



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 20 novembre 2023

Semaine

OFSP-Bulletin 47/2023

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

Liste des spécialités, p. 8

Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

MISE EN PAGE ET IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	7
Rapport hebdomadaire des affections grippales	7
Liste des spécialités	8
Vol d'ordonnances	31

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 45^e semaine (13.11.2023)^a

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

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

^c Femmes enceintes et nouveau-nés.

^d Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^e Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 45^e semaine (13.11.2023)^a

	Semaine 45			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	2 1.2	3 1.8	1 0.6	11 1.6	10 1.5	6 0.9	143 1.6	123 1.4	69 0.8	112 1.5	101 1.3	59 0.8
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers	https://idd.bag.admin.ch											
Légionellose	10 5.9	14 8.3	8 4.7	64 9.5	51 7.6	47 7	658 7.5	656 7.5	646 7.4	569 7.5	579 7.6	600 7.9
Méningocoques: maladie invasive		1 0.6		1 0.2	3 0.4	1 0.2	36 0.4	14 0.2	9 0.1	32 0.4	13 0.2	7 0.09
Pneumocoques: maladie invasive	12 7.1	17 10.1	4 2.4	47 7	58 8.6	47 7	939 10.7	653 7.4	451 5.1	732 9.6	555 7.3	401 5.3
Rougeole	2 1.2			4 0.6			39 0.4			38 0.5		
Rubéole^b												
Rubéole, materno-fœtale^c												
Tuberculose	4 2.4	7 4.2	2 1.2	24 3.6	25 3.7	22 3.3	405 4.6	357 4.1	352 4	365 4.8	314 4.1	306 4
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	101 59.8	140 82.9	114 67.5	567 84	573 84.9	477 70.6	6519 74.3	7714 87.9	6513 74.2	5685 74.8	6809 89.6	5834 76.8
Hépatite A	1 0.6		1 0.6	4 0.6	3 0.4	6 0.9	57 0.6	49 0.6	46 0.5	52 0.7	42 0.6	42 0.6
Hépatite E	3 1.8	3 1.8	1 0.6	5 0.7	6 0.9	3 0.4	81 0.9	78 0.9	162 1.8	72 1	66 0.9	156 2
Infection à E. coli entérohémorragique	32 19	26 15.4	17 10.1	129 19.1	102 15.1	78 11.6	1270 14.5	1187 13.5	894 10.2	1143 15	1069 14.1	828 10.9
Listériose		3 1.8		1 0.2	6 0.9	1 0.2	67 0.8	79 0.9	32 0.4	60 0.8	71 0.9	25 0.3
Salmonellose, S. typhi/paratyphi					1 0.2		20 0.2	10 0.1	1 0.01	18 0.2	9 0.1	1 0.01
Salmonellose, autres	29 17.2	39 23.1	28 16.6	188 27.8	180 26.7	135 20	1850 21.1	1778 20.3	1517 17.3	1684 22.2	1667 22	1382 18.2
Shigellose	1 0.6	4 2.4	2 1.2	22 3.3	30 4.4	15 2.2	174 2	173 2	93 1.1	144 1.9	162 2.1	87 1.2

	Semaine 45			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydieuse	234 138.6	293 173.6	241 142.8	992 146.9	1075 159.2	1043 154.5	12623 143.8	13088 149.1	12095 137.8	10938 144	11364 149.6	10650 140.2
Gonorrhée	132 78.2	120 71.1	128 75.8	478 70.8	410 60.7	409 60.6	5883 67	5089 58	3974 45.3	5159 67.9	4452 58.6	3495 46
Hépatite B, aiguë			2 1.2	1 0.2		2 0.3	13 0.2	13 0.2	15 0.2	10 0.1	11 0.1	14 0.2
Hépatite B, total déclarations	22	19	15	89	82	81	1160	1078	1001	993	944	879
Hépatite C, aiguë						1 0.2	12 0.1	12 0.1	12 0.1	10 0.1	9 0.1	10 0.1
Hépatite C, total déclarations	12	17	24	73	85	85	1074	1004	926	931	895	814
Infection à VIH	7 4.2	1 0.6	7 4.2	34 5	25 3.7	17 2.5	346 3.9	349 4	325 3.7	299 3.9	299 3.9	278 3.7
Sida		2 1.2		4 0.6	5 0.7	5 0.7	37 0.4	44 0.5	50 0.6	34 0.4	39 0.5	44 0.6
Syphilis, stades précoces ^d	10 5.9	11 6.5	8 4.7	35 5.2	45 6.7	58 8.6	732 8.3	815 9.3	667 7.6	631 8.3	706 9.3	600 7.9
Syphilis, total	10 5.9	14 8.3	14 8.3	49 7.3	55 8.2	73 10.8	991 11.3	1094 12.5	887 10.1	861 11.3	935 12.3	790 10.4
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose						1 0.2	9 0.1	5 0.06	6 0.07	8 0.1	5 0.07	6 0.08
Chikungunya				1 0.2	1 0.2	2 0.3	20 0.2	5 0.06	5 0.06	19 0.2	4 0.05	5 0.07
Dengue		2 1.2	2 1.2	15 2.2	15 2.2	4 0.6	218 2.5	96 1.1	21 0.2	200 2.6	90 1.2	20 0.3
Encéphalite à tiques	11 6.5	10 5.9	2 1.2	32 4.7	27 4	14 2.1	312 3.6	376 4.3	291 3.3	290 3.8	366 4.8	275 3.6
Fièvre du Nil occidental							1 0.01			1 0.01		
Fièvre jaune												
Fièvre Q		1 0.6	2 1.2	4 0.6	7 1	11 1.6	93 1.1	91 1	99 1.1	78 1	76 1	93 1.2
Infection à Hantavirus						1 0.2			6 0.07			6 0.08
Infection à virus Zika							4 0.05		4 0.05			
Paludisme	5 3	6 3.6	2 1.2	22 3.3	23 3.4	12 1.8	344 3.9	309 3.5	242 2.8	315 4.2	285 3.8	228 3
Trichinellose							2 0.02	4 0.05	2 0.02	2 0.03	4 0.05	1 0.01
Tularémie	1 0.6	4 2.4	2 1.2	5 0.7	15 2.2	15 2.2	96 1.1	125 1.4	246 2.8	82 1.1	108 1.4	223 2.9
Autres déclarations												
Botulisme							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03	1 0.01	1 0.01
Diphthérie ^e	1 0.6	4 2.4		4 0.6	19 2.8		42 0.5	78 0.9	3 0.03	25 0.3	77 1	3 0.04
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	1 0.6			1 0.2	1 0.2		29 0.3	27 0.3	26 0.3	27 0.4	21 0.3	22 0.3
Tétanos												
Variole du singe	1 0.6			4 0.6	3 0.4		16 0.2	546 6.2		11 0.1	546 7.2	



« La **World AMR Awareness Week** organisée en novembre vise à attirer l'attention tant des professionnels de la santé que de larges pans de la population sur l'antibiorésistance. Toutefois, vu les enjeux, nous devrions nous pencher davantage sur ce sujet central pour la santé publique, indépendamment de la semaine de sensibilisation. »

D^r Domenica Flury

*Médecin-chef, clinique d'infectiologie / hygiène hospitalière
Hôpital cantonal de Saint-Gall*

Les antibiotiques:
quand il faut,
comme il faut.



En savoir plus ici:
star.admin.ch

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 10.11.2023 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	42		43		44		45		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Piqûre de tiques	5	0.5	0	0	4	0.3	2	0.2	2.8	0.3
Borréliose de Lyme	5	0.5	4	0.3	4	0.3	4	0.4	4.3	0.4
Herpès zoster	12	1.1	8	0.7	8	0.7	6	0.5	8.5	0.8
Néuralgies post-zostériennes	1	0.1	1	0.1	1	0.1	2	0.2	1.3	0.1
Médecins déclarants	131		139		150		148		142	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

Le rapport hebdomadaire sur la grippe se fait par voie électronique et est disponible à l'adresse: <https://idd.bag.admin.ch/>
La mise à jour a lieu le mercredi à 12h00.



Liste des spécialités :

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

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

Valable à partir du 1^{er} novembre 2023

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.99 G		FINGOLIMOD SANDOZ (Fingolimodum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21697	caps 0.5 mg 28 pce Fr. 453.25 (380.52)		68176001	01.11.2023, B
	21697	caps 0.5 mg 98 pce Fr. 1522.20 (1331.83)		68176002	01.11.2023, B
Traitement de la sclérose en plaques (SEP) récurrente-rémittente chez l'adulte. Première prescription par un neurologue.					
01.99 G		TERIFLUNOMID-MEPHA (Teriflunomidum)	Mepha Pharma AG		
	21682	cpr pell 14 mg blist 28 pce Fr. 589.55 (499.27)		68744001	01.11.2023, B
	21682	cpr pell 14 mg blist 84 pce Fr. 1704.25 (1497.82)		68744002	01.11.2023, B
06.03.20 G		DABIGATRAN SANDOZ (Dabigatranum etexilatatum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21677	caps 110 mg blist 60 pce Fr. 80.45 (55.78)		68658001	01.11.2023, B
	21677	caps 110 mg blist 180 pce Fr. 208.50 (167.34)		68658002	01.11.2023, B
	21677	caps 150 mg blist 60 pce Fr. 80.45 (55.78)		68658003	01.11.2023, B
	21677	caps 150 mg blist 180 pce Fr. 208.50 (167.34)		68658004	01.11.2023, B
07.06.20 G		SITAGLIPTINE METFORMINE XR SPIRIG HC (Metformini hydrochloridum, Sitagliptinum)	Spirig HealthCare AG		
	21696	cpr 50/500 mg blist 60 pce Fr. 34.00 (15.35)		69160001	01.11.2023, B
	21696	cpr 50/500 mg blist 160 pce Fr. 62.70 (40.31)		69160002	01.11.2023, B
	21696	cpr 50/1000 mg blist 60 pce Fr. 34.00 (15.35)		69160003	01.11.2023, B
	21696	cpr 50/1000 mg blist 160 pce Fr. 62.70 (40.31)		69160004	01.11.2023, B
	21696	cpr 100/1000 mg blist 30 pce Fr. 34.00 (15.35)		69160005	01.11.2023, B
	21696	cpr 100/1000 mg blist 90 pce Fr. 68.45 (45.35)		69160006	01.11.2023, B

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec un régime alimentaire, une activité physique accrue et les traitements oraux et/ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.

- Lorsque ni la metformine ni la sitagliptine en monothérapie n'offrent un contrôle suffisant de la glycémie ou chez les patients qui reçoivent déjà une combinaison de sitagliptine et de metformine.
- En triple association avec une sulfonylurée, si la combinaison de deux des trois principes actifs suivants n'offre pas un contrôle suffisant de la glycémie : metformine, sitagliptine ou sulfonylurée.
- En association avec l'insuline, si cette mesure ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.08.10		MERIONAL HG MULTIDOSE (Menotropinum)	IBSA Institut Biochimique SA		
	19770	subst sèche 900 UI c solv flac 1 pce Fr. 242.05 (196.56)		68570001	01.11.2023, A
<p>Non admis pour le traitement de l'adiposité. Prise en charge seulement après examen endocrinologique préalable si la caisse a donné une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. La durée maximale du traitement se limite à une année. Stimulation folliculaire simple.</p>					

07.15		RINVOQ (Upadacitinibum)	AbbVie AG		
	21028	cpr ret 15 mg blist 28 pce Fr. 919.85 (786.97)		67257001	01.04.2020, B

Valable pour toutes les indications:

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

Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (21028.XX).

Une combinaison avec des DMARD biologiques ou des DMARD synthétiques ciblés n'est pas remboursé.

Polyarthrite rhumatoïde

Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/policliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.

En association avec le méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie de synthèse conventionnels (csDMARDs) ou en monothérapie, pour le traitement des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde active modérée à sévère, n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs csDMARD ou ne l'ayant pas toléré.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21028.01

Arthrite psoriasique

Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/policliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.

Pour le traitement des adultes atteints d'arthrite psoriasique active dont la réponse au traitement par un ou plusieurs antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARD) est insuffisante ou qui ne l'ont pas toléré. RINVOQ peut s'administrer en monothérapie ou en association avec des DMARD non biologiques.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21028.02

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew)

Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/policliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.

Pour le traitement des adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active et sévère dont la réponse aux antirhumatismaux non stéroïdiens (AINS) est insuffisante.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21028.03

Dermatite atopique

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

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

Si après 12 semaines de traitement avec RINVOQ aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire aucune réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥ 50 % du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥ 50 % du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

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

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par RINVOQ dans l'indication de la dermatite atopique ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21028.04

07.16.10		CABAZITAXEL SPIRIG HC (Cabazitaxelum)	Spirig HealthCare AG		
G	21641	conc perf 60 mg/3 ml flac 1 pce Fr. 2960.05 (2647.85)		68959001	01.11.2023, A

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

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

Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 10.

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

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

07.16.10		ENHERTU (Trastuzumabum deruxtecanum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	21338	conc perf 100 mg flac 1 pce Fr. 1763.50 (1551.85)		67967001	01.11.2023, A

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2026

Uniquement après accord préalable sur la prise en charge des frais par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Uniquement jusqu'à la progression de la maladie. Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (21338.XX).

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2026

Cancer du sein HER2 positif

Enhertu en monothérapie est indiqué dans le traitement des patients adultes présentant un cancer du sein HER2 positif non résecable ou métastatique.

Chez les patients ayant reçu préalablement au moins une ligne de traitement anti-HER2, y compris du trastuzumab et un taxane, et présentant une progression de la maladie soit au stade métastatique, soit dans les 6 mois suivant la fin d'un traitement adjuvant ou néo-adjuvant.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21338.01

Chez les patients ayant reçu préalablement au moins deux lignes de traitement anti-HER2, y compris du trastuzumab, et présentant une progression de la maladie pendant ou après le traitement par trastuzumab emtansine (T-DM1).

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21338.02

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2026

Cancer du sein HER2 faible (HER2 low breast cancer)

Enhertu en monothérapie est indiqué dans le traitement des patients adultes présentant un cancer du sein HER2 faible (score 1+ par immunohistochimie [IHC] ou score 2+ par immunohistochimie [IHC]/statut négatif par hybridation in situ [HIS]), non résecable ou métastatique ayant reçu préalablement une chimiothérapie au stade métastatique ou ayant présenté une récurrence de la maladie pendant la chimiothérapie adjuvante ou dans les 6 mois suivant la fin de la chimiothérapie adjuvante.

Les patients présentant un cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs (RH+) doivent, en outre, avoir reçu une hormonothérapie et être inéligibles à une autre hormonothérapie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21338.03

Pour les indications cancers du sein, Daiichi Sankyo (Schweiz) AG remboursera un montant fixe du prix ex factory du traitement à la demande de l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'administration du traitement. À la première demande, Daiichi Sankyo (Schweiz) AG informera l'assureur maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix ex factory. La demande de remboursement doit être faite dès le début de l'administration du traitement.

07.99		PHEBURANE (Natrii phenylbutyras)	NordMedica SA		
	21433	Gran 483 mg/g Fl 174 g Fr. 510.05 (430.03)		67263001	01.11.2023, B

En traitement adjuvant dans la prise en charge au long cours des désordres du cycle de l'urée impliquant un déficit en carbamylphosphate synthétase, en ornithine transcarbamylase ou en argininosuccinate synthétase.

Son utilisation est remboursée chez tous les patients dont le déficit enzymatique complet s'est révélé dès l'âge néonatal (dans les 28 premiers jours de vie). Chez les patients présentant la forme à révélation tardive (déficit enzymatique partiel se manifestant après le premier mois de vie), le médicament n'est remboursé qu'en présence d'antécédents d'encéphalopathie hyperammonémique.

Pour PHEBURANE, la dose maximale remboursée est de 20 g/jour.

PHEBURANE doit être prescrit pour la première fois dans l'un des centres suivants:

- Centre de référence des maladies métaboliques rares de l'Inselspital, Berne
- Centre de référence pour les maladies métaboliques rares du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne
- Centre de référence des maladies métaboliques rares, Zurich
- Centre associé pour les maladies métaboliques rares, Bâle
- Centre associé pour les maladies héréditaires du métabolisme, Genève.

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

II. Autres emballages et dosages

07.15		ILUMETRI (Tildrakizumabum)	Almirall AG		
	20900	sol inj 200 mg/2 ml ser pré 1 pce Fr. 3282.75 (2962.66)		66784003	01.11.2023, B

Psoriasis en plaque sévères:

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 28 semaines de traitement. Pour chaque administration une dose maximale de 200 mg est remboursée.

Seuls des spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux universitaires/policliniques dermatologiques sont habilités à prescrire ce médicament.

Pas pour le traitement de l'arthrite psoriasique.

07.15		NULOJIX (Belataceptum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	19772	subst sèche 250 mg flac 1 pce Fr. 465.85 (391.50)		61521003	01.11.2023, A
	19772	subst sèche 250 mg 2 flac 1 pce Fr. 915.30 (783.00)		61521004	01.11.2023, A

Pour la prévention d'un rejet d'un organe (greffon/tranplant) après une allogreffe (tranplantation) rénale chez les patients ayant suivi une thérapie initiale avec un antagoniste de récepteurs de l'interleukin 2 (IL-2) en combinaison avec de l'acide mycophénolique et de corticostéroïdes.

Nulojix ne peut être prescrit/administré uniquement que dans les hôpitaux et centres de dialyse sous la surveillance d'un médecin spécialisé ayant de l'expérience dans le domaine des thérapies immunosuppressives et dans le traitement des transplantés rénaux.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
II. Préparations/emballages radiés					
01.01.10		PARACÉTAMOL SANDOZ (Paracetamolium)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20127	cpr 500 mg 20 pce Fr. 2.50 (1.36)		63048001	01.11.2023, D
	20127	cpr 500 mg 100 pce Fr. 15.05 (5.95)		63048005	01.11.2023, B
	20127	cpr 1 g 20 pce Fr. 7.65 (3.11)		63048002	01.11.2023, B
	20127	cpr 1 g 40 pce Fr. 14.85 (5.79)		63048003	01.11.2023, B
	20127	cpr 1 g 100 pce Fr. 18.65 (9.10)		63048004	01.11.2023, B
01.08 G		RASAGILIN MYLAN (Rasagilinum)	Mylan Pharma GmbH		
	20985	cpr 1 mg blist 30 pce Fr. 82.50 (57.60)		67221001	01.11.2023, B
	20985	cpr 1 mg blist 100 pce Fr. 204.60 (163.93)		67221002	01.11.2023, B
02.07.20 G		EPRIL PLUS (Enalapril maleas, Hydrochlorothiazidum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	18005	cpr 20/6 mg 30 pce Fr. 28.55 (14.17)		56480001	01.11.2023, B
07.06.20 G		GLIBENORME (Glibenclamidum)	Streuli Pharma AG		
	17947	cpr 5 mg 30 pce Fr. 7.65 (3.09)		56367002	01.11.2023, B
	17947	cpr 5 mg 100 pce Fr. 18.35 (8.82)		56367004	01.11.2023, B
07.06.20		VIPIDIA (Alogliptinum)	Takeda Pharma AG		
	20112	cpr pell 6.25 mg 28 pce Fr. 57.65 (35.92)		62955003	01.11.2023, B
	20112	cpr pell 6.25 mg 98 pce Fr. 160.70 (125.71)		62955008	01.11.2023, B
	20112	cpr pell 12.5 mg 28 pce Fr. 57.65 (35.92)		62955012	01.11.2023, B
	20112	cpr pell 12.5 mg 98 pce Fr. 160.70 (125.71)		62955017	01.11.2023, B
	20112	cpr pell 25 mg 28 pce Fr. 57.65 (35.92)		62955021	01.11.2023, B
	20112	cpr pell 25 mg 98 pce Fr. 160.70 (125.71)		62955026	01.11.2023, B
07.12		EZETIMIB-ROSUVASTATIN-MEPHA (Ezetimibum, Rosuvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20766	caps 10 mg/10 mg blist 30 pce Fr. 45.15 (25.05)		66835001	01.11.2023, B
	20766	caps 10 mg/10 mg blist 90 pce Fr. 102.65 (75.15)		66835002	01.11.2023, B
	20766	caps 10 mg/20 mg blist 30 pce Fr. 49.50 (28.83)		66835003	01.11.2023, B
	20766	caps 10 mg/20 mg blist 90 pce Fr. 115.70 (86.50)		66835004	01.11.2023, B
07.13.30		ALUTARD SQ MÉLANGE ARBRES PRÉCO (Pollinis allergeni extractum)	ALK-Abelló AG		
	19824	susp inj trait cont 5 ml Fr. 291.10 (239.28)		60695002	01.11.2023, A
08.03 G		EMTRICITABINE TÉNOFOVIR SANDOZ (Emtricitabinum, Tenofovirum disoproxilum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21220	cpr pell 200/245 mg 30 pce Fr. 420.35 (351.88)		66368001	01.11.2023, A
10.03		CURATODERM (Tacalcitolium monohydricum)	Almirall AG		
	16496	ong 20 g Fr. 28.90 (14.44)		53310028	01.11.2023, B
	17847	lot 20 ml Fr. 25.20 (11.25)		55812001	01.11.2023, B

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Baissement de prix volontairement					
TEMOZOLOMID ACCORD	Accord Healthcare AG	071610			
caps 5 mg 5 pce			21060	20.20	10.45
caps 5 mg 20 pce			21060	60.45	38.36
caps 20 mg 5 pce			21060	64.40	41.80
caps 20 mg 20 pce			21060	186.55	148.23
caps 100 mg 5 pce			21060	220.65	177.92
caps 100 mg 20 pce			21060	736.10	626.90
caps 140 mg 5 pce			21060	352.35	292.63
caps 140 mg 20 pce			21060	1192.35	1031.11
caps 180 mg 5 pce			21060	382.55	318.96
caps 180 mg 20 pce			21060	1460.80	1275.85
caps 250 mg 5 pce			21060	527.30	445.02
IV.b. Mutation de prix normale					
DARZALEX	Janssen-Cilag AG	071610			
conc perf 100 mg/5 ml (ancien) flac 5 ml			20589	491.75	414.06
conc perf 100 mg/5 ml flac 5 ml			20589	491.75	414.06
conc perf 400 mg/20 ml (ancien) flac 20 ml			20589	1850.10	1630.81
conc perf 400 mg/20 ml flac 20 ml			20589	1850.10	1630.81
DARZALEX SC	Janssen-Cilag AG	071610			
sol inj 1800 mg/15 ml flac 15 ml			21150	5218.15	4850.86
ENTRESTO	Novartis Pharma Schweiz AG	020720			
cpr pell 50 mg 28 pce			20415	77.75	53.44
cpr pell 50 mg 56 pce			20415	139.10	106.88
cpr pell 100 mg 56 pce			20415	139.10	106.88
cpr pell 100 mg blist 168 pce			20415	384.50	320.64
cpr pell 200 mg 56 pce			20415	139.10	106.88
cpr pell 200 mg blist 168 pce			20415	384.50	320.64
ILUMETRI	Almirall AG	071500			
sol inj 100 mg/ml ser pré 1 pce			20900	3282.75	2962.66
NULOJIX	Bristol-Myers Squibb SA	071500			
subst sèche 250 mg (ancien) flac 1 pce			19772	465.85	391.50
subst sèche 250 mg (ancien) 2 flac 1 pce			19772	915.30	783.00
RINVOQ	AbbVie AG	071500			
cpr ret 15 mg blist 28 pce			21028	919.85	786.97

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
V. Augmentations de prix					
V.a. Demande d'augmentation de prix					
QUILONORM RETARD	Doetsch Grether AG	010600			
cpr pell ret 12.2mmol 60 pce			11538	26.35	12.22
cpr pell ret 12.2mmol 300 pce			11538	76.05	51.95

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
VI. Modifications de la limitation/de l'indication					
DARZALEX	Janssen-Cilag AG	071610			
Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml			20589	491.75	414.06
Inf Konz 100 mg/5 ml (alt) Durchstf 5 ml			20589	491.75	414.06
Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml			20589	1850.10	1630.81
Inf Konz 400 mg/20 ml (alt) Durchstf 20 ml			20589	1850.10	1630.81

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Monothérapie

Après prise en charge des frais par l'assureur à la suite d'une consultation préalable du médecin-conseil.

Seulement jusqu'à la progression de la maladie.

Uniquement en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple, chez les patients qui ont déjà reçu au moins trois lignes de traitement antérieur, incluant > 1 inhibiteur du protéasome (IP) et > 1 principe actif immunomodulateur (IMiD) et n'ont encore jamais été traités par Darzalex ou en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple qui ont été doublement réfractaires à > 1 IP et IMiD et n'ont encore jamais été traités par Darzalex.

La prise en charge des frais est tout d'abord valable pour 4 semaines et sera prolongée ensuite par l'assureur-maladie uniquement si le médecin traitant annonce à l'assureur après 4 semaines que le traitement sera poursuivi. Dans ce cas-là, la prolongation de la prise en charge des frais doit être accordée sans exiger de documents supplémentaires. Si le traitement ne se poursuit pas au-delà des 4 semaines initiales, la société Janssen-Cilag AG remboursera, sur demande de l'assureur-maladie auprès de qui la personne assurée était assurée au moment de l'achat, les coûts correspondant aux emballages remis jusqu'à ce moment-là ou aux quantités de Darzalex administrées. La TVA ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit normalement être effectuée dans les 6 mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 20589.01

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Daratumumab en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone

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

Daratumumab est remboursé lorsqu'il est utilisé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur. Le traitement par Darzalex sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Dans cette indication, Janssen-Cilag AG remboursera un montant fixe du prix de fabrication du traitement à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'administration du traitement. Janssen-Cilag AG informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de fabrication.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 20589.02

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

DARZALEX en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone

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

DARZALEX est remboursé en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple, non préalablement traités et non éligibles à une autogreffe de cellules souches. Le traitement par DARZALEX est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

À la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, Janssen-Cilag SA remboursera une proportion fixe du prix de fabrication pour chaque emballage de DARZALEX. Janssen-Cilag SA informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication.

Si la durée du traitement dépasse les 24 mois (dès le 25^{ème} mois), Janssen-Cilag SA remboursera, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, un montant fixe du prix économique du traitement (P-Exf-remboursement) pour chaque emballage de DARZALEX. Ce remboursement ne s'applique qu'aux traitements initiés à partir du 1^{er} août 2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20589.03

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.04.2024

DARZALEX en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone

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

DARZALEX est remboursé en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple, non préalablement traités et non éligibles à une autogreffe de cellules souches. Le traitement par DARZALEX est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

À la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation remboursera Fr. 96.65 pour chaque emballage de DARZALEX conc perf 100 mg/5ml et Fr. 361.16 pour chaque emballage de DARZALEX conc perf 400 mg/20ml, sur le prix de fabrication correspondant. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de fabrication.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20589.03

Daratumumab en association avec le bortézomib et la dexaméthasone

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

Daratumumab est remboursé en association avec le bortézomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Le traitement sera remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 20589.05

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2025

Darzalex en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone (KDd)

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

Darzalex est remboursé lorsqu'il est utilisé en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur. Le schéma posologique et la posologie doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle.

Le traitement par Darzalex sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Dans cette indication, Janssen-Cilag AG remboursera un montant fixe du prix de fabrique du traitement à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'administration du traitement. Janssen-Cilag AG informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 20589.07

DARZALEX SC Inj Lös 1800 mg/15 ml Durchstf 15 ml	Janssen-Cilag AG	071610	21150	5218.15	4850.86
--	------------------	--------	-------	---------	---------

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Monothérapie

Après prise en charge des frais par l'assureur à la suite d'une consultation préalable du médecin-conseil.

Seulement jusqu'à la progression de la maladie.

Uniquement en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple, chez les patients qui ont déjà reçu au moins trois lignes de traitement antérieur, incluant > 1 inhibiteur du protéasome (IP) et > 1 principe actif immunomodulateur (IMiD) et n'ont encore jamais été traités par Darzalex ou en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple qui ont été doublement réfractaires à > 1 IP et IMiD et n'ont encore jamais été traités par Darzalex.

La prise en charge des frais est tout d'abord valable pour 4 semaines et sera prolongée ensuite par l'assureur-maladie uniquement si le médecin traitant annonce à l'assureur après 4 semaines que le traitement sera poursuivi. Dans ce cas-là, la prolongation de la prise en charge des frais doit être accordée sans exiger de documents supplémentaires. Si le traitement ne se poursuit pas au-delà des 4 semaines initiales, la société Janssen-Cilag AG remboursera, sur demande de l'assureur-maladie auprès de qui la personne assurée était assurée au moment de l'achat, les coûts correspondant aux emballages remis jusqu'à ce moment-là ou aux quantités de Darzalex administrées. La TVA ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit normalement être effectuée dans les 6 mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 20589.01

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Daratumumab en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone

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

Daratumumab est remboursé lorsqu'il est utilisé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur. Le traitement par Darzalex sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Dans cette indication, Janssen-Cilag AG remboursera un montant fixe du prix de fabrique du traitement à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'administration du traitement. Janssen-Cilag AG informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie : 20589.02

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

DARZALEX en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone

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

DARZALEX est remboursé en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple, non préalablement traités et non éligibles à une autogreffe de cellules souches. Le traitement par DARZALEX est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

À la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, Janssen-Cilag SA remboursera une proportion fixe du prix de fabrique pour chaque emballage de DARZALEX. Janssen-Cilag SA informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette réduction sur le prix de fabrique.

Si la durée du traitement dépasse les 24 mois (dès le 25^{ème} mois), Janssen-Cilag SA remboursera, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, un montant fixe du prix économique du traitement (P-Exf-remboursement) pour chaque emballage de DARZALEX. Ce remboursement ne s'applique qu'aux traitements initiés à partir du 1^{er} août 2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20589.03

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.04.2024

DARZALEX SC en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone

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

DARZALEX SC est remboursé en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple, non préalablement traités et non éligibles à une autogreffe de cellules souches. Le traitement par DARZALEX est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

À la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation remboursera Fr. 1041.91 pour chaque emballage de DARZALEX SC sol inj 1800 mg/15 ml, sur le prix de fabrique. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21150.03

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

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

AL-Amyloïdose

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

DARZALEX SC en association avec le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone est remboursé pour le traitement de patients atteints d'amyloïdose AL (amylose à chaînes légères) non traité antérieurement et ne présentant pas de cardiopathie de stade IIIB ou IV selon la NYHA.

Le traitement par le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone est remboursé pendant 6 cycles au maximum.

Le traitement par DARZALEX SC est remboursé pendant 24 cycles au maximum.

Janssen-Cilag AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, une part convenue du prix de fabrique pour chaque emballage remis de DARZALEX.

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

Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20589.04.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

AL-Amyloïdose

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

DARZALEX SC en association avec le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone est remboursé pour le traitement de patients atteints d'amyloïdose AL (amylose à chaînes légères) non traité antérieurement et ne présentant pas de cardiopathie de stade IIIB ou IV selon la NYHA.

Le traitement par le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone est remboursé pendant 6 cycles au maximum.

Le traitement par DARZALEX SC est remboursé pendant 24 cycles au maximum.

Janssen-Cilag AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, une part convenue du prix de fabrique pour chaque emballage remis de DARZALEX.

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

Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20589.04.

Daratumumab en association avec le bortézomib et la dexaméthasone

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

Daratumumab est remboursé en association avec le bortézomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Le traitement sera remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.05

Limitation limitée jusqu'au 28.02.2024

DARZALEX SC en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone

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

Darzalex SC en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone est remboursé pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant ou réfractaire, qui ont déjà été traités avec un inhibiteur du protéasome (IP) et avec le lénalidomide et dont la maladie a progressé pendant ou après le dernier traitement.

Janssen-Cilag AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, une part convenue du prix de fabrique pour chaque emballage remis de DARZALEX SC.

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

Le remboursement de la TVA ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20589.06.

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2025

Darzalex en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone (KDd)

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

Darzalex est remboursé lorsqu'il est utilisé en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur. Le schéma posologique et la posologie doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle.

Le traitement par Darzalex sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Dans cette indication, Janssen-Cilag AG remboursera un montant fixe du prix de fabrique du traitement à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'administration du traitement. Janssen-Cilag AG informera l'assureur-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être réclamée en sus de ce montant du prix de fabrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20589.07

EPRIL PLUS	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720			
Tabl 20/6mg 100 Stk			18005	68.95	45.78

Nouvelle limitation

Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.

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

ILUMETRI

Inj Lös 100 mg/ml Fertspr 1 Stk

Almirall AG

071500

20900

3282.75

2962.66

Vieille limitation

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 28 semaines de traitement. Pour chaque administration une dose maximale de 100 mg est remboursée.

Seuls des spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques dermatologiques sont habilités à prescrire ce médicament.

Pas pour le traitement de l'arthrite psoriasique.

Nouvelle limitation

Psoriasis en plaque sévères:

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 28 semaines de traitement. Pour chaque administration une dose maximale de 100 mg est remboursée.

Seuls des spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques dermatologiques sont habilités à prescrire ce médicament.

Pas pour le traitement de l'arthrite psoriasique.

KEYTRUDA

Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 2 Stk

MSD Merck Sharp & Dohme AG

071610

20416

4763.85

4407.68

Vieille limitation

Valable pour toutes les indications remboursées:

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 pour toutes les indications remboursées. Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (20416.XX).

Le dosage maximal est de 200 mg toutes les trois semaines.

Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35, sauf indication contraire. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Si un traitement de première ligne par KEYTRUDA a été remboursé dans une indication définie et que la maladie a progressé après une brève réponse au traitement, KEYTRUDA ne doit plus être remboursé pour les lignes de traitement ultérieures dans la même indication.

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L NSCLC (monothérapie) KN024

(avec modèle de prix)

Monothérapie en première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique de stade IV chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) $\geq 50\%$ sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK. Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge par l'assurance maladie après consultation du médecin conseil.

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.01

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L NSCLC non-épidermoïde (en association à une chimiothérapie avec pémétréxed + sel de platine) KN189

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie avec pémétréxed et sel de platine, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade métastatique, non-épidermoïde chez les adultes, sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK, et

- qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois ET

- n'ont pas reçu de radiothérapie pulmonaire avec > 30 Gy au cours des 6 mois précédents.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.02

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L NSCLC épidermoïde (en association au carboplatine et au paclitaxel) KN407

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association au carboplatine et au paclitaxel, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) épidermoïde au stade métastatique chez les adultes, qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.03

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

2L NSCLC (monothérapie) KN010

(avec modèle de prix)

Monothérapie du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade avancé, métastatique après une chimiothérapie chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1.

Les patients porteurs d'aberrations génomiques tumorales de type EGFR ou ALK doivent également avoir reçu un traitement approuvé pour ces aberrations avant de recevoir KEYTRUDA.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.04

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Mélanome (monothérapie) KN006

(avec modèle de prix)

Monothérapie du mélanome non résecable ou métastatique chez les patients adultes.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.05

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Mélanome adjuvant (monothérapie) KN054

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux et métastases des ganglions lymphatiques > 1 mm et sans récurrence locorégionale après résection complète chez des patients sans traitement systémique préalable du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:

– Selon l'AJCC, 7^e édition: stade IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) et IIIC (sans métastases en transit et sans [micro-]satellites).

– Selon l'AJCC, 8^e édition: pour autant qu'aucun [micro-]satellite ou aucune métastase en transit ne soient présents aux stades IIIB, IIIC, IIID.

Le traitement adjuvant avec KEYTRUDA doit être effectué dans les 15 semaines suivant la résection.

Les patients devraient être traités jusqu'à une récurrence de la maladie, le nombre maximal de traitements, respectivement de cycles, étant toutefois de 18.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.06

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Carcinome urothélial (monothérapie) KN045

(avec modèle de prix)

Monothérapie du carcinome urothélial localement avancé ou métastatique chez les adultes ayant été prétraités par chimiothérapie à base de platine au cours des 24 derniers mois. Les patients dont le traitement à base de platine remonte à plus de 24 mois doivent de nouveau recevoir un traitement de première ligne à base de platine avant le traitement par KEYTRUDA; un traitement de 2^e ligne avec KEYTRUDA ne peut être initié qu'en cas de nouvelle progression dans les 24 mois suivant le traitement à base de platine.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.07

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) (en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU)) KN048

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU) pour le traitement d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) récidivant ou métastatique, exprimant le PD-L1 (à l'exception des carcinomes rhinopharyngés), chez les adultes n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur pour la maladie récidivante, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, localement avancée ou métastatique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.08

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) prétraités par une chimiothérapie à base de sels de platine (monothérapie) KN040

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du carcinome épidermoïde récidivant ou métastatique de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou du larynx, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, chez les adultes préalablement traités par une chimiothérapie à base de sels de platine et dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) ≥ 50 %.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) chez les patients adultes KN204

(avec modèle de prix)

En monothérapie, dans le traitement de patients adultes atteints de lymphome hodgkinien classique (cHL) récidivant ou réfractaire, dans le cas où une transplantation autologue ou allogène de cellules souches ne constitue pas une option thérapeutique

– soit chez des patients ayant déjà reçu au moins deux traitements préalables

– ou soit chez des patients chez lesquels une chimiothérapie n'est pas applicable ou n'est pas tolérée de façon avérée.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.10

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) chez des patients pédiatriques KN051

(avec modèle de prix)

Monothérapie dans le traitement du cHL récidivant ou réfractaire chez les patients pédiatriques pour lesquels aucune option thérapeutique satisfaisante n'est disponible. Pour les patients pédiatriques dont le poids corporel est ≤ 50 kg, un emballage de KEYTRUDA 2 flacons chaque 2 cycles de traitement est remboursé.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.11

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

3L Lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B (rrPMBCL) (monothérapie) KN170

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B réfractaire ou récidivant (rrPMBCL), chez les adultes

- qui ont reçu au moins 2 traitements antérieurs, dont au moins un par le rituximab, ET
- qui n'entrent pas en ligne de compte pour une greffe autologue de cellules souches ou qui ont subi une récurrence après une greffe.

N'est pas indiqué pour le traitement des patients atteints d'un PMBCL qui nécessitent un traitement cytoréducteur en urgence.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.12

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L Carcinome colorectal (CRC) métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN177

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement de patients adultes atteints de carcinome colorectal (CRC) métastatique non traité antérieurement et présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR). KEYTRUDA ne doit pas être remboursé si le patient a reçu une radiothérapie dans les 4 semaines précédant le début du traitement.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.13

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

2L Carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN164

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement d'un carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR), après un traitement antérieur à base de fluoropyrimidine en association avec de l'irinotécan ou de l'oxaliplatine chez les adultes

- sans traitement par des anticorps monoclonaux dans les 2 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.14

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

2L Carcinomes de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN158

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement des carcinomes métastatiques de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ayant progressé après le traitement standard et sans alternatives thérapeutiques satisfaisantes chez les adultes

- sans traitement préalable par des anticorps monoclonaux dans les 4 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.15

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L Cancer du col de l'utérus persistant, récidivant ou métastatique (en association à une chimiothérapie à base de platine et de paclitaxel, avec ou sans bévacizumab) KN826

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie à base de platine et de paclitaxel, avec ou sans bévacizumab, pour le traitement des patientes adultes atteintes d'un cancer du col de l'utérus persistant, récidivant ou métastatique, n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur et dont les tumeurs expriment PD-L1 (CPS \geq 1).

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.16

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Cancer du sein triple négatif (TNBC) localement récidivant, non résécable ou métastatique (en association à une chimiothérapie) KN355

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie, pour le traitement du cancer du sein triple négatif, localement récidivant, non résécable ou métastatique chez les adultes dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un CPS \geq 10 et qui n'ont pas reçu de chimiothérapie antérieure pour la maladie métastatique.

- Si les patients ont été précédemment traités par voie systémique dans le cadre d'un traitement (néo)adjuvant: avec traitement préalable à base d'antracycline, sauf si celui-ci était contre-indiqué.
- Sans traitement avec des inhibiteurs de point de contrôle au cours des 12 derniers mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.17

Pour les traitements dans les indications avec modèle de prix, le titulaire de l'autorisation rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise, une partie du prix de fabrication par emballage de KEYTRUDA (1 ou 2 flacons) administré de manière prouvée. Les prix et pourcentages à prendre en compte sont ceux en vigueur au moment de la remise. Pour chaque demande de remboursement, l'assurance maladie doit impérativement indiquer le code de l'indication (20416.XX). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être effectuée rapidement dès le moment de l'administration.

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

Nouvelle limitation

Valable pour toutes les indications remboursées:

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 pour toutes les indications remboursées. Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (20416.XX).

Sauf indication contraire, la posologie maximale s'élève à 200 mg toutes les trois semaines.

Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35, sauf indication contraire. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Si un traitement de première ligne par KEYTRUDA a été remboursé dans une indication définie et que la maladie a progressé après une brève réponse au traitement, KEYTRUDA ne doit plus être remboursé pour les lignes de traitement ultérieures dans la même indication.

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L NSCLC (monothérapie) KN024

(avec modèle de prix)

Monothérapie en première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique de stade IV chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) $\geq 50\%$ sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK. Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge par l'assurance maladie après consultation du médecin conseil.

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.01

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L NSCLC non-épidermoïde (en association à une chimiothérapie avec pémétréxed + sel de platine) KN189

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie avec pémétréxed et sel de platine, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade métastatique, non-épidermoïde chez les adultes, sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK, et

- qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois ET

- n'ont pas reçu de radiothérapie pulmonaire avec > 30 Gy au cours des 6 mois précédents.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.02

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L NSCLC épidermoïde (en association au carboplatine et au paclitaxel) KN407

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association au carboplatine et au paclitaxel, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) épidermoïde au stade métastatique chez les adultes, qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.03

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

2L NSCLC (monothérapie) KN010

(avec modèle de prix)

Monothérapie du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade avancé, métastatique après une chimiothérapie chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1.

Les patients porteurs d'aberrations génomiques tumorales de type EGFR ou ALK doivent également avoir reçu un traitement approuvé pour ces aberrations avant de recevoir KEYTRUDA.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.04

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Mélanome (monothérapie) KN006

(avec modèle de prix)

Monothérapie du mélanome non résecable ou métastatique chez les patients adultes.

La posologie maximale s'élève à 200 mg toutes les trois semaines et le nombre maximal de cycles est de 35. Il est également possible d'administrer une dose maximale de 400 mg toutes les six semaines. Le nombre maximal de cycles est de 18 en cas d'administration toutes les six semaines.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.05

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Mélanome adjuvant (monothérapie) KN054

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux et métastases des ganglions lymphatiques > 1 mm et sans récurrence locorégionale après résection complète chez des patients sans traitement systémique préalable du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants :

– Selon l'AJCC, 7^e édition : stade IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) et IIIC (sans métastases en transit et sans [micro-]satellites).

– Selon l'AJCC, 8^e édition : pour autant qu'aucun [micro-]satellite ou aucune métastase en transit ne soient présents aux stades IIIB, IIIC, IIID.

Le traitement adjuvant avec KEYTRUDA doit être effectué dans les 15 semaines suivant la résection.

La posologie maximale s'élève à 200 mg toutes les trois semaines. Il est également possible d'administrer une dose maximale de 400 mg toutes les six semaines.

Les patients devraient être traités jusqu'à récurrence de la maladie, le nombre maximal d'administrations (nombre maximal de cycles) étant toutefois de 18 pour le traitement par 200 mg toutes les trois semaines et de neuf pour le traitement par 400 mg toutes les six semaines.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 20416.06

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Carcinome urothélial (monothérapie) KN045

(avec modèle de prix)

Monothérapie du carcinome urothélial localement avancé ou métastatique chez les adultes ayant été prétraités par chimiothérapie à base de platine au cours des 24 derniers mois. Les patients dont le traitement à base de platine remonte à plus de 24 mois doivent de nouveau recevoir un traitement de première ligne à base de platine avant le traitement par KEYTRUDA ; un traitement de 2^e ligne avec KEYTRUDA ne peut être initié qu'en cas de nouvelle progression dans les 24 mois suivant le traitement à base de platine.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 20416.07

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) (en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU)) KN048

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU) pour le traitement d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) récidivant ou métastatique, exprimant le PD-L1 (à l'exception des carcinomes rhinopharyngés), chez les adultes n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur pour la maladie récidivante, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, localement avancée ou métastatique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 20416.08

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) prétraités par une chimiothérapie à base de sels de platine (monothérapie) KN040

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du carcinome épidermoïde récidivant ou métastatique de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou du larynx, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, chez les adultes préalablement traités par une chimiothérapie à base de sels de platine et dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) ≥ 50 %.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 20416.09

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) chez les patients adultes KN204

(avec modèle de prix)

En monothérapie, dans le traitement de patients adultes atteints de lymphome hodgkinien classique (cHL) récidivant ou réfractaire, dans le cas où une transplantation autologue ou allogène de cellules souches ne constitue pas une option thérapeutique

– soit chez des patients ayant déjà reçu au moins deux traitements préalables

– ou soit chez des patients chez lesquels une chimiothérapie n'est pas applicable ou n'est pas tolérée de façon avérée.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 20416.10

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) chez des patients pédiatriques KN051

(avec modèle de prix)

Monothérapie dans le traitement du cHL récidivant ou réfractaire chez les patients pédiatriques pour lesquels aucune option thérapeutique satisfaisante n'est disponible. Pour les patients pédiatriques dont le poids corporel est ≤ 50 kg, un emballage de KEYTRUDA 2 flacons chaque 2 cycles de traitement est remboursé.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 20416.11

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

3L Lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B (rrPMBCL) (monothérapie) KN170

[avec modèle de prix]

KEYTRUDA en monothérapie du lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B réfractaire ou récidivant (rrPMBCL), chez les adultes

- qui ont reçu au moins 2 traitements antérieurs, dont au moins un par le rituximab, ET
- qui n'entrent pas en ligne de compte pour une greffe autologue de cellules souches ou qui ont subi une récurrence après une greffe.

N'est pas indiqué pour le traitement des patients atteints d'un PMBCL qui nécessitent un traitement cytoréducteur en urgence.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.12

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L Carcinome colorectal (CRC) métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN177

[avec modèle de prix]

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement de patients adultes atteints de carcinome colorectal (CRC) métastatique non traité antérieurement et présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR). KEYTRUDA ne doit pas être remboursé si le patient a reçu une radiothérapie dans les 4 semaines précédant le début du traitement.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.13

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

2L Carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN164

[avec modèle de prix]

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement d'un carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR), après un traitement antérieur à base de fluoropyrimidine en association avec de l'irinotécan ou de l'oxaliplatine chez les adultes

- sans traitement préalable par des anticorps monoclonaux dans les 2 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.14

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

2L Carcinomes de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN158

[avec modèle de prix]

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement des carcinomes métastatiques de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ayant progressé après le traitement standard et sans alternatives thérapeutiques satisfaisantes chez les adultes

- sans traitement préalable par des anticorps monoclonaux dans les 4 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.15

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

1L Cancer du col de l'utérus persistant, récidivant ou métastatique (en association à une chimiothérapie à base de platine et de paclitaxel, avec ou sans bévacicumab) KN826

[avec modèle de prix]

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie à base de platine et de paclitaxel, avec ou sans bévacicumab, pour le traitement des patientes adultes atteintes d'un cancer du col de l'utérus persistant, récidivant ou métastatique, n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur et dont les tumeurs expriment PD-L1 (CPS \geq 1).

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.16

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

Cancer du sein triple négatif (TNBC) localement récidivant, non résécable ou métastatique (en association à une chimiothérapie) KN355

[avec modèle de prix]

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie, pour le traitement du cancer du sein triple négatif, localement récidivant, non résécable ou métastatique chez les adultes dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un CPS \geq 10 et qui n'ont pas reçu de chimiothérapie antérieure pour la maladie métastatique.

- Si les patients ont été précédemment traités par voie systémique dans le cadre d'un traitement (néo)adjuvant: avec traitement préalable à base d'antracycline, sauf si celui-ci était contre-indiqué.
- Sans traitement avec des inhibiteurs de point de contrôle au cours des 12 derniers mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.17

Pour les traitements dans les indications avec modèle de prix, le titulaire de l'autorisation rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise, une partie du prix de fabrication par emballage de KEYTRUDA (1 ou 2 flacons) administré de manière prouvée. Les prix et pourcentages à prendre en compte sont ceux en vigueur au moment de la remise. Pour chaque demande de remboursement, l'assurance maladie doit impérativement indiquer le code de l'indication (20416.XX). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être effectuée rapidement dès le moment de l'administration.

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

RINVOQ cpr ret 15mg blist 28 pce	AbbVie AG	071500	21028	919.85	786.97
--	-----------	--------	-------	--------	--------

Vieille limitation

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

Polyarthrite rhumatoïde

En association avec le méthotrexate ou d'autres antirhumatismeux modificateurs de la maladie de synthèse conventionnels (csDMARDs) ou en monothérapie, pour le traitement des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde active modérée à sévère, n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs csDMARD ou ne l'ayant pas toléré.

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

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

Arthrite psoriasique

Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/policliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.

Pour le traitement des adultes atteints d'arthrite psoriasique active dont la réponse au traitement par un ou plusieurs antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) est insuffisante ou qui ne l'ont pas toléré. RINVOQ peut s'administrer en monothérapie ou en association avec des DMARD non biologiques.

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew)

Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/policliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.

Pour le traitement des adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active et sévère dont la réponse aux antirhumatismeux non stéroïdiens (AINS) est insuffisante. Une combinaison avec des DMARD biologiques ou des DMARD synthétiques ciblés (comme l'aprémilast ou d'autres inhibiteurs de JAK) n'est pas remboursé.

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

Dermatite atopique

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

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

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

Si après 12 semaines de traitement avec RINVOQ aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire aucune réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥ 50% du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥ 50 % du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

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

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par RINVOQ dans l'indication de la dermatite atopique ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.

Nouvelle limitation

Valable pour toutes les indications :

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

Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (21028.XX).

Une combinaison avec des DMARD biologiques ou des DMARD synthétiques ciblés n'est pas remboursé.

Polyarthrite rhumatoïde

Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/policliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.

En association avec le méthotrexate ou d'autres antirhumatismeux modificateurs de la maladie de synthèse conventionnels (csDMARDs) ou en monothérapie, pour le traitement des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde active modérée à sévère, n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs csDMARD ou ne l'ayant pas toléré.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21028.01

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

Arthrite psoriasique

Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.

Pour le traitement des adultes atteints d'arthrite psoriasique active dont la réponse au traitement par un ou plusieurs antirhumatismes modificateurs de la maladie (DMARD) est insuffisante ou qui ne l'ont pas toléré. RINVOO peut s'administrer en monothérapie ou en association avec des DMARD non biologiques.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21028.02

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew)

Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.

Pour le traitement des adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active et sévère dont la réponse aux antirhumatismes non stéroïdiens (AINS) est insuffisante.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21028.03

Dermatite atopique

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

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

Si après 12 semaines de traitement avec RINVOO aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire aucune réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥ 50 % du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥ 50 % du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

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

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par RINVOO dans l'indication de la dermatite atopique ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21028.04

VENCLYXTO	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	720.46
Cpr pell 100 mg blist 112 pce			20764	6153.75	5763.66

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

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.

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

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 (LLC monothérapie) sont les suivants:

- Cpr pell 10 mg, 14 pce Fr. 54.35
- Cpr pell 50 mg, 7 pce Fr. 135.86
- Cpr pell 100 mg, 7 pce Fr. 271.73
- Cpr pell 100 mg, 14 pce Fr. 543.46
- Cpr pell 100 mg, 112 pce Fr. 4347.70

Le remboursement ne s'applique pas aux boîtes utilisées dans l'indication LLC vénétoclox + rituximab. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut être récupérée en plus de cette partie du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 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. 4402.85

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.
VII. Limitation de la nouvelle admission					
IMBRUVICA	Janssen-Cilag AG	071610			
Filmtabl 140mg 28 Stk			21011	1632.55	1432.48
Filmtabl 280mg 28 Stk			21011	3182.60	2864.96
Filmtabl 420mg 28 Stk			21011	4650.90	4297.44

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2025

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

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

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2025

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Maladie de Waldenström (MW, monothérapie)

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

Maladie de Waldenström (MW, thérapie combinée)

Thérapie d'ibrutinib en association avec le rituximab

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

Maladie de Waldenström (MW, thérapie combinée)

Thérapie d'ibrutinib en association avec le rituximab

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

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

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
Lymphome à cellules du manteau (LCM, monothérapie)					
En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau caractérisé par une translocation t(11;14) et/ou une expression de la cycline D1, et n'ayant pas obtenu de réponse partielle avec un traitement antérieur ou ayant présenté une progression après le traitement antérieur.					
Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21011.07					
VEKLURY Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	21439	526.65	444.46
Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2023					
VEKLURY est remboursé en tant que monothérapie antivirale dans le traitement d'une infection COVID-19 confirmée (symptomatique et détection positive du pathogène par antigène/PCR):					
- chez les adultes avec une pneumonie exigeant un apport d'oxygène supplémentaire et					
- pour le traitement précoce chez les adultes sans apport supplémentaire d'oxygène avec risque nettement accru d'une évolution sévère de la COVID-19.					
Le traitement doit être instauré par des centres spécialisés ou des hôpitaux universitaires (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/biomed/heilmittel/COVID-19/liste-kant-zentren-mak-covid-2021.pdf.download.pdf/Liste%20der%20kantonalen%20zentren.pdf) dans le cadre des directives en vigueur de la Société Suisse d'Infectiologie (SSI) et de l'indication précitée, selon les recommandations posologiques prévues pour cette indication dans l'information professionnelle.					
Étant donné la distribution directe de VEKLURY, le titulaire de l'autorisation doit déduire CHF 63.96 du prix de vente à l'usine à la facturation. Les fournisseurs de prestations doivent répercuter cette réduction au payeur (art. 56, al. 3, lettre b LAMal). Avec la part relative à la distribution, le montant à facturer est de CHF 453.20. Dans le secteur stationnaire, le remboursement de la rémunération supplémentaire fixée a lieu en fonction du P-Exf économique.					
ENTRESTO cpr pell 50 mg 28 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	020720	20415	77.75	53.44
cpr pell 50 mg 56 pce			20415	139.10	106.88
cpr pell 100 mg 56 pce			20415	139.10	106.88
cpr pell 100 mg 168 pce			20415	495.40	417.24
cpr pell 100 mg blist 168 pce			20415	384.50	320.64
cpr pell 200 mg 56 pce			20415	139.10	106.88
cpr pell 200 mg 168 pce			20415	495.40	417.24
cpr pell 200 mg blist 168 pce			20415	384.50	384.50
Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024					
S'administre associé, de manière appropriée, avec d'autres traitements de l'insuffisance cardiaque (par ex. bêtabloquants, diurétiques et antagonistes des minéralocorticoïdes), pour le traitement des patients adultes qui souffrent d'insuffisance cardiaque systolique de classe NYHA II, III ou IV, dont la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) s'élève à ≤ 40 % avant le traitement avec Entresto, et qui ont été traités auparavant avec une dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ou d'un antagoniste du récepteur de l'angiotensine (ARA).					
IMFINZI conc perf 120 mg flac 2.4 ml	AstraZeneca AG	071610	20791	675.40	574.06
conc perf 500 mg flac 10 ml			20791	2684.85	2391.91
Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023					
CPNPC					
Comme monothérapie après approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé et non résecable de stade III confirmé par des analyses histologiques ou cytologiques, dont la maladie n'a pas progressé après une chimiothérapie définitive à base de platine.					
Les patients cliniquement stables avec une progression comme résultat initial peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de l'affection.					
La condition pour la thérapie est une pré-thérapie avec ≥ 2 cycles de chimiothérapie à base de platine plus une radiothérapie concomitante, âge ≥ 18 ans ainsi qu'une espérance de vie résiduelle estimée à ≥ 12 semaines. La durée de la thérapie est limitée à 12 mois.					
Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20791.01					
Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023					
CPPC					
Comme thérapie de première ligne, en association avec l'étoposide et le carboplatine ou le cisplatine, des patients atteints de cancer du poumon à petites cellules de stade avancé (CPPC-SA ou ES-SCLC, extensive-stage small cell lung cancer), non traité, confirmé histologiquement ou cytologiquement au stade avancé (ES-SCLC) selon les critères de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC, version 8, stade IV (T tous, N tous, M1a-c) ou T3-4 sans option de radiation tolérable).					
Les conditions préalables au traitement sont un âge de 18 ans, une espérance de vie restante estimée à 12 semaines et une maladie mesurable, selon les critères RECIST v1.1. Les patients doivent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables après la découverte initiale d'une progression peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de la maladie.					
L'assureur doit être informé de l'indication au début du traitement.					
Le titulaire de l'autorisation, AstraZeneca SA, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur demande de celui-ci, une part définie du prix départ usine pour chaque boîte de IMFINZI achetée pour l'indication secondaire traitement du CPPC. Le titulaire de l'autorisation indique à l'assureur-maladie la hauteur des remboursements. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.					
Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20791.02					



« La **Stratégie nationale Antibiorésistance (StAR)** et la **stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (NOSO)** contribuent à impliquer et à coordonner les principales parties prenantes. Il est ainsi possible de lancer des initiatives pertinentes et de proposer des outils, des infrastructures et des données afin de prévenir les infections et d'améliorer la situation en matière de résistance. »

P^r Stephan Harbarth

*Chef du Service de prévention et contrôle de l'infection
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)*

Les antibiotiques:

quand il faut,

comme il faut.



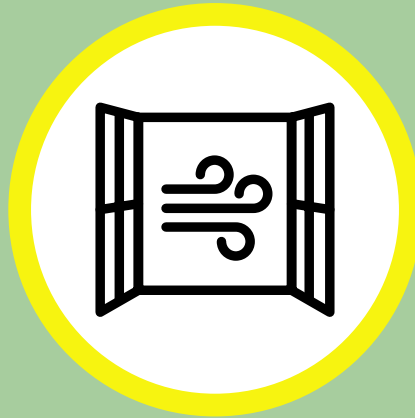
En savoir plus ici:
star.admin.ch

Voici comment nous protéger: ✓

Contre la grippe et le COVID-19, nous recommandons :



Rester à la maison en cas de symptômes



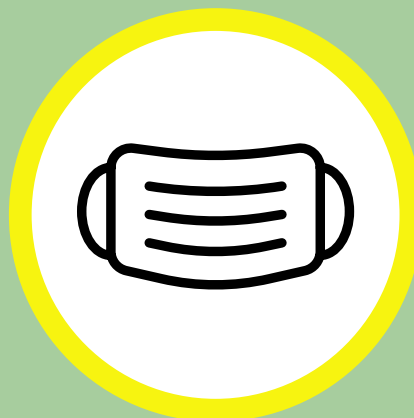
Aérer plusieurs fois par jour



Tousser et éternuer dans un mouchoir ou dans le coude



Se laver ou se désinfecter soigneusement les mains



Porter un masque en cas de symptômes



Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Argovie		9432227
Bâle-Ville		8238859
Berne		10793271 10963252
Thurgovie		10552633
Valais		10593518
Vaud		10323418 10936200
Zurich		10629946 10926141

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

47/2023