGe, volume rénal total, âge du patient et classe Mayo au début du traitement.
- Posologie initiale.

Si un patient arrête le traitement au bout d'une durée de thérapie de 3 mois ou moins, le coût total du traitement, sur la base du prix «départ usine», est remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH à l'assureur-maladie auprès duquel ce patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrication. Est considéré comme arrêt du traitement le fait qu'un patient, après avoir acheté la première, les deux premières ou les trois premières boîtes mensuelles, n'achète plus de boîte pendant 2 mois. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. La demande doit avoir lieu dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement.

Si en raison d'un ajustement de la dose, le coût annuel du traitement dépasse celui de 13 boîtes à CHF 1695.85, le surcoût excédant ce montant devra être remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH, sur la base du prix de fabrication, à l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrication. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. Une période d'achat de 15 mois sera prise en compte pour l'évaluation du coût annuel du traitement. La demande de remboursement doit être faite dans le mois qui suit cette période d'achat de 15 mois.

LUXTURNA	Novartis Pharma Schweiz AG	119900			
Inj conc c Solv 1 pce			21179	368319.16	359095.78

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2023

Après la garantie de la prise en charge de l'assurance maladie et la consultation préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie, pour le traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de perte de vision due à une dystrophie rétinienne héréditaire basée sur des mutations bialléliques confirmées du gène RPE65 et disposant de suffisamment de cellules rétinienne viables (une région rétinienne dans le pôle postérieur > 100 micromètres d'épaisseur).

Aucun remboursement pour les patients pédiatriques de moins de 3 ans. Luxturna n'est remboursé qu'une seule fois par oeil et par patient. Luxturna est administré uniquement par un centre de traitement certifié.

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

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

**LYNPARZA**

AstraZeneca AG

071610

cpr pell 100 mg blist 112 pce

20852

5360.25

4989.53

cpr pell 150 mg blist 112 pce

20852

5360.25

4989.53

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2022

**Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne**

## Monothérapie

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie et après accord de prise en charge par la caisse d'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil concernant le traitement d'entretien (en monothérapie) du cancer sévère de haut grade de l'ovaire de stade avancé (stades FIGO III et IV) avec une mutation du gène BRCA chez les patientes en rémission complète ou partielle (réduction  $\geq 30\%$  du volume de la tumeur ou taux de CA-125 n'ayant pas baissé jusqu'aux valeurs normales) suite à une première ligne de chimiothérapie (néoadjuvante à base de platine et sans signe clinique de progression ou taux de CA-125 en augmentation après la fin de la chimiothérapie, dans les conditions suivantes:

- au moins 6 cycles de chimiothérapie à base de platine ou au moins 4 cycles en cas d'interruption de la chimiothérapie en raison de toxicité
- Maintien du traitement jusqu'à la progression.
- La durée maximale de remboursement du traitement est de 24 mois pour les patientes en rémission complète (aucune tumeur mise en évidence par radiographie) après 2 ans.

Pour les patientes avec une tumeur résiduelle mesurable après un traitement d'une durée supérieure à 24 mois (à partir de 25 mois), la titulaire de l'autorisation rembourse 50 % du prix départ usine pour l'achat de toute boîte supplémentaire de Lynparza, sur demande de la caisse d'assurance-maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat. Durant les 24 premiers mois, les montants remboursés sont ceux figurant sur la LS. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en sus de cette partie du prix départ usine. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration.

Des thérapies combinées telles que olaparib avec des traitements immuno-oncologiques ainsi que la reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute ne sont pas remboursés.

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2022

**Cancer de l'ovaire récidivant après chimiothérapie**

Uniquement après prescription par un gynécologue ou un oncologue et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, comme traitement d'entretien (monothérapie) chez des patients atteints d'un cancer avancé sévère de haut grade de l'ovaire, sensible au platine, et suite à une réponse (partielle ou complète) à une chimiothérapie à base de platine dans les conditions suivantes:

- $\geq 2$  chimiothérapies préalables à base de platine, la dernière de ces chimiothérapies à base de platine avec  $\geq 4$  cycles de thérapie.
- pas de traitement/traitement d'entretien préalable avec des inhibiteurs de PARP.
- Le traitement est poursuivi jusqu'à la progression de la maladie.

Des thérapies combinées telles que olaparib avec des traitements immuno-oncologiques ainsi que la reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute ne sont pas remboursés.

Durant les 24 premiers mois, les montants remboursés sont ceux figurant sur la LS. Pour un traitement d'une durée supérieure (à partir de 25 mois), le titulaire de l'autorisation rembourse 50 % du prix départ usine pour l'achat de toute boîte supplémentaire de Lynparza, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat.

La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2022

**Cancer du pancréas après thérapie de première ligne**

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en oncologie et après accord de prise en charge par la caisse d'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil concernant le traitement d'entretien (monothérapie) chez des patients adultes atteints d'un adénocarcinome du pancréas métastatique avec mutation du gène gBRCA délétère suspectée ou confirmée dont la maladie n'a pas progressé pendant au moins 16 semaines d'une première ligne de chimiothérapie à base de platine dans les conditions suivantes:

- Statut de performance ECOG 0 - 1
- Le traitement est poursuivi jusqu'à la progression de la maladie.

La reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute n'est pas remboursée.



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

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

### VACCINS

080800

#### Vieille limitation:

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

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

#### Nouvelle limitation:

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

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

### MYCAMINE

Astellas Pharma AG

080600

subst sèche 50 mg flac 1 pce

20249

307.50

253.58

subst sèche 100 mg flac 1 pce

20249

503.55

424.35

#### Vieille limitation:

Mycamine ne doit être utilisé que lorsque les autres antifongiques systémiques (azolés ou autre échinocandine) n'entrent pas en ligne de compte.

- Adultes et adolescents ≥16 ans - Traitement des candidémies.
- Enfants dès 4 semaines et adolescents <16 ans - Traitement des candidoses invasives.
- Traitement des candidoses oesophagiennes des patients chez lesquels le traitement intraveineux est indiqué.

#### Nouvelle limitation:

Mycamine n'est remboursé que lorsque les autres antifongiques systémiques tels que les azolés ou une autre échinocandine n'entrent pas en ligne de compte.

- Adultes et adolescents ≥16 ans - Traitement des candidémies.
- Adultes et adolescents ≥16 ans - Traitement des candidoses oesophagiennes lorsqu'un traitement intraveineux est indiqué.
- Enfants dès 4 semaines et adolescents <16 ans - Traitement des candidoses invasives.

### OMIDA RUBISAN N

Omida AG

200110

Salbe 50 g

16497

13.80

7.48

Salbe 100 g

16497

24.30

13.16

#### Nouvelle limitation:

Utilisation entre les poussées aiguës de psoriasis.



**LE DON D'ORGANES : PARLEZ-EN  
POUR LE BIEN DE VOS PROCHES**

**VIVRE-PARTAGER.CH**

**Parler au nom des autres, ce n'est pas facile.  
Je fais part de ma volonté à mes proches.  
Ils pourront ainsi prendre la décision appropriée.**



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

swiss  
transplant 

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

# Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

**Les ordonnances suivantes sont bloquées**

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Berne		10069954
		10468151
Grisons		9870635
Vaud		19838871
		10421626-10421650

OFSP-Bulletin  
OFCL, Diffusion publications  
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# OFSP-Bulletin

Semaine

51/2022