



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Édition du 18 décembre 2023

Semaine

# OFSP-Bulletin 51/2023

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

Liste des spécialités, p. 8

# Impressum

## ÉDITEUR

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

## RÉDACTION

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

## 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](mailto:verkauf.abo@bbl.admin.ch)

ISSN 1420-4266

## DISCLAIMER

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

Abonnez-vous pour recevoir la version électronique du bulletin:  
[www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin](http://www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin)

# Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	7
Résumé hebdomadaire sur les virus respiratoires	7
Liste des spécialités	8
Vol d'ordonnances	79

# Déclarations des maladies infectieuses

## Situation à la fin de la 49<sup>e</sup> semaine (11.12.2023)<sup>a</sup>

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

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

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

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

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

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 49<sup>e</sup> semaine (11.12.2023)<sup>a</sup>

	Semaine 49			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
<b>Transmission respiratoire</b>												
<b>Haemophilus influenzae: maladie invasive</b>	2 1.2	4 2.4	2 1.2	8 1.2	12 1.8	14 2.1	137 1.6	121 1.4	76 0.9	118 1.4	113 1.4	73 0.9
<b>Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers</b>	<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>											
<b>Légionellose</b>	10 5.9	8 4.7	12 7.1	38 5.6	51 7.6	40 5.9	647 7.4	666 7.6	662 7.5	609 7.4	629 7.6	640 7.7
<b>Méningocoques: maladie invasive</b>		1 0.6		2 0.3	1 0.2		37 0.4	15 0.2	8 0.09	34 0.4	14 0.2	7 0.08
<b>Pneumocoques: maladie invasive</b>	25 14.8	35 20.7	17 10.1	103 15.2	99 14.7	62 9.2	945 10.8	690 7.9	485 5.5	837 10.1	654 7.9	463 5.6
<b>Rougeole</b>				3 0.4			42 0.5			41 0.5		
<b>Rubéole<sup>b</sup></b>												
<b>Rubéole, materno-fœtale<sup>c</sup></b>												
<b>Tuberculose</b>	14 8.3	5 3	4 2.4	28 4.2	24 3.6	21 3.1	414 4.7	360 4.1	352 4	398 4.8	337 4.1	327 4
<b>Transmission féco-orale</b>												
<b>Campylobactériose</b>	157 93	126 74.6	110 65.2	594 88	517 76.6	476 70.5	6596 75.1	7755 88.4	6644 75.7	6279 75.9	7326 88.6	6310 76.3
<b>Hépatite A</b>		2 1.2	2 1.2	3 0.4	3 0.4	6 0.9	57 0.6	46 0.5	49 0.6	55 0.7	45 0.5	48 0.6
<b>Hépatite E</b>	1 0.6	5 3	2 1.2	6 0.9	7 1	8 1.2	80 0.9	77 0.9	166 1.9	78 0.9	73 0.9	164 2
<b>Infection à E. coli entérohémorragique</b>	40 23.7	15 8.9	18 10.7	113 16.7	82 12.1	76 11.3	1297 14.8	1193 13.6	931 10.6	1252 15.1	1151 13.9	904 10.9
<b>Listériose</b>	3 1.8	2 1.2		12 1.8	4 0.6	6 0.9	75 0.8	77 0.9	34 0.4	72 0.9	75 0.9	31 0.4
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>						1 0.2	20 0.2	9 0.1	2 0.02	18 0.2	9 0.1	2 0.02
<b>Salmonellose, autres</b>	40 23.7	8 4.7	10 5.9	111 16.4	95 14.1	71 10.5	1865 21.2	1802 20.5	1510 17.2	1794 21.7	1762 21.3	1453 17.6
<b>Shigellose</b>	9 5.3	4 2.4	3 1.8	29 4.3	21 3.1	9 1.3	183 2.1	185 2.1	98 1.1	174 2.1	183 2.2	96 1.2

	Semaine 49			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
<b>Transmission par du sang ou sexuelle</b>												
Chlamydieuse	264 156.4	313 185.4	289 171.2	1015 150.3	1098 162.6	1110 164.4	12542 142.9	13075 149	12257 139.6	11955 144.5	12462 150.7	11760 142.2
Gonorrhée	109 64.6	146 86.5	101 59.8	599 88.7	464 68.7	381 56.4	6019 68.6	5172 58.9	4053 46.2	5759 69.6	4916 59.4	3876 46.9
Hépatite B, aiguë					1 0.2	1 0.2	12 0.1	13 0.2	15 0.2	11 0.1	12 0.2	15 0.2
Hépatite B, total déclarations	22	27	18	112	96	87	1173	1086	1001	1103	1039	965
Hépatite C, aiguë			1 0.6		2 0.3	2 0.3	10 0.1	12 0.1	13 0.2	10 0.1	11 0.1	13 0.2
Hépatite C, total déclarations	28	35	16	89	91	69	1063	1026	919	1011	986	882
Infection à VIH	3 1.8	8 4.7	9 5.3	30 4.4	24 3.6	39 5.8	356 4.1	334 3.8	335 3.8	333 4	323 3.9	317 3.8
Sida	1 0.6	1 0.6	1 0.6	4 0.6	3 0.4	4 0.6	38 0.4	43 0.5	49 0.6	38 0.5	42 0.5	48 0.6
Syphilis, stades précoces <sup>d</sup>	5 3	17 10.1	13 7.7	30 4.4	61 9	63 9.3	732 8.3	814 9.3	695 7.9	691 8.4	768 9.3	664 8
Syphilis, total	5 3	21 12.4	19 11.3	42 6.2	80 11.8	92 13.6	994 11.3	1084 12.4	924 10.5	944 11.4	1017 12.3	883 10.7
<b>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</b>												
Brucellose	2 1.2			2 0.3			12 0.1	5 0.06	6 0.07	11 0.1	5 0.06	6 0.07
Chikungunya	1 0.6	1 0.6		2 0.3	1 0.2	1 0.2	21 0.2	5 0.06	6 0.07	21 0.2	5 0.06	6 0.07
Dengue	1 0.6		1 0.6	19 2.8	15 2.2	4 0.6	239 2.7	107 1.2	24 0.3	236 2.8	105 1.3	24 0.3
Encéphalite à tiques	4 2.4		1 0.6	14 2.1	18 2.7	8 1.2	306 3.5	386 4.4	284 3.2	302 3.6	384 4.6	283 3.4
Fièvre du Nil occidental							1 0.01			1 0.01		
<b>Fièvre jaune</b>												
Fièvre Q		4 2.4	3 1.8		10 1.5	7 1	83 1	94 1.1	104 1.2	78 0.9	86 1	100 1.2
Infection à Hantavirus									6 0.07			6 0.07
Infection à virus Zika							4 0.05			4 0.05		
Paludisme	6 3.6	1 0.6	2 1.2	26 3.8	18 2.7	9 1.3	349 4	318 3.6	247 2.8	338 4.1	303 3.7	237 2.9
Trichinellose				1 0.2			3 0.03	4 0.05	2 0.02	3 0.04	4 0.05	1 0.01
Tularémie		5 3	3 1.8	5 0.7	11 1.6	12 1.8	99 1.1	124 1.4	239 2.7	96 1.2	119 1.4	235 2.8
<b>Autres déclarations</b>												
Botulisme							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.01
Diphthérie <sup>e</sup>		2 1.2	1 0.6		11 1.6	1 0.2	31 0.4	88 1	4 0.05	25 0.3	88 1.1	4 0.05
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		1 0.6	1 0.6		2 0.3	2 0.3	28 0.3	27 0.3	27 0.3	28 0.3	23 0.3	24 0.3
<b>Tétanos</b>												
Variole du singe	1 0.6			1 0.2	5 0.7		12 0.1	551 6.3		12 0.2	551 6.7	

**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**



# Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 8.12.2023 et incidence pour 1000 consultations (N/10<sup>3</sup>)  
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	46		47		48		49		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	2	0.2	0	0	2	0.2	1	0.1
Piqûre de tiques	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Borréliose de Lyme	3	0.2	2	0.2	3	0.3	1	0.1	2.3	0.2
Herpès zoster	7	0.6	6	0.5	2	0.2	4	0.4	4.8	0.4
Névralgies post-zostériennes	1	0.1	1	0.1	0	0	0	0	0.5	0.1
Médecins déclarants	154		154		148		140		149	

## Résumé hebdomadaire sur les virus respiratoires

Le portail d'information de l'OFSP sur les maladies transmissibles donne régulièrement des informations sur les cas d'infection et de maladie dû à différents agents pathogènes respiratoires, en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein. <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](http://www.listedesspecialites.ch)

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

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

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
<b>I. Nouvelle admissions des préparations</b>					
01.99		<b>MAYZENT</b> (Siponimodum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21105	cpr pell 0.25 mg blist 12 pce Fr. 280.60 (230.16)		67230001	01.12.2020, B
	21105	cpr pell 0.25 mg blist 120 pce Fr. 1576.00 (1380.92)		67230002	01.12.2020, B
	21105	cpr pell 2 mg blist 28 pce Fr. 1475.05 (1288.86)		67230003	01.12.2020, B
Première prescription par un spécialiste en neurologie. MAYZENT est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints de sclérose en plaques secondairement progressive active, caractérisée par la présence de poussées ou des signes d'activité inflammatoire à l'imagerie.					
01.99 G		<b>TÉRIFLUNOMIDE SANDOZ</b> (Teriflunomidum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	21701	cpr pell 14 mg blist 28 pce Fr. 589.55 (499.27)		68740001	01.12.2023, B
	21701	cpr pell 14 mg blist 84 pce Fr. 1704.25 (1497.82)		68740002	01.12.2023, B
02.07.10 G		<b>PÉRINDOPRIL ARGININE SPIRIG HC</b> (Perindoprilum argininum)	Spirig HealthCare AG		
	21703	cpr pell 2.5 mg blist 30 pce Fr. 15.65 (6.50)		69100001	01.12.2023, B
	21703	cpr pell 2.5 mg blist 90 pce Fr. 38.45 (19.20)		69100002	01.12.2023, B
	21703	cpr pell 5 mg blist 30 pce Fr. 18.85 (9.29)		69100003	01.12.2023, B
	21703	cpr pell 5 mg blist 90 pce Fr. 38.65 (19.38)		69100004	01.12.2023, B
	21703	cpr pell 10 mg blist 30 pce Fr. 25.60 (11.58)		69100005	01.12.2023, B
	21703	cpr pell 10 mg blist 90 pce Fr. 42.45 (22.68)		69100006	01.12.2023, B
02.99		<b>CAMZYOS</b> (Mavacamtenum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	21530	caps 2.5 mg blist 28 pce Fr. 1601.25 (1403.91)		68477001	01.12.2023, B
	21530	caps 5 mg blist 28 pce Fr. 1601.25 (1403.91)		68477003	01.12.2023, B
	21530	caps 10 mg blist 28 pce Fr. 1601.25 (1403.91)		68477004	01.12.2023, B
	21530	caps 15 mg blist 28 pce Fr. 1601.25 (1403.91)		68477005	01.12.2023, B

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2025

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

La prescription de CAMZYOS® doit être effectuée exclusivement par un médecin spécialiste en cardiologie.

CAMZYOS® est remboursé pour le traitement des patients adultes atteints d'une cardiomyopathie hypertrophique obstructive (CMHO) symptomatique (NYHA II-III) en association avec un bêtabloquant ou un inhibiteur des canaux calciques, lorsque le traitement par un bêtabloquant ou un inhibiteur des canaux calciques n'est pas suffisamment efficace. En cas d'intolérance à un bêtabloquant et à un inhibiteur des canaux calciques ou si le traitement par ces deux options est inapproprié, CAMZYOS® peut être remboursé en monothérapie.

CAMZYOS® n'est remboursé que chez les patients qui présentent les critères suivants avant le début du traitement:

- Une FEVG d'au moins 55 % **et**
- Un gradient CCVG  $\geq$  50 mmHg (au repos, sous manœuvre de Valsalva ou à l'effort)



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

Contrôle après 6 mois à la dose maximale tolérée (au plus tard 15 mois après le début du traitement):

CAMZYOS® ne sera remboursé, après 6 mois à la dose maximale tolérée, que si une réponse minimale au traitement est démontrée. Une réponse minimale au traitement est démontrée en cas de:

- réduction d'au moins **une classe NYHA** et un gradient CCVG évalué par manœuvre de Valsalva <50 mmHg; ou

- réduction du gradient CCVG évalué par manœuvre de Valsalva à <30 mmHg

Le résultat de la réponse au traitement après 6 mois à la dose maximale tolérée doit être communiqué par écrit au médecin-conseil de l'assurance maladie.

07.06.20		<b>SITAGLIPTIN-METFORMIN-MEPHA RETARD</b> (Sitagliptinum, Metformini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
G					
	21699	cpr ret 50/500mg blist 60 pce Fr. 34.00 (15.35)		69033001	01.12.2023, B
	21699	cpr ret 50/500mg blist 160 pce Fr. 62.70 (40.31)		69033002	01.12.2023, B
	21699	cpr ret 50/1000mg blist 60 pce Fr. 34.00 (15.35)		69033003	01.12.2023, B
	21699	cpr ret 50/1000mg blist 160 pce Fr. 62.70 (40.31)		69033004	01.12.2023, B
	21699	cpr ret 100/1000mg blist 30 pce Fr. 34.00 (15.35)		69033005	01.12.2023, B
	21699	cpr ret 100/1000mg blist 90 pce Fr. 68.45 (45.35)		69033006	01.12.2023, 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 sulfonurée, si la combinaison de deux des trois principes actifs suivants n'offre pas un contrôle suffisant de la glycémie: metformine, sitagliptine ou sulfonurée.
- En association avec l'insuline, si cette mesure ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie.

07.16.10		<b>CABAZITAXEL LABATEC</b> (Cabazitaxelum)	Labatec Pharma SA		
G					
	21700	conc perf 60 mg/6ml flac 1 pce Fr. 2960.05 (2647.85)		69233003	01.12.2023, A

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

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

Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 10.

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

08.03		<b>PAXLOVID</b> (Nirmatrelvirum, Ritonavirum)	Pfizer AG		
	21529	cpr pell 4x150mg/2x100mg 5 blist 6 pce Fr. 1112.85 (958.62)		68793001	01.12.2023, A

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2025

PAXLOVID est remboursé en tant que monothérapie antivirale pour le traitement d'une infection COVID-19 confirmée (test antigénique/PCR positif pour la détection du pathogène et présence de symptômes de COVID-19) dans les cas suivants:

- à la posologie de 300 mg de nirmatrelvir (deux comprimés de 150 mg chacun) et 100 mg de ritonavir (un comprimé de 100 mg) pris en même temps toutes les 12 heures pendant une période de 5 jours
- pour le traitement précoce (sauf chez les personnes immunodéprimées, de préférence dans les 5 jours suivant l'apparition des symptômes) chez les adultes qui n'ont pas besoin d'oxygénothérapie ou d'hospitalisation en raison de la COVID-19 et qui présentent un risque accru d'évolution vers une forme sévère de la COVID-19 selon la liste de critères actuellement en vigueur de la Société Suisse d'Infectiologie (SSI) (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/heilmittel/versorgung-covid-19-arzneimittel.html>).

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
<b>II. Autres emballages et dosages</b>					
04.99		<b>BUDENOFALK</b> (Budesonidum)	Dr. Falk Pharma AG		
	21710	supp 4 mg 12 pce Fr. 102.70 (75.19)		68683001	01.12.2023, B
	21710	supp 4 mg 60 pce Fr. 387.55 (323.32)		68683002	01.12.2023, B
01.01.10		<b>DAFALGAN</b> (Paracetamolum)	UPSA Switzerland AG		
	14984	cpr 500 mg (nouv) blist 30 pce Fr. 6.60 (2.19)		46206007	01.12.2023, B
	15103	cpr eff 500 mg 40 pce Fr. 7.75 (3.16)		47503001	01.12.2023, B
01.99		<b>AUBAGIO QOD</b> (Teriflunomidum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20065	cpr pell 14 mg blist 28 pce Fr. 1156.65 (998.54)		62761006	01.12.2023, B
07.15		<b>SKYRIZI</b> (Risankizumabum)	AbbVie AG		
	21718	sol inj 360 mg/2.4 ml cartouche 1 pce Fr. 2581.05 (2297.30)		68946001	01.12.2023, B
	21719	conc perf 600 mg/10 ml flac 1 pce Fr. 2581.05 (2297.30)		68947001	01.12.2023, B

**Maladie de Crohn (dosages à 360 mg et 600 mg)**

Seuls des médecins spécialistes en gastroentérologie ou des services de gastroentérologie des hôpitaux universitaires/policliniques peuvent prescrire ce médicament.

Pour le traitement de patients adultes atteints de maladie de Crohn modérée à sévère ayant présenté une réponse insuffisante à un traitement conventionnel ou à un médicament biologique, n'y répondant plus ou présentant une intolérance.

En cas de non-réponse après 12 semaines, SKYRIZI doit être arrêté.

La poursuite du traitement par SKYRIZI au-delà d'une année nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21719.03

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
<b>III. Préparations/emballages radiés</b>					
01.01.10		<b>BEN-U-RON</b> (Paracetamolium)	UPSA Switzerland AG		
	14984	cpr 500 mg 20 pce Fr. 2.55 (1.38)		46206126	01.12.2023, D
	14984	cpr 1000 mg 20 pce Fr. 8.20 (3.55)		46206131	01.12.2023, B
	14984	cpr 1000 mg 40 pce Fr. 15.25 (6.12)		46206132	01.12.2023, B
	14984	cpr 1000 mg 100 pce Fr. 20.45 (10.66)		46206133	01.12.2023, B
01.01.10		<b>DAFALGAN</b> (Paracetamolium)	UPSA Switzerland AG		
	15205	cpr 500 mg 16 pce Fr. 2.45 (1.33)		47504015	01.12.2023, D
	15205	cpr 500 mg 100 pce Fr. 15.50 (6.38)		47504023	01.12.2023, B
02.07.10		<b>ACCUPRO 10</b> (Quinaprilum)	Pfizer AG		
	15578	cpr pell 10 mg 100 pce Fr. 35.15 (16.33)		50141055	01.12.2023, B
02.07.10		<b>ACCUPRO 20</b> (Quinaprilum)	Pfizer AG		
	15578	cpr pell 20 mg 100 pce Fr. 47.10 (26.76)		50141098	01.12.2023, B
02.07.20		<b>ACCURETIC 10/12.5</b> (Quinaprilum, Hydrochlorothiazidum)	Pfizer AG		
	16122	cpr pell 10/12.5mg 100 pce Fr. 38.00 (18.82)		51946022	01.12.2023, B
02.07.20		<b>ACCURETIC 20/12.5</b> (Quinaprilum, Hydrochlorothiazidum)	Pfizer AG		
	16122	cpr pell 20/12.5mg 30 pce Fr. 16.50 (7.23)		51946057	01.12.2023, B
	16122	cpr pell 20/12.5mg 100 pce Fr. 45.10 (24.99)		51946065	01.12.2023, B
04.01		<b>ANDURSIL</b> (Aluminii hydroxidum / Magnesii carbonas, Simeticonum)	Dr. Heinz Welti AG Fabrikation chemisch- pharmazeu		
	12293	cpr mâcher 24 pce Fr. 7.85 (4.25)		38845039	01.12.2023, D
	12293	cpr mâcher 100 pce Fr. 27.65 (14.98)		38845020	01.12.2023, D
07.06.20		<b>BYETTA</b> (Exenatidum)	AstraZeneca AG		
	18590	sol inj 5mcg stylo pré 1 pce Fr. 121.85 (91.87)		57760001	01.12.2023, B
	18590	sol inj 10mcg stylo pré 1 pce Fr. 121.85 (91.87)		57760003	01.12.2023, B
07.08.30		<b>PROGESTOGEL</b> (Progesteronum)	Vifor (International) Inc.		
	14170	gel 80 g Fr. 15.10 (6.01)		39699029	01.12.2023, B
07.10.10 G		<b>IRFEN RETARD</b> (Ibuprofenum)	Mepha Pharma AG		
	20539	cpr pell ret 800 mg 20 pce Fr. 8.95 (4.24)		66064001	01.12.2023, B
	20539	cpr pell ret 800 mg 50 pce Fr. 18.85 (9.29)		66064002	01.12.2023, B
	20539	cpr pell ret 800 mg 100 pce Fr. 35.45 (16.58)		66064003	01.12.2023, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
07.10.10 G		<b>RHUMALGAN</b> (Diclofenacum natricum)	Lagap SA		
	15143	cpr pell 25mg 30 pce Fr. 6.25 (1.87)		47696003	01.12.2023, B
	15143	cpr pell 25 mg 100 pce Fr. 14.50 (5.49)		47696004	01.12.2023, B
	15143	cpr pell 50 mg 20 pce Fr. 6.85 (2.39)		47696001	01.12.2023, B
	15143	cpr pell 50 mg 100 pce Fr. 19.50 (9.85)		47696002	01.12.2023, B
07.16.10		<b>NOVANTRON</b> (Mitoxantronum)	MEDA Pharma GmbH		
	14952	sol inj 10 mg/5ml flac 5ml Fr. 184.80 (146.71)		46574036	01.12.2023, A
	14952	sol inj 20 mg/10ml flac 10 ml Fr. 311.90 (257.41)		46574044	01.12.2023, A
07.16.10		<b>PADCEV</b> (Enfortumabum vedotinum)	Astellas Pharma AG		
	21478	subst sèche 20 mg flac 1 pce Fr. 798.45 (681.24)		68291001	01.12.2023, A
	21478	subst sèche 30 mg flac 1 pce Fr. 1189.05 (1028.09)		68291002	01.12.2023, A
07.16.20 0		<b>NOLVADEX</b> (Tamoxifenum)	AstraZeneca AG		
	12645	cpr 20mg 30 pce Fr. 27.65 (13.38)		39053039	01.12.2023, A
	12645	cpr 20mg 100 pce Fr. 58.05 (36.26)		39053047	01.12.2023, A
08.06 G		<b>FLUCONAZOLE-MEPHA 150 N</b> (Fluconazolium)	Mepha Pharma AG		
	18712	caps 150 mg 1 pce Fr. 13.95 (5.02)		58063006	01.12.2023, B
	18712	caps 150 mg 4 pce Fr. 36.70 (17.67)		58063008	01.12.2023, B
08.06 G		<b>FLUCONAZOLE-MEPHA 200 N</b> (Fluconazolium)	Mepha Pharma AG		
	18712	caps 200mg 2 pce Fr. 19.70 (10.01)		58063010	01.12.2023, B
	18712	caps 200mg 7 pce Fr. 56.65 (35.04)		58063012	01.12.2023, B
08.06 G		<b>FLUCONAZOLE-MEPHA 50 N</b> (Fluconazolium)	Mepha Pharma AG		
	18712	caps 50 mg 7 pce Fr. 19.70 (10.01)		58063002	01.12.2023, B
	18712	caps 50 mg 28 pce Fr. 62.35 (40.04)		58063004	01.12.2023, B
08.09		<b>KIOVIG</b> (Immunoglobulinum humanum normale)	Takeda Pharma AG		
	18391	sol perf 1 g/10ml i. v. flac 10 ml Fr. 94.45 (68.00)		57469001	01.12.2023, B
11.06.10		<b>FML NEO LIQUIFILM</b> (Fluorometholonum, Neomycinum)	AbbVie AG		
	12168	gtt opht 5 ml Fr. 8.75 (4.07)		38174010	01.12.2023, A
12.02.10		<b>RHINOVENT</b> (Ipratropii bromidum anhydricum)	Opella Healthcare Switzerland AG		
	16180	spray nasal 0.03 % 15 ml Fr. 8.65 (3.96)		52445019	01.12.2023, B
14.02 G		<b>DOTAGRAF</b> (Acidum gadotericum)	Berlis AG		
	20448	sol inj 2.793g/10ml amp 10 ml Fr. 54.80 (33.46)		65310001	01.12.2023, B
	20448	sol inj 4.189g/15ml amp 15 ml Fr. 68.60 (45.47)		65310002	01.12.2023, B
	20448	sol inj 5.586g/20ml amp 20 ml Fr. 82.35 (57.46)		65310003	01.12.2023, B
	20448	sol inj 16.76g/60ml amp 60 ml Fr. 200.80 (160.63)		65310004	01.12.2023, B
	20448	sol inj 27.93g/100ml amp 100ml Fr. 323.75 (267.71)		65310005	01.12.2023, B

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>IV. Réduction de prix</b>					
<b>IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS</b>					
<b>ENSPRYNG</b> sol inj 120 mg/ml ser pré 1 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	119900	21119	7095.60	6682.56
<b>TEGSEDI</b> sol inj 284 mg/1.5 ml 4 ser pré 1.5 ml	Swedish Orphan Biovitrum AG	019900	21287	21556.00	20790.25
<b>IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans</b>					
<b>A.T. 10</b> sol 30 ml	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	070230	647	66.00	43.20
<b>ABASAGLAR</b> sol inj 100 U/ml Kwikpen 5 ser pré 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	20346	67.35	44.37
<b>ABRAXANE</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	Bristol-Myers Squibb SA	071610	20247	357.35	296.98
<b>ABRILADA</b> sol inj 40 mg/0.8 ml ser pré 0.8 ml sol inj 40 mg/0.8 ml stylo pré 0.8 ml sol inj 40 mg/0.8 ml 2 stylo pré 0.8 ml sol inj 40 mg/0.8 ml 2 ser pré 0.8 ml	Pfizer AG	071500	21266 21203 21203 21266	442.40 442.40 868.45 868.45	371.10 371.10 742.20 742.20
<b>ACARIZAX Poudre par voie orale</b> cpr subling 12 SQ-HDM bte 30 pce cpr subling 12 SQ-HDM bte 90 pce	ALK-Abelló AG	071330	20553 20553	105.15 282.65	77.30 231.92
<b>ACTIKERALL</b> sol fl 25 ml	Almirall AG	071640	19521	56.35	34.81
<b>ACTIVELLE</b> cpr pell 28 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070860	17273	17.80	8.38
<b>ADRIBLASTIN RD</b> subst sèche 10 mg c solv flac 1 pce subst sèche 50 mg c solv flac 1 pce	Pfizer AG	071610	15691 15691	29.05 100.20	14.60 73.00
<b>AERIUS</b> cpr pell 5 mg 10 pce cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 90 pce	Organon GmbH	071310	17673 17673 17673	7.35 17.65 42.30	2.84 8.25 22.54
<b>AGIOLAX</b> gran bte 250 g gran bte 1000 g	MEDA Pharma GmbH	040815	16377 16377	14.65 42.20	5.62 22.48
<b>AMARYL</b> cpr 2 mg 30 pce cpr 2 mg 120 pce cpr 3 mg 30 pce cpr 3 mg 120 pce cpr 4 mg 30 pce cpr 4 mg 120 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	16476 16476 16476 16476 16476 16476	7.55 19.45 8.90 28.75 14.00 37.00	3.00 9.79 4.18 14.32 5.07 17.93
<b>ANAGRELID NORDIC</b> cpr 0.5 mg 50 pce cpr 0.5 mg 100 pce cpr 0.75 mg 100 pce cpr 1 mg 100 pce	Nordic Pharma GmbH	071640	20763 20763 20763 20763	132.75 221.15 286.70 352.20	101.34 178.36 235.44 292.52

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>ANASTROZOLE DEVATIS</b> cpr pell 1 mg blist 30 pce cpr pell 1 mg blist 100 pce	Devatis AG	071620	20905	80.00	55.42
			20905	225.90	182.48
<b>ANASTROZOL HELVEPHARM</b> cpr pell 1 mg 28 pce cpr pell 1 mg 98 pce	Helvepharm AG	071620	19501	76.45	52.32
			19501	221.70	178.83
<b>ANASTROZOLE SANDOZ</b> cpr pell 1 mg 30 pce cpr pell 1 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19476	80.00	55.42
			19476	225.90	182.48
<b>ANASTROZOL ZENTIVA</b> cpr pell 1 mg blist 28 pce cpr pell 1 mg blist 98 pce	Helvepharm AG	071620	19501	76.45	52.32
			19501	221.70	178.83
<b>ANASTROZOL-TEVA</b> cpr pell 1 mg 30 pce cpr pell 1 mg 100 pce	Teva Pharma AG	071620	18959	80.00	55.42
			18959	225.90	182.48
<b>ANDROCUR</b> cpr 50 mg 50 pce cpr 50 mg 5 × 50 pce	Bayer (Schweiz) AG	070900	11722	49.75	29.05
			11722	168.05	132.08
<b>ANDROCUR 10</b> cpr 10 mg 3 × 15 pce	Bayer (Schweiz) AG	070900	11722	18.70	9.14
<b>ANDROCUR DEPOT</b> sol inj 300 mg/3ml i. m. 3 amp 3 ml	Bayer (Schweiz) AG	070900	16681	60.95	38.82
<b>ANGELIQ</b> cpr pell 28 pce cpr pell 3 × 28 pce	Bayer (Schweiz) AG	070860	18296	20.60	10.80
			18296	51.60	30.67
<b>APIDRA</b> sol inj flac 10ml sol inj OptiPen/ClikSTA/JuniorST 5 amp 3ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18255	42.35	22.62
			18255	59.20	37.28
<b>APIDRA SOLOSTAR</b> sol inj 5 stylo pré 3ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18639	52.80	31.70
<b>APTAMIL AS SYNEO</b> pdr bte 400g	Danone Schweiz AG	070110	21153	65.85	35.69
<b>ARAVA</b> cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 100 pce cpr pell 100 mg 3 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071060	17279	26.70	12.55
			17279	64.40	41.83
			17279	41.65	22.01
			17279	100.65	73.37
			17279	26.70	12.55
<b>ARIMIDEX</b> cpr pell 1 mg 30 pce cpr pell 1 mg 100 pce	Medius AG	071620	16688	101.45	74.08
			16688	249.15	202.76
<b>ARIMIDEX (IP)</b> cpr pell 1 mg blist 28 pce cpr pell 1 mg blist 112 pce	APS-Arzneimittel-Parallelimport- Service AG	071620	21583	83.85	58.77
			21583	238.00	193.03
<b>ASACOL</b> cpr pell 800 mg 48 pce cpr pell 400 mg (nouveau) 100 pce	Medinova AG	040900	14743	46.10	25.87
			14743	49.70	29.01
<b>ATRIANCE</b> sol perf 250 mg/50ml flac 50 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	18646	354.40	294.44
<b>ATROMED</b> gel 50 ml gel 100 ml	A.Vogel AG	571040	17989	7.90	4.27
			17989	13.85	7.51

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>AZAREK</b> cpr pell 25 mg 50 pce cpr pell 50 mg 50 pce cpr pell 50 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	17675 17675 17675	9.65 19.05 36.30	4.82 9.44 17.34
<b>BENERVA</b> cpr 100 mg 100 pce	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	070230	6702	9.50	5.15
<b>BESPONSA</b> subst sèche 1 mg flac 1 pce	Pfizer AG	071610	20696	11689.90	11164.76
<b>BETNESOL</b> cpr 0.5 mg 30 pce	Alfasigma Schweiz AG	070725	9944	6.75	2.31
<b>BILAXTEN</b> cpr orodisp 20 mg blist 10 pce cpr orodisp 20 mg blist 30 pce cpr orodisp 20 mg blist 50 pce cpr 20 mg blist 10 pce cpr 20 mg blist 30 pce cpr 20 mg blist 50 pce	A. Menarini GmbH	071310	21466 21466 21466 19519 19519 19519	5.75 15.65 25.55 5.75 15.65 25.55	3.13 8.48 13.85 3.13 8.48 13.85
<b>BILAXTEN KIDS</b> cpr orodisp 10 mg blist 10 pce cpr orodisp 10 mg blist 30 pce cpr orodisp 10 mg blist 50 pce	A. Menarini GmbH	071310	20911 20911 20911	7.40 17.10 27.05	2.87 7.76 12.86
<b>BOSULIF</b> cpr pell 100 mg blist 28 pce cpr pell 400 mg blist 28 pce cpr pell 500 mg blist 28 pce	Pfizer AG	071610	20114 20114 20114	920.95 3476.50 4052.80	787.92 3151.69 3713.97
<b>BUDENOFALK</b> caps 3 mg 50 pce caps 3 mg 100 pce mousse rect 2 mg/dose 14 dos mousse rect 2 mg/dose 2 x 14 doses	Dr. Falk Pharma AG	049900	17225 17225 19291 19291	73.45 123.90 107.30 184.90	49.70 93.62 79.18 146.76
<b>BUDENOFALK UNO</b> gran 9 mg sach 20 pce gran 9 mg sach 60 pce	Dr. Falk Pharma AG	049900	19456 19456	85.75 223.75	60.39 180.62
<b>BYDUREON BCISE DEPOT</b> susp inj 2 mg auto-injecteur injec- teur 4 pce	AstraZeneca AG	070600	21192	120.35	90.57
<b>CAELYX</b> conc perf 20 mg/10ml amp 10ml	Baxter AG	071610	16985	283.15	232.38
<b>CALCITRIOL SALMON PHARMA</b> caps 0.25 mcg 30 pce caps 0.25 mcg 100 pce caps 0.5 mcg 100 pce	Salmon Pharma GmbH	070230	17946 17946 17946	16.10 39.00 53.05	6.88 19.68 31.94
<b>CALPEROS D3</b> cpr sucer menthe 60 pce cpr sucer lemon 60 pce cpr sucer nature 60 pce cpr sucer nature 180 pce cpr sucer lemon 180 pce cpr sucer menthe 180 pce	Recordati AG	070250	17307 17307 17307 17307 17307 17307	12.65 12.65 12.65 36.40 36.40 36.40	6.86 6.86 6.86 19.72 19.72 19.72
<b>CAMPTO</b> conc perf 40 mg/2ml cytosafe 2 ml conc perf 100 mg/5ml cytosafe 5 ml conc perf 300 mg/15ml cytosafe 15 ml	Pfizer AG	071610	17119 17119 17119	67.50 140.15 348.15	44.51 107.78 288.99

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>CAPECITABIN ACCORD</b> cpr pell 150 mg blist 60 pce cpr pell 500 mg blist 120 pce	Accord Healthcare AG	071610	21001	44.95	24.87
			21001	209.85	168.50
<b>CAPECITABIN ZENTIVA</b> cpr pell 150 mg blist 60 pce cpr pell 500 mg blist 120 pce	Helvepharm AG	071610	20179	44.95	24.87
			20179	209.85	168.50
<b>CAPECITABIN-TEVA</b> cpr pell 150 mg 60 pce cpr pell 500 mg 120 pce	Teva Pharma AG	071610	20168	44.95	24.87
			20168	209.85	168.50
<b>CAPRELSA</b> cpr 100 mg blist 30 pce cpr 300 mg blist 30 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19924	2393.30	2126.12
			19924	4855.85	4497.43
<b>CARBOPLATIN ACCORD</b> sol perf 50 mg/5ml flac 5 ml sol perf 150 mg/15ml flac 15 ml sol perf 450 mg/45ml flac 45 ml sol perf 600 mg/60ml flac 60 ml	Accord Healthcare AG	071610	20825	18.25	8.77
			20825	46.80	26.46
			20825	107.50	79.37
			20825	137.90	105.83
<b>CARBOPLATIN LABATEC</b> sol perf 50 mg/5ml flac 5 ml sol perf 150 mg/15ml flac 15 ml sol perf 450 mg/45ml flac 45 ml sol perf 600 mg/60ml flac 60 ml	Labatec Pharma SA	071610	20054	18.25	8.76
			20054	46.75	26.45
			20054	107.50	79.37
			20054	137.90	105.83
<b>CARBOPLATINE SANDOZ</b> sol perf 50 mg/5ml flac 1 pce sol perf 150 mg/15ml flac 1 pce sol perf 450 mg/45ml flac 1 pce sol perf 600 mg/60ml flac 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	17732	18.25	8.76
			17732	46.75	26.45
			17732	107.50	79.37
			17732	137.90	105.83
<b>CARBOPLATIN-TEVA LIQUID</b> sol perf 50 mg/5ml flac 1 pce sol perf 150 mg/15ml flac 1 pce sol perf 450 mg/45ml flac 1 pce sol perf 600 mg/60ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	18791	17.35	7.97
			18791	44.00	24.05
			18791	107.50	79.37
			18791	127.15	96.46
<b>CARIBAN</b> caps ret 10mg/10mg blist 24 pce caps ret 10mg/10mg blist 48 pce	Effik SA	071310	21148	35.90	16.98
			21148	50.70	29.88
<b>CARMENTHIN</b> caps gastro-résistantes blist 28 pce caps gastro-résistantes blist 84 pce	Schwabe Pharma AG	549900	20956	20.00	10.26
			20956	45.00	24.92
<b>CARNITENE</b> sol buv 1g/10ml 10 fl 10 ml sol inj 1 g/5ml i. v. 5 amp 5 ml	Alfasigma Schweiz AG	079900	15537	39.00	19.69
			14954	39.45	20.07
<b>CELEBREX</b> caps 100 mg 30 pce caps 200 mg 30 pce caps 200 mg 100 pce	Viatrix Pharma GmbH	071010	17306	19.65	9.96
			17306	35.25	16.43
			17306	75.40	51.41
<b>CÉLÉCOXIB AXAPHARM</b> caps 100 mg blist 30 pce caps 200 mg blist 30 pce caps 200 mg blist 100 pce	Axapharm AG	071010	21359	18.70	9.14
			21359	29.15	14.66
			21359	69.50	46.27
<b>CELECOXIB HELVEPHARM</b> caps 100 mg 30 pce caps 200 mg 30 pce caps 200 mg 100 pce	Helvepharm AG	071010	20293	18.50	8.97
			20293	29.35	14.86
			20293	69.50	46.27



PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>CELECOXIB PFIZER</b> caps 100 mg 30 pce caps 200 mg 30 pce caps 200 mg 100 pce	Viartis Pharma GmbH	071010	20278 20278 20278	18.60 29.35 69.50	9.07 14.86 46.27
<b>CÉLÉCOXIB SANDOZ</b> caps 100 mg 30 pce caps 200 mg 30 pce caps 200 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010	20304 20304 20304	18.50 29.35 69.50	8.97 14.86 46.27
<b>CELECOXIB SPIRIG HC</b> caps 100 mg 30 pce caps 200 mg 30 pce caps 200 mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	071010	20302 20302 20302	18.75 28.80 69.50	9.18 14.37 46.27
<b>CELECOXIB VIATRIS</b> caps 100 mg blist 30 pce caps 200 mg blist 30 pce caps 200 mg blist 100 pce	Viartis Pharma GmbH	071010	20278 20278 20278	18.60 29.35 69.50	9.07 14.86 46.27
<b>CELECOXIB ZENTIVA</b> caps 100 mg blist 30 pce caps 200 mg blist 30 pce caps 200 mg blist 100 pce	Helvepharm AG	071010	20293 20293 20293	18.50 29.35 69.50	8.97 14.86 46.27
<b>CELECOXIB-MEPHA</b> caps 100 mg 30 pce caps 200 mg 30 pce caps 200 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	071010	20297 20297 20297	19.10 28.75 69.50	9.51 14.35 46.27
<b>CELESTONE CHRONODOSE</b> sol inj amp 1 ml	Organon GmbH	070725	10419	8.20	3.56
<b>CELLCEPT</b> susp 200 mg/ml fl 175 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	17478	186.50	148.18
<b>CERTICAN</b> cpr 0.25 mg 6 × 10 pce cpr 0.5 mg 6 × 10 pce cpr 0.75 mg 6 × 10 pce cpr 1 mg 6 × 10 pce cpr disp 0.1 mg 6 × 10 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	18227 18227 18227 18227 18228	183.60 350.80 517.95 685.15 83.30	145.64 291.27 436.91 582.55 58.26
<b>CLARITINE</b> cpr 10 mg 14 pce cpr 10 mg 42 pce	Bayer (Schweiz) AG	071310	15954 15954	10.05 20.25	5.44 10.48
<b>COMPETACT</b> cpr pell 15/850 mg 28 pce cpr pell 15/850 mg 98 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	070620	18532 18532	38.55 82.30	19.30 57.39
<b>CONSTELLA</b> caps 290 mcg 28 pce caps 290 mcg 90 pce	AbbVie AG	040811	20067 20067	76.40 180.40	52.28 142.84
<b>CORTIMENT MMX</b> cpr ret 9 mg 30 pce	Ferring AG	049900	20486	115.65	86.47
<b>CUPRIOR</b> cpr pell 150 mg 72 pce	Curatis AG	079900	21208	3343.85	3022.28
<b>DECAPEPTYL</b> sol inj 0.1 mg/ml ser pré 7 pce	Ferring AG	070900	16621	68.50	45.38
<b>DECITABIN ACCORD</b> subst sèche 50 mg flac 1 pce	Accord Healthcare AG	071610	21554	934.60	799.83
<b>DÉCITABINE SANDOZ</b> subst sèche 50 mg flac 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	21512	934.60	799.83

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>DES Loratadine SANDOZ</b> cpr pell 5mg 10 pce cpr pell 5mg 30 pce cpr pell 5mg 50 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	19981 19981 19981	6.75 16.10 25.25	2.32 6.88 11.27
<b>DES Loratadine SPIRIG HC</b> cpr pell 5mg 10 pce cpr pell 5mg 30 pce cpr pell 5mg 50 pce	Spirig HealthCare AG	071310	20134 20134 20134	4.35 12.65 20.80	2.35 6.86 11.27
<b>DES Loratadine-MEPHA</b> lactabs 5mg 10 pce lactabs 5mg 30 pce lactabs 5mg 50 pce	Mepha Pharma AG	071310	19976 19976 19976	6.75 16.10 25.25	2.33 6.89 11.27
<b>DE-URSIL</b> caps 150mg 30 pce caps 150mg 100 pce caps 300mg 30 pce caps 300mg 100 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	13325 13325 13325 13325	36.05 78.60 48.70 119.25	17.11 54.18 28.12 89.61
<b>DE-URSIL RR</b> caps 450mg 20 pce caps 450mg 60 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	14480 14480	47.50 103.50	27.07 75.86
<b>DE-URSIL RR MITE</b> caps 225mg 20 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	14480	35.80	16.92
<b>DEXAMÉTHASONE GALEPHARM AMP</b> sol inj 4mg/ml 3 amp 1 ml sol inj 4mg/ml 10 amp 1 ml sol inj 8mg/2ml 3 amp 2 ml	Galepharm AG	070726	20937 20937 20937	15.10 39.35 19.90	6.00 20.00 10.20
<b>DICETEL</b> cpr pell 50mg 60 pce cpr pell 50mg 120 pce	Viatrix Pharma GmbH	040200	14828 14828	19.00 35.35	9.39 16.49
<b>DOCETAXEL ACCORD</b> conc perf 20mg/ml flac 1 pce conc perf 80mg/4ml flac 1 pce conc perf 160mg/8ml flac 1 pce	Accord Healthcare AG	071610	21008 21008 21008	70.85 234.10 451.80	47.41 189.64 379.28
<b>DOCETAXEL FRESENIUS</b> conc perf 20mg/1 ml flac 1 pce conc perf 80mg/4ml flac 1 pce conc perf 160mg/8ml flac 1 pce	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	20048 20048 20048	70.85 234.10 451.80	47.41 189.64 379.28
<b>DOCETAXEL ZENTIVA</b> conc perf 20mg/1ml flac 1 pce conc perf 80mg/4ml flac 1 pce	Helvepharm AG	071610	19794 19794	71.90 234.10	48.36 189.64
<b>DOCETAXEL-TEVA</b> conc perf 20mg/1ml flac 1 pce conc perf 80mg/4ml flac 1 pce conc perf 140mg/7ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	19787 19787 19787	71.95 234.10 399.85	48.37 189.64 334.01
<b>DOMPÉRIDONE AXAPHARM LINGUAL</b> cpr orodisp 10mg blist 30 pce cpr orodisp 10mg blist 100 pce	Axapharm AG	040600	21399 21399	6.90 15.90	2.46 6.72
<b>DOMPÉRIDONE LINGUAL SPIRIG HC</b> cpr orodisp 10mg 30 pce cpr orodisp 10mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	040600	20654 20654	6.90 15.90	2.46 6.72

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>DOMPERIDON-MEPHA ORO</b> cpr orodisp 10mg 30 pce cpr orodisp 10mg 100 pce	Mepha Pharma AG	040600	20435 20435	6.90 15.90	2.46 6.72
<b>DOSTINEX</b> cpr 0.5mg fl 2 pce cpr 0.5mg fl 8 pce	Pfizer AG	070310	16472 16472	18.45 54.25	8.92 32.99
<b>DOXORUBICIN ACCORD</b> sol inj 10 mg/5ml flac 1 pce sol inj 20 mg/10ml flac 1 pce sol inj 50 mg/25ml flac 1 pce sol inj 100 mg/50ml flac 1 pce sol inj 200 mg/100ml flac 1 pce	Accord Healthcare AG	071610	21523 21523 21523 21523 21523	25.15 42.15 79.95 143.45 270.50	11.20 22.41 55.34 110.68 221.36
<b>DOXORUBICINE SANDOZ ECO</b> sol inj 10 mg/5ml 5ml sol inj 50 mg/25ml 25ml sol inj 100 mg/50ml 50ml sol inj 200 mg/100ml 100ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20228 20228 20228 20228	25.00 79.90 143.35 270.35	11.06 55.30 110.60 221.20
<b>DOXORUBICIN-TEVA</b> sol inj 10 mg/5ml flac 5ml sol inj 50 mg/25ml flac 25ml	Teva Pharma AG	071610	19199 19199	26.55 79.95	12.42 55.34
<b>DUPHALAC</b> sirop fl 200ml sirop fl 500ml sirop 12 x fl 500ml	Mylan Pharma GmbH	040812	11212 11212 11212	4.10 8.70 104.30	2.23 4.71 56.52
<b>DUSPATALIN RETARD</b> caps ret 200mg 30 pce caps ret 200mg 60 pce	Viatrix Pharma GmbH	040200	15755 15755	16.65 27.20	7.38 12.99
<b>ELDISINE</b> subst sèche 5mg flac 1 pce	Spirig HealthCare AG	071610	16562	162.30	127.10
<b>ELIGARD PLATEAUX THERMO</b> subst sèche 7.5mg aiguï sécuri kit inj 1 pce subst sèche 22.5mg aiguï sécuri kit inj 1 pce subst sèche 45mg aiguï sécuri kit inj 1 pce	Recordati AG	071620	18192 18193 18798	135.55 373.85 731.25	103.79 311.35 622.70
<b>ENTOCORT CIR</b> caps ret 3mg 20 pce caps ret 3mg 50 pce caps ret 3mg 100 pce	Tillotts Pharma AG	049900	17268 17268 17268	38.35 71.25 125.90	19.11 47.76 95.39
<b>ENTOCORT ENEMA</b> clyst solution + comprimés 7 pce	Tillotts Pharma AG	049900	17973	63.35	40.89
<b>EPIRUBICINE SANDOZ</b> sol inj 10 mg/5ml flac 5ml sol inj 50 mg/25ml flac 25ml sol inj 100 mg/50ml flac 50ml sol inj 200 mg/100ml flac 100ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20472 20472 20472 20472	36.45 91.25 144.35 228.40	17.47 65.20 111.47 184.65
<b>EPIRUBICIN-TEVA LIQUID</b> conc inj 10 mg/5ml flac 1 pce conc inj 20 mg/10ml flac 1 pce conc inj 50 mg/25ml flac 1 pce conc inj 100 mg/50ml flac 1 pce conc inj 200 mg/100ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	18759 18759 18759 18759 18759	36.45 53.50 91.15 144.10 228.40	17.45 32.31 65.11 111.23 184.65

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>ERIVEDGE</b> caps 150mg 28 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071640	20038	5250.30	4882.26
<b>ESBRIET</b> cpr pell 267mg fl 90 pce cpr pell 801mg fl 90 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	20445 20445	918.35 2646.55	785.67 2357.01
<b>ESTRADOT</b> patchs mat 25mcg/24h 8 pce patchs mat 25mcg/24h 24 pce patchs mat 37.5mcg/24h 8 pce patchs mat 37.5mcg/24h 24 pce patchs mat 50mcg/24h 8 pce patchs mat 50mcg/24h 24 pce patchs mat 75mcg/24h 8 pce patchs mat 75mcg/24h 24 pce patchs mat 100mcg/24h 8 pce patchs mat 100mcg/24h 24 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070820	17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808	15.95 36.40 15.95 36.40 15.95 36.40 15.95 36.40 15.95 36.40	6.74 17.41 6.74 17.41 6.74 17.41 6.74 17.41 6.74 17.41
<b>ESTROFEM N</b> cpr pell 1mg 28 pce cpr pell 2mg 28 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070820	12815 12815	8.20 8.95	3.57 4.22
<b>EVISTA</b> cpr pell 60mg 28 pce cpr pell 60mg 84 pce	Leman SKL SA	070900	17510 17510	36.40 74.95	17.41 51.02
<b>EXÉMESTANE DEVATIS</b> cpr pell 25mg blist 30 pce cpr pell 25mg blist 100 pce	Devatis AG	071620	20904 20904	91.10 262.70	65.08 214.54
<b>EXEMESTAN MYLAN</b> cpr pell 25mg blist 30 pce cpr pell 25mg blist 100 pce	Viartis Pharma GmbH	071620	20865 20865	91.10 262.70	65.08 214.54
<b>EXÉMESTANE SANDOZ</b> cpr pell 25mg 30 pce cpr pell 25mg 90 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19511 19511	90.25 238.05	64.35 193.09
<b>FARLUTAL</b> cpr 500mg 60 pce	Pfizer AG	071620	14097	148.50	115.08
<b>FELDEN 20</b> tabs 20mg 30 pce	Pfizer AG	071010	14705	16.25	7.02
<b>FELDEN LINGUAL</b> cpr 20mg 10 pce cpr 20mg 30 pce	Pfizer AG	071010	16552 16552	7.50 17.45	2.98 8.07
<b>FEMARA</b> cpr pell 2.5mg 30 pce cpr pell 2.5mg 100 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	16818 16818	111.60 295.10	82.94 242.78
<b>FEMOSTON</b> cpr 1/10mg 28 pce cpr 2/10mg 28 pce	Viartis Pharma GmbH	070860	16799 16799	14.40 15.25	5.42 6.15
<b>FEMOSTON CONTI</b> cpr pell 0.5/2.5 28 pce cpr pell 1/5 28 pce	Viartis Pharma GmbH	070860	17420 17420	16.45 18.25	7.17 8.74
<b>FEMOSTON MONO</b> cpr pell 2mg 28 pce	Viartis Pharma GmbH	070820	17274	8.90	4.17
<b>FEXOFÉNADINE SANDOZ</b> cpr pell 120mg 10 pce cpr pell 120mg 30 pce cpr pell 180mg 10 pce cpr pell 180mg 30 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	20650 20650 20650 20650	5.25 17.05 8.60 20.35	2.85 7.70 3.91 10.59

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>FEXOFÉNADINE SPIRIG HC</b> cpr pell 120mg 10 pce cpr pell 120mg 30 pce cpr pell 180mg 10 pce cpr pell 180mg 30 pce	Spirig HealthCare AG	071310	21577 21577 21577 21577	5.25 14.20 7.20 19.55	2.85 7.70 3.91 10.59
<b>FEXOFENADINE ZENTIVA</b> cpr pell 120mg 10 pce cpr pell 120mg 30 pce cpr pell 180mg 10 pce (ancien) cpr pell 180mg blist 10 pce cpr pell 180mg blist 30 pce cpr pell 180mg 30 pce (ancien)	Helvepharm AG	071310	19590 19590 19590 19590 19590 19590	5.25 17.05 7.20 7.20 19.55 19.55	2.85 7.70 3.91 3.91 10.59 10.59
<b>FEXOFENADIN-MEPHA</b> Lactab 120mg blist 10 pce Lactab 120mg blist 30 pce Lactab 180mg blist 10 pce Lactab 180mg blist 30 pce	Mepha Pharma AG	071310	21050 21050 21050 21050	5.25 17.05 8.60 20.35	2.85 7.70 3.91 10.59
<b>FIASP</b> sol inj 100 U/ml flac 10ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20616	40.45	20.96
<b>FIASP FLEXTOUCH</b> sol inj 100 U/ml 5 stylo pré 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20614	59.90	37.90
<b>FIASP PENFILL</b> sol inj 100 U/ml cartouche 5 amp 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20615	57.15	35.48
<b>FIASP PUMPCART</b> sol inj 100 U/ml cartouche 5 amp 1.6ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	21232	38.10	18.92
<b>FLATULEX</b> gouttes 41.2mg/ml avec doseur 50ml	Bayer (Schweiz) AG	040400	13698	9.00	4.89
<b>FORTECORTIN</b> cpr 4mg 30 pce cpr 4mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	070726	16676 16676	36.65 73.40	17.62 49.64
<b>FOSRENOL</b> cpr mâcher 500mg 90 pce cpr mâcher 750mg 90 pce cpr mâcher 1000mg 90 pce	Takeda Pharma AG	079900	18766 18766 18766	194.55 248.95 317.20	155.20 202.57 262.04
<b>GALVUMET</b> cpr pell 50/500mg 60 pce cpr pell 50/500mg 180 pce cpr pell 50/850mg 60 pce cpr pell 50/850mg 180 pce cpr pell 50/1000mg 60 pce cpr pell 50/1000mg 180 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	070620	19118 19118 19118 19118 19118 19118	49.50 115.75 49.50 115.75 49.50 115.75	28.85 86.56 28.85 86.56 28.85 86.56
<b>GENOTROPIN</b> subst sèche 5mg c sol amp 1 pce subst sèche 5mg c sol amp 5 pce subst sèche 12mg c sol amp double 1 pce	Pfizer AG	070310	15456 15456 15456	195.25 910.65 445.65	155.79 778.97 373.91
<b>GENOTROPIN GOQUICK</b> subst sèche 5mg c sol 1 pce subst sèche 5mg c sol 5 pce subst sèche 12mg c sol 1 pce subst sèche 12mg c sol 5 pce	Pfizer AG	070310	19461 19461 19461 19461	195.25 910.65 445.65 2111.90	155.79 778.97 373.91 1869.52

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>GEVILON</b> cpr pell 450mg 100 pce	Pfizer AG	071200	14933	37.45	18.34
<b>GIOTRIF</b> cpr pell 20mg 28 pce cpr pell 30mg 28 pce cpr pell 40mg 28 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	071610	20151 20151 20151	2382.65 2382.65 2382.65	2116.41 2116.41 2116.41
<b>GLIMÉPIRIDE SANDOZ</b> cpr 1 mg 30 pce cpr 1 mg 120 pce cpr 2 mg 30 pce cpr 2 mg 120 pce cpr 3 mg 30 pce cpr 3 mg 120 pce cpr 4 mg 30 pce cpr 4 mg 120 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620	18420 18420 18420 18420 18420 18420 18420 18420	6.00 14.65 7.35 18.80 8.65 27.85 9.65 34.95	1.64 5.63 2.84 9.25 3.95 13.53 4.84 16.14
<b>GLIMEPIRIDE ZENTIVA</b> cpr 2 mg 30 pce cpr 2 mg 120 pce cpr 3 mg 30 pce cpr 3 mg 120 pce cpr 4 mg 30 pce cpr 4 mg 120 pce	Helvepharm AG	070620	18325 18325 18325 18325 18325 18325	7.35 18.70 8.60 27.65 9.60 34.95	2.81 9.16 3.90 13.39 4.79 16.14
<b>GLIMERYLE-MEPHA</b> cpr 1 mg 30 pce cpr 1 mg 120 pce cpr 2 mg 30 pce cpr 2 mg 120 pce cpr 3 mg 30 pce cpr 3 mg 120 pce cpr 4 mg 30 pce cpr 4 mg 120 pce	Mepha Pharma AG	070620	18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470	5.95 14.65 7.35 18.80 8.60 27.80 9.55 34.95	1.62 5.62 2.84 9.25 3.93 13.51 4.75 16.14
<b>GLIVEC GIST</b> cpr pell 100mg 60 pce cpr pell 400mg 30 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	20430 20430	717.65 1382.45	610.86 1204.40
<b>GLYXAMBI</b> cpr pell 10mg/5mg blist 30 pce cpr pell 10mg/5mg blist 90 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	20598 20598	100.35 265.40	73.14 216.89
<b>GRAZAX LYOPHILISÉ ORALE</b> cpr 75000 SQ-T 30 × 1 doses cpr 75000 SQ-T 100 × 1 doses	ALK-Abelló AG	071330	18694 18694	116.05 348.60	86.82 289.38
<b>HALAVEN</b> sol inj 1 mg/2ml flac 2ml	Eisai Pharma AG	071610	19427	275.45	225.64
<b>HEPA S</b> caps 50 pce caps 100 pce	OM Pharma Suisse SA	541120	17301 17301	20.20 35.50	10.94 19.25
<b>HERCEPTIN</b> subst sèche 150mg amp 1 pce subst sèche 440mg c solv amp 20ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17354 17354	599.10 1689.10	507.60 1484.04
<b>HERCEPTIN SOUS-CUTANÉ</b> sol inj 600mg/5ml sous-cutané flac 1 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	20607	1689.10	1484.04
<b>HERZUMA</b> subst sèche 150mg flac 1 pce subst sèche 440mg c solv flac 1 pce	iQone Healthcare Switzerland SA	071610	21304 21304	540.85 1526.35	456.84 1335.64

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>HULIO</b> sol inj 40 mg/0.8ml ser préemp 0.8ml	Mylan Pharma GmbH	071500	21095	442.40	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml ser préemp 2 x 0.8ml			21095	868.45	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 0.8 ml			21095	442.40	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 2 x 0.8ml			21095	868.45	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml flac 2 pce			21095	878.95	751.34
<b>HUMALOG</b> sol inj flac 10 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	16473	39.85	20.43
sol inj p pen 5 amp 3 ml			16473	55.70	34.23
<b>HUMALOG JUNIOR KWIKPEN</b> sol inj 100 UI/ml 5 ser pré 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19010	62.25	39.93
<b>HUMALOG KWIKPEN</b> sol inj 5 ser prête 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19010	62.25	39.93
sol inj 200 UI/ml 5 ser prêt 3 ml			19010	108.10	79.87
<b>HUMALOG MIX 25</b> susp inj p pen 5 amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17228	52.40	31.34
<b>HUMALOG MIX 25 KWIKPEN</b> susp inj 5 ser prête 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19011	62.25	39.93
<b>HUMALOG MIX 50</b> susp inj p pen 5 amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17229	56.05	34.53
<b>HUMALOG MIX 50 KWIKPEN</b> susp inj 5 ser prête 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19012	62.25	39.93
<b>HUMATROPE</b> subst sèche 6mg c solv amp 1 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	070310	16788	242.30	196.76
subst sèche 12 mg c solv amp 1 pce			16788	468.15	393.50
subst sèche 24mg c solv amp 1 pce			16788	919.90	787.02
<b>HUMIRA</b> sol inj 20 mg/0.2ml 2 ser pré 0.2ml	AbbVie AG	071500	17903	489.75	412.33
sol inj 40 mg/0.4ml prérem injecteur 0.4ml			18538	489.75	412.33
sol inj 40 mg/0.4ml ser pré 0.4ml			17903	489.75	412.33
sol inj 80 mg/0.8ml prérem injecteur 0.8ml			18538	963.10	824.66
sol inj 80 mg/0.8ml ser pré 0.8ml			17903	963.10	824.66
<b>HYCANTIN</b> caps 0.25 mg 10 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19019	174.15	137.40
caps 1 mg 10 pce			19019	647.35	549.59
subst sèche 1 mg flac 1 pce			16804	103.35	75.72
subst sèche 4 mg flac 1 pce			16804	326.20	269.88
subst sèche 4 mg flac 5 pce			16804	1535.25	1343.74
<b>IDACIO</b> sol inj 40 mg/0.8ml seringue prête ser pré 2 pce	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071500	21086	868.45	742.19
sol inj 40 mg/0.8ml stylo prérempli stylo pré 2 pce			21086	868.45	742.19
sol inj 40 mg/0.8ml en flacon flac 1 pce			21086	442.40	371.10
<b>IMATINIB GIST-TEVA</b> cpr pell 100 mg blist 60 pce	Teva Pharma AG	071610	21139	612.50	519.23
cpr pell 400 mg blist 30 pce			21139	1184.30	1023.74

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>IMNOVID</b>	Bristol-Myers Squibb SA	071640			
caps 1 mg 21 pce			20221	8255.55	7814.18
caps 2 mg 21 pce			20221	8360.00	7916.10
caps 3 mg 21 pce			20221	8464.50	8018.03
caps 4 mg 21 pce			20221	8534.35	8086.21
<b>IMRALDI</b>	Samsung Bioepis CH GmbH	071500			
sol inj 40 mg/0.8ml ser préemp ser pré 0.8ml			21076	442.40	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré stylo pré 0.8ml			21079	442.40	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 2 stylo pré 0.8ml			21079	868.45	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml ser préemp 2 ser pré 0.8ml			21076	868.45	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml ser préemp 6 ser pré 0.8ml			21076	2343.80	2080.98
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 6 stylo pré 0.8ml			21079	2343.80	2080.98
<b>IMUREK</b>	Aspen Pharma Schweiz GmbH	071500			
cpr pell 25 mg 50 pce			10351	14.20	5.24
cpr pell 50 mg 50 pce			10351	20.25	10.50
cpr pell 50 mg 100 pce			10351	38.50	19.27
<b>INFLECTRA</b>	Pfizer AG	071500			
subst sèche 100 mg flac 1 pce			20458	585.60	495.81
<b>INLYTA</b>	Pfizer AG	071610			
cpr pell 1 mg 28 pce			19860	408.25	341.34
cpr pell 1 mg 56 pce			19860	800.15	682.69
cpr pell 3 mg 28 pce			19860	1184.60	1024.04
cpr pell 5 mg 28 pce			19860	1933.35	1706.74
cpr pell 5 mg 56 pce			19860	3744.80	3413.48
cpr pell 7 mg 28 pce			19860	2682.10	2389.44
<b>INSULINE ACTRAPID HM</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070610			
sol inj 100 UI/ml flac 10ml			14262	25.25	11.30
sol inj 100 UI/ml Penfill 5 x 3ml			14939	44.80	24.76
<b>INSULINE INSULATARD HM</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070610			
susp inj amp 10 ml			14765	25.40	11.41
<b>INSULINE INSULATARD HM FLEXPEN</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070610			
susp inj stylo pré 5 stylo pré 3ml			17725	50.35	29.59
<b>INSULINE INSULATARD HM PENFILL</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070610			
susp inj cartouche 5 x 3ml			15828	45.25	25.14
<b>INSULINE LEVEMIR FLEXPEN</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070610			
sol inj stylo prérempli 5 stylo pré 3ml			17979	73.95	50.15
<b>INSULINE LEVEMIR PENFILL</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070610			
sol inj cartouche 5 x 3ml			17980	69.85	46.55
<b>INSULINE NOVORAPID</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070610			
sol inj amp 10 ml			17372	39.10	19.77
<b>INSULINE NOVORAPID FLEXPEN</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070610			
sol inj stylo prérempli 5 stylo pré 3ml			17639	58.80	36.93
<b>INSULIN NOVORAPID FLEXTOUCH</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070610			
sol inj 5 stylo préemp 3ml			19765	58.80	36.93
<b>INSULINE NOVORAPID PENFILL</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070610			
sol inj cartouche 5 x 3ml			17373	54.50	33.18



PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>INSULINE NOVORAPID PUMPCART</b> sol inj 100 U/ml 5 amp 1.6ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20429	36.70	17.70
<b>INVOKANA</b> cpr pell 100mg 30 pce	Janssen-Cilag AG	070620	20149	59.35	37.41
cpr pell 100mg 100 pce			20149	159.55	124.71
cpr pell 300mg 30 pce			20149	78.25	53.88
cpr pell 300mg 100 pce			20149	222.55	179.58
<b>IRESSA</b> cpr pell 250mg 30 pce	AstraZeneca AG	071610	18046	2432.25	2161.60
<b>IRINOTECAN ACCORD</b> conc perf 40mg/2ml flac 2ml	Accord Healthcare AG	071610	20859	59.50	37.53
conc perf 100mg/5ml flac 5ml			20859	120.85	90.97
conc perf 300mg/15ml flac 15ml			20859	298.40	245.64
conc perf 500mg/25ml flac 25ml			20859	427.05	357.73
<b>IRINOTECAN FRESENIUS</b> conc perf 40mg/2ml flac 2ml	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	19784	59.85	37.83
conc perf 100mg/5ml flac 5ml			19784	121.80	91.81
conc perf 300mg/15ml flac 15ml			19784	298.40	245.64
conc perf 500mg/25ml flac 25ml			19784	439.40	368.46
<b>IRINOTÉCAN LABATEC</b> conc perf 40mg/2ml flac 2ml	Labatec Pharma SA	071610	19179	59.90	37.89
conc perf 100mg/5ml flac 5ml			19179	121.80	91.81
conc perf 300mg/15ml flac 1 pce			19179	298.40	245.64
<b>IRINOTÉCAN SANDOZ ECO</b> conc perf 40mg/2ml flac 2ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20349	59.85	37.85
conc perf 100mg/5ml flac 5ml			20349	121.80	91.81
conc perf 300mg/15ml flac 15ml			20349	298.40	245.64
conc perf 500mg/25ml flac 25ml			20349	432.45	362.42
<b>IRINOTÉCAN-TEVA LIQUID</b> conc perf 40mg/2ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	19020	60.15	38.11
conc perf 100mg/5ml flac 1 pce			19020	121.35	91.42
conc perf 500mg/25ml flac 1 pce			19020	427.05	357.73
conc perf 300mg/15ml flac 1 pce			19020	298.40	245.64
<b>JAKAVI</b> cpr 5mg 56 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19991	1799.65	1584.82
cpr 10mg 56 pce			19991	3468.00	3143.42
cpr 15mg 56 pce			19991	3468.00	3143.42
cpr 20mg 56 pce			19991	3468.00	3143.42
<b>JANUMET</b> cpr pell 50/500mg 56 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	18787	43.60	23.69
cpr pell 50/500mg 196 pce			18787	111.60	82.94
cpr pell 50/850mg 56 pce			18787	43.60	23.69
cpr pell 50/850mg 196 pce			18787	111.60	82.94
cpr pell 50/1000mg 56 pce			18787	43.60	23.69
cpr pell 50/1000mg 196 pce			18787	111.60	82.94
<b>JANUMET XR</b> cpr pell ret 50/500mg 56 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	20276	39.85	20.42
cpr pell ret 50/500mg 3 fl 56 pce			20276	85.70	60.35
cpr pell ret 50/1000mg 56 pce			20276	39.85	20.42
cpr pell ret 50/1000mg 3 fl 56 pce			20276	85.70	60.35
cpr pell ret 100/1000mg 28 pce			20276	39.85	20.42
cpr pell ret 100/1000mg 84 pce			20276	85.70	60.35

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>JANUVIA</b> cpr pell 25 mg 28 pce cpr pell 25 mg 98 pce cpr pell 50 mg 28 pce cpr pell 50 mg 98 pce cpr pell 100 mg 28 pce cpr pell 100 mg 98 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	18533 18533 18533 18533 18533 18533	47.20 124.15 47.20 124.15 47.20 124.15	26.82 93.85 26.82 93.85 26.82 93.85
<b>JARDIANCE MET</b> cpr pell 5/500mg 60 pce cpr pell 5/500mg 2 × 90 pce cpr pell 5/850mg 60 pce cpr pell 5/850mg 2 × 90 pce cpr pell 5/1000mg 60 pce cpr pell 5/1000mg 2 × 90 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	20401 20401 20401 20401 20401 20401	66.10 165.55 66.10 165.55 66.10 165.55	43.31 129.91 43.31 129.91 43.31 129.91
<b>JENTADUETO</b> cpr pell 2.5 mg/500 mg 60 pce cpr pell 2.5 mg/500 mg 3 × 60 pce cpr pell 2.5 mg/850 mg 60 pce cpr pell 2.5 mg/850 mg 3 × 60 pce cpr pell 2.5 mg/1000 mg 60 pce cpr pell 2.5 mg/1000 mg 3 × 60 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	19951 19951 19951 19951 19951 19951	59.85 146.75 59.85 146.75 59.85 146.75	37.85 113.55 37.85 113.55 37.85 113.55
<b>KANJINTI</b> subst sèche 150 mg flac 1 pce subst sèche 440 mg c solv flac 1 pce	Amgen Switzerland AG	071610	21018 21018	540.85 1526.35	456.84 1335.64
<b>KENACORT</b> cpr 4 mg 20 pce	Dermapharm AG	070724	8269	7.65	3.10
<b>KETESSE</b> cpr pell 25 mg 20 pce cpr pell 25 mg 40 pce sol inj 50 mg/2ml 5 amp 2 ml sol inj 50 mg/2ml 20 amp 2 ml	A. Menarini GmbH	071010	17547 17547 18040 18040	8.85 16.60 9.00 27.90	4.14 7.30 4.25 13.60
<b>KLEAN PREP</b> pdr sach 4 pce	Norgine AG	040811	16532	25.35	11.35
<b>KLIOGEST N</b> cpr pell 28 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070860	15101	17.60	8.20
<b>LANTUS</b> sol inj 100 U/ml SoloStar Pen 5 × 3 ml sol inj 100 U/ml Klikstar/OptiPen/ JuniorSt 5 amp 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18640 17870	73.00 71.45	49.30 47.94
<b>LAXIPEG</b> pdr sach 20 pce pdr sach 100 pce pdr bte 200 g pdr sans arôme sach 20 pce pdr sans arôme sach 100 pce pdr sans arôme bte 200 g	Zambon Switzerland Ltd	040811	20106 20106 20106 20106 20106 20106	11.95 47.30 11.95 11.95 47.30 11.95	6.49 25.63 6.49 6.49 25.63 6.49
<b>LEFLUNOMID GEBRO</b> cpr pell 10 mg blist 30 pce cpr pell 10 mg blist 100 pce cpr pell 20 mg blist 30 pce cpr pell 20 mg blist 100 pce	Gebro Pharma AG	071060	19885 19885 19885 19885	20.55 57.50 38.00 88.45	10.74 35.80 18.83 62.77

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>LÉFLUNOMIDE SANDOZ</b> cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071060	19576 19576 19576 19576	20.55 57.50 38.00 88.45	10.74 35.80 18.83 62.77
<b>LÉFLUNOMIDE SPIRIG HC</b> cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 100 pce cpr pell 100 mg 3 pce	Spirig HealthCare AG	071060	20256 20256 20256 20256 20256	25.25 59.35 39.15 92.20 25.25	11.30 37.41 19.81 66.03 11.30
<b>LEFLUNOMIDE ZENTIVA</b> cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 100 pce cpr pell 100 mg 3 pce	Helvepharm AG	071060	19592 19592 19592 19592 19592	20.55 57.55 38.00 88.45 20.55	10.75 35.83 18.83 62.77 10.75
<b>LÉFLUNOMIDE-MEPHA</b> lactabs 10 mg 30 pce lactabs 10 mg 100 pce lactabs 20 mg 30 pce lactabs 20 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	071060	19918 19918 19918 19918	25.25 59.35 39.15 92.20	11.30 37.42 19.81 66.03
<b>LÉTROZOLE DEVATIS</b> cpr pell 2.5 mg blist 30 pce cpr pell 2.5 mg blist 100 pce	Devatis AG	071620	20903 20903	79.40 225.45	54.89 182.09
<b>LETROZOL LABATEC</b> cpr pell 2.5 mg 30 pce cpr pell 2.5 mg 100 pce	Labatec Pharma SA	071620	20320 20320	79.40 225.45	54.88 182.09
<b>LÉTROZOLE SANDOZ</b> cpr pell 2.5 mg 30 pce cpr pell 2.5 mg 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19855 19855	79.40 225.45	54.89 182.09
<b>LÉTROZOLE ZENTIVA</b> cpr pell 2.5 mg blist 30 pce cpr pell 2.5 mg blist 100 pce	Helvepharm AG	071620	19835 19835	79.40 225.45	54.89 182.09
<b>LETROZOL-TEVA</b> cpr pell 2.5 mg 30 pce cpr pell 2.5 mg 100 pce	Teva Pharma AG	071620	19859 19859	79.40 225.45	54.89 182.09
<b>LEUPRORELIN SANDOZ</b> prép inj 3.6 mg ser prête 1 pce prép inj 5 mg ser prête 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	18648 18701	134.30 299.40	102.71 246.51
<b>LÉVOCÉTIRIZINE SANDOZ</b> cpr pell 5 mg 10 pce cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 50 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	20008 20008 20008	7.00 16.15 25.50	2.53 6.94 11.48
<b>LÉVOCÉTIRIZINE SPIRIG HC</b> cpr pell 5 mg blist 10 pce cpr pell 5 mg blist 30 pce cpr pell 5 mg blist 50 pce	Spirig HealthCare AG	071310	20133 20133 20133	4.75 12.90 21.20	2.57 7.00 11.48
<b>LÉVOCÉTIRIZINE-MEPHA</b> lactabs 5 mg 10 pce lactabs 5 mg 30 pce lactabs 5 mg 50 pce	Mepha Pharma AG	071310	20049 20049 20049	7.05 16.25 25.50	2.59 7.02 11.48

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>LEVOSERT</b> SIU 20mcg/24h 1 pce	Gedeon Richter (Schweiz) AG	070830	20964	153.00	119.00
<b>LEVOSERT ONE</b> SIU 20mcg/24h 1 pce	Gedeon Richter (Schweiz) AG	070830	21587	153.00	119.00
<b>LIPANTHYL 200 M</b> caps 200 mg (nouveau) 30 pce caps 200 mg (nouveau) 100 pce	Viartis Pharma GmbH	071200	16559 16559	19.30 50.70	9.66 29.86
<b>LIPANTHYL 267 M</b> caps 267 mg 30 pce caps 267 mg 90 pce	Viartis Pharma GmbH	071200	16559 16559	27.10 57.55	12.89 35.83
<b>LIVIAL</b> cpr 2.5mg 28 pce cpr 2.5mg 3 × 28 pce	Organon GmbH	070830	17141 17141	25.95 51.15	11.87 30.28
<b>LODINE 300</b> cpr pell 300 mg 10 pce cpr pell 300 mg 30 pce cpr pell 300 mg 100 pce	Alfasigma Schweiz AG	071010	15342 15342 15342	7.65 17.90 46.15	3.10 8.44 25.91
<b>LODOTRA</b> cpr ret 1 mg 30 pce cpr ret 1 mg 100 pce cpr ret 2 mg 30 pce cpr ret 2 mg 100 pce cpr ret 5 mg 30 pce cpr ret 5 mg 100 pce	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	071060	19769 19769 19769 19769 19769 19769	37.25 85.90 37.65 87.20 38.60 90.40	18.16 60.52 18.51 61.69 19.33 64.44
<b>LONSURF</b> cpr pell 15mg/6.14mg 20 pce cpr pell 15mg/6.14mg 60 pce cpr pell 20mg/8.19mg 20 pce cpr pell 20mg/8.19mg 60 pce	Servier (Suisse) SA	071610	20642 20642 20642 20642	803.70 2318.00 1064.40 3057.85	685.82 2057.46 914.42 2743.26
<b>LOPÉRAMIDE SANDOZ</b> caps 2 mg 20 pce caps 2 mg 60 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	040900	20086 20086	6.40 18.05	3.48 8.59
<b>LOPÉRAMIDE SPIRIG HC</b> cpr pell 2 mg 20 pce cpr pell 2 mg 60 pce	Spirig HealthCare AG	040900	20542 20542	6.40 17.30	3.48 7.93
<b>LOPÉRAMIDE STREULI</b> caps 2 mg 20 pce caps 2 mg 60 pce	Streuli Pharma AG	040900	16666 16666	6.40 18.05	3.48 8.59
<b>LOPERAMID ZENTIVA</b> caps 2 mg 20 pce caps 2 mg 60 pce	Helvepharm AG	040900	17756 17756	6.40 19.20	3.48 9.58
<b>LOPERAMID-MEPHA</b> lactabs 2 mg 20 pce lactabs 2 mg 60 pce	Mepha Pharma AG	040900	16379 16379	6.40 17.25	3.48 7.88
<b>LUTRELEF</b> subst sèche 3.2 mg c solv flac 1 pce	Ferring AG	070310	15239	361.60	300.71
<b>LYUMJEV</b> sol inj 100 UI/ml flac 10 ml sol inj 100 UI/ml p pen 5 amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	21097 21097	40.60 55.80	21.07 34.33
<b>LYUMJEV KWIKPEN</b> sol inj 100 UI/ml 5 stylo pré 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	21097	59.60	37.61
<b>MACROGOL SANDOZ</b> pdr sach 20 pce pdr sach 100 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	040811	20292 20292	14.45 42.60	5.44 22.82

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>MACROGOL SPIRIG HC</b> pdr 20 pce pdr 100 pce	Spirig HealthCare AG	040811	20770 20770	14.45 42.60	5.44 22.82
<b>MACROGOL SPIRIG HC JUNIOR</b> pdr 30 pce	Spirig HealthCare AG	040811	20770	14.10	5.15
<b>MACROGOL-MEPHA</b> pdr sach 20 pce pdr sach 100 pce	Mepha Pharma AG	040811	20298 20298	14.45 42.60	5.44 22.82
<b>MACROGOL-MEPHA JUNIOR</b> pdr sach 30 pce	Mepha Pharma AG	040811	20298	14.05	5.08
<b>MAGNESIUM SANDOZ 243</b> cpr eff 243mg bte 20 pce cpr eff 243mg bte 40 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070210	19009 19009	14.10 24.80	7.64 13.45
<b>MEDROL</b> cpr 4 mg 30 pce cpr 16 mg 10 pce cpr 32 mg 10 pce cpr 100 mg 10 pce	Pfizer AG	070723	12664 12664 12664 12664	8.50 9.00 16.30 37.45	3.85 4.25 7.07 18.32
<b>METHREXX</b> sol inj 7.5mg/0.375ml ser prêt 0.375 ml sol inj 10 mg/0.5ml ser prêt 0.5 ml sol inj 12.5 mg/0.625ml ser prêt 0.625 ml sol inj 15 mg/0.75ml ser prêt 0.75 ml sol inj 17.5 mg/0.875ml ser prêt 0.875 ml sol inj 20 mg/ml ser prêt 1 pce sol inj 25 mg/1.25ml ser prêt 1 pce sol inj 30 mg/1.5ml ser prêt 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071060	20191 20191 20191 20191 20191 20191 20191 20191	26.95 34.50 36.40 37.25 39.10 39.75 42.70 44.80	12.77 15.75 17.41 18.16 19.77 20.33 22.92 24.75
<b>MIMPARA</b> cpr pell 30 mg blist 28 pce cpr pell 60 mg blist 28 pce cpr pell 90 mg blist 28 pce	Amgen Switzerland AG	079900	18118 18118 18118	187.80 317.10 441.30	149.32 261.92 370.11
<b>MODIGRAF</b> gran 0.2mg sach 50 pce gran 1 mg sach 50 pce	Astellas Pharma AG	071500	20742 20742	71.45 266.35	47.96 217.71
<b>MOLAXOLE</b> pdr 20 pce pdr 2 sach 50 pce	MEDA Pharma GmbH	040811	19317 19317	14.45 42.60	5.44 22.82
<b>MOTILIUM</b> cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce	JNTL Consumer Health II (Switzerland) GmbH	040600	13408 13408	7.25 16.75	2.73 7.46
<b>MOVENTIG</b> cpr pell 12.5 mg 30 pce cpr pell 25 mg 30 pce cpr pell 25 mg 90 pce	Cederberg GmbH	040811	20309 20309 20309	103.80 103.80 276.65	76.13 76.13 226.69
<b>MOVICOL LIQUID</b> sol buv orange fl 500ml	Norgine AG	040811	19895	17.00	7.66
<b>MOVICOL PRÊTE À L'EMPLOI</b> solut buvable sach 20 pce	Norgine AG	040811	20703	17.00	7.66
<b>MOVIPREP UNE APPLICATION</b> pdr 2 sach A+2 sach B sach double 2 pce	Norgine AG	040811	19223	25.50	11.51

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>MOVIPREP ORANGE UNE APPLICA</b> pdr 2sach A+2sach B sach dbl 2 pce	Norgine AG	040811	19762	25.50	11.51
<b>MUTAFLOR</b> caps blist 100 pce	OM Pharma Suisse SA	049900	18219	72.10	48.52
<b>MUTAFLOR MITE</b> caps blist 20 pce	OM Pharma Suisse SA	049900	18219	19.15	9.52
<b>MYFORTIC</b> cpr pell 180 mg 12 × 10 pce cpr pell 360 mg 12 × 10 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	17839 17839	160.45 280.05	125.48 229.66
<b>NAPROXEN-MEPHA</b> lactabs 250 mg 20 pce lactabs 500 mg 10 pce lactabs 500 mg 20 pce lactabs 500 mg 50 pce	Mepha Pharma AG	071010	16231 16231 16231 16231	7.35 7.25 9.70 19.50	2.85 2.76 4.87 9.86
<b>NAVELBINE</b> caps 20 mg 1 pce caps 30 mg 1 pce	Pierre Fabre Pharma AG	071610	18116 18116	52.35 70.30	31.30 46.96
<b>NEXAVAR</b> cpr pell 200 mg 112 pce	Bayer (Schweiz) AG	071610	18396	3186.80	2869.05
<b>NEXIUM</b> subst sèche 40 mg i. v. vial 1 pce	Grünenthal Pharma AG	049900	18220	9.75	4.91
<b>NORDIMET</b> sol inj 7.5 mg/0.3 ml ser pré 1 pce sol inj 10 mg/0.4 ml ser pré 1 pce sol inj 12.5 mg/0.5 ml ser pré 1 pce sol inj 15 mg/0.6 ml ser pré 1 pce sol inj 17.5 mg/0.7 ml ser pré 1 pce sol inj 20 mg/0.8 ml ser pré 1 pce sol inj 22.5 mg/0.9 ml ser pré 1 pce sol inj 25 mg/1 ml ser pré 1 pce	Nordic Pharma GmbH	071060	20596 20596 20596 20596 20596 20596 20596 20596	25.40 28.50 34.30 35.05 36.70 37.30 38.65 39.95	11.43 14.10 15.58 16.26 17.70 18.21 19.37 20.53
<b>NORDIMET PEN</b> sol inj 7.5 mg/0.3 ml stylo prérempli 1 pce sol inj 10 mg/0.4 ml stylo prérempli 1 pce sol inj 12.5 mg/0.5 ml stylo prérempli 1 pce sol inj 15 mg/0.6 ml stylo prérempli 1 pce sol inj 17.5 mg/0.7 ml stylo prérempli 1 pce sol inj 20 mg/0.8 ml stylo prérempli 1 pce sol inj 22.5 mg/0.9 ml stylo prérempli 1 pce sol inj 25 mg/1 ml stylo prérempli 1 pce	Nordic Pharma GmbH	071060	20660 20660 20660 20660 20660 20660 20660 20660	25.40 28.50 34.30 35.05 36.70 37.30 38.65 39.95	11.43 14.10 15.58 16.26 17.70 18.21 19.37 20.53
<b>NORDITROPINE FLEXPRO</b> sol inj 5 mg stylo préremp 1.5 ml sol inj 10 mg stylo préremp 1.5 ml sol inj 15 mg stylo préremp 1.5 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070310	19226 19226 19226	212.80 408.70 604.45	171.06 341.71 512.24
<b>NORMACOL</b> gran bte 500 g gran 7 g 30 sach 7 g	Norgine AG	040813	5394 5394	17.95 8.15	9.74 4.43

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>NORPROLAC</b> cpr 25mcg/50mcg 3 + 3 1 pce cpr 75 mcg 30 pce cpr 150 mcg 30 pce	Ferring AG	070310	16287 16287 16287	8.75 51.75 79.50	4.03 30.81 54.96
<b>NOVOFEM</b> cpr pell disp 28 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070860	17874	14.45	5.46
<b>NOVONORM</b> cpr 0.5 mg 90 pce cpr 1 mg 90 pce cpr 2 mg 90 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070620	17417 17417 17417	18.90 25.25 27.50	9.32 11.28 13.22
<b>OCTREOTID LABATEC</b> sol inj 0.05 mg/ml 5 amp 1 ml sol inj 0.1 mg/ml 5 amp 1 ml sol inj 0.5 mg/ml 5 amp 1 ml sol inj 1 mg/5ml flac 5 ml	Labatec Pharma SA	071620	20254 20254 20254 20254	39.35 59.15 251.70 96.25	19.99 37.24 204.98 69.54
<b>ODOMZO</b> caps 200 mg 10 pce caps 200 mg 30 pce	Sun Pharma Switzerland Ltd	071640	20731 20731	1928.55 5480.70	1702.34 5107.02
<b>OESTROGEL</b> gel disp 80 g gel 3 disp 80 g	Vifor (International) Inc.	070820	15162 15162	17.25 39.45	7.88 20.09
<b>OGIVRI</b> subst sèche 150 mg flac 1 pce subst sèche 440 mg flac 1 pce	Mylan Pharma GmbH	071610	21087 21109	540.85 1526.35	456.84 1335.64
<b>OMNITROPE 10 CART SUREPAL</b> sol inj 10 mg/1.5ml 5 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310	19296	1599.30	1402.12
<b>OMNITROPE 15 CART SUREPAL</b> sol inj 15 mg/1.5ml 5 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310	19296	2368.20	2103.20
<b>OMNITROPE 5 CART SUREPAL</b> sol inj 5 mg/1.5ml 5 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310	19296	821.25	701.07
<b>ONGLYZA</b> cpr 2.5 mg 28 pce cpr 2.5 mg 98 pce cpr 5 mg 28 pce cpr 5 mg 98 pce	AstraZeneca AG	070620	19172 19172 19172 19172	55.35 149.00 55.35 149.00	33.91 115.49 33.91 115.49
<b>ORALAIR</b> cpr subling 300 IR 30 pce cpr subling 300 IR 90 pce	Stallergenes AG	071330	19463 19463	114.95 312.00	85.83 257.50
<b>ORALAIR COMBIPACK</b> cpr subling 100 IR/300 IR 31 pce	Stallergenes AG	071330	19463	113.15	84.26
<b>ORENCIA</b> subst sèche 250 mg avec seringue flac 1 pce sol inj 125 mg/ml a protec aiguil 4 ser prête 1 ml sol inj 125 mg/ml stylo pré 4 pce	Bristol-Myers Squibb SA	071500	18539 19845 20724	411.40 1098.50 1098.50	344.08 945.54 945.54
<b>ORLISTAT SANDOZ</b> caps 120 mg 42 pce caps 120 mg 84 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900	19852 19852	43.85 69.55	23.93 46.31
<b>ORLISTAT SPIRIG HC</b> caps 120 mg 42 pce caps 120 mg 84 pce	Spirig HealthCare AG	079900	20351 20351	43.65 69.55	23.72 46.31

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>ORLISTAT-MEPHA</b> caps 120mg 42 pce caps 120mg 84 pce	Mepha Pharma AG	079900	20051 20051	44.60 69.55	24.56 46.31
<b>OSTEOCAL D3</b> cpr eff 1200/800 20 pce cpr eff 1200/800 40 pce	Dr. Heinz Welti AG Fabrikation chemisch-pharmazeu	070250	18182 18182	13.00 22.90	7.05 12.41
<b>OXALIPLATIN ACCORD</b> conc perf 50mg/10ml flac 1 pce conc perf 100mg/20ml flac 1 pce conc perf 200mg/40ml flac 1 pce	Accord Healthcare AG	071610	21004 21004 21004	104.40 191.75 318.05	76.66 152.76 262.75
<b>OXALIPLATINE SANDOZ</b> conc perf 50mg/10ml vial 1 pce conc perf 100mg/20ml vial 1 pce conc perf 200mg/40ml vial 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19530 19530 19530	104.40 191.75 318.05	76.67 152.76 262.75
<b>OXALIPLATIN ZENTIVA</b> conc perf 50mg/10ml flac 10ml conc perf 100mg/20ml flac 20ml conc perf 200mg/40ml flac 40ml	Helvepharm AG	071610	19515 19515 19515	104.40 191.75 318.05	76.67 152.76 262.75
<b>OXALIPLATIN-TEVA LIQUID</b> conc perf 50mg/10ml flac 10ml conc perf 100mg/20ml flac 20ml conc perf 200mg/40ml flac 40ml	Teva Pharma AG	071610	19473 19473 19473	104.40 191.75 318.05	76.67 152.76 262.75
<b>OZEMPIC DUALDOSE</b> sol inj 2mg/1.5ml stylo pré 1.5ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	120.40	90.58
<b>OZEMPIC FIXDOSE</b> sol inj 4mg/3ml (1mg/dose) stylo pré 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	120.40	90.58
<b>PACLITAXEL ACCORD</b> conc perf 30mg/5ml flac 5ml conc perf 100mg/16.7ml flac 16.7ml conc perf 150mg/25ml flac 25ml conc perf 300mg/50ml flac 50ml conc perf 600mg/100ml flac 100ml	Accord Healthcare AG	071610	21091 21091 21091 21091 21091	38.55 88.10 127.25 231.55 424.75	19.30 62.47 96.58 187.43 355.70
<b>PACLITAXEL FRESENIUS</b> conc perf 30mg/5ml flac 1 pce conc perf 100mg/16.7ml flac 1 pce conc perf 300mg/50ml flac 1 pce	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	20491 20491 20491	40.80 88.10 231.55	21.24 62.47 187.43
<b>PACLITAXEL LABATEC</b> conc perf 30mg/5ml flac 8ml conc perf 100mg/16.7ml flac 20ml conc perf 300mg/50ml flac 50ml	Labatec Pharma SA	071610	19366 19366 19366	40.80 88.10 231.55	21.24 62.47 187.43
<b>PACLITAXEL SANDOZ</b> conc perf 30mg/5ml flac 5ml conc perf 100mg/16.7ml flac 16.7ml conc perf 150mg/25ml flac 25ml conc perf 300mg/50ml flac 50ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	18191 18191 18191 18191	38.60 89.65 127.30 231.55	19.32 63.80 96.59 187.43
<b>PACLITAXEL-TEVA LIQUID</b> conc perf 30mg/5ml flac 1 pce conc perf 100mg/16.7ml flac 1 pce conc perf 150mg/25ml flac 1 pce conc perf 300mg/50ml flac 1 pce	Teva Pharma AG	071610	18796 18796 18796 18796	40.75 88.10 138.25 231.55	21.22 62.47 106.13 187.43



PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>PARSABIV</b> sol inj 2.5mg/0.5ml 6 flac 0.5 ml sol inj 5 mg/1ml 6 flac 1 ml sol inj 10 mg/2ml 6 flac 2 ml	Amgen Switzerland AG	070500	20706 20706 20706	124.00 201.45 339.20	93.72 161.20 281.17
<b>PEMETREXED ACCORD LIQUID</b> conc perf 100mg/4ml flac 1 pce conc perf 500mg/20ml flac 1 pce conc perf 850mg/34ml flac 1 pce conc perf 1000mg/40ml flac 1 pce	Accord Healthcare AG	071610	21262 21262 21262 21262	114.10 504.85 846.80 993.35	85.10 425.50 723.35 851.00
<b>PEMETREXED MYLAN</b> conc perf 100mg/4ml flac 1 pce conc perf 500mg/20ml flac 1 pce conc perf 1000mg/40ml flac 1 pce	Viartis Pharma GmbH	071610	21263 21263 21263	114.10 504.85 993.35	85.10 425.50 851.00
<b>PEMETREXED PFIZER</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce subst sèche 500 mg flac 1 pce	Pfizer AG	071610	21273 21273	114.10 504.85	85.10 425.50
<b>PÉMÉTREXED SANDOZ CONC.</b> conc perf 100mg/4ml flac 1 pce conc perf 500mg/20ml flac 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	21251 21251	114.10 504.85	85.10 425.50
<b>PÉMÉTREXED SPIRIG HC</b> conc perf 100mg/4ml flac 1 pce conc perf 500mg/20ml flac 1 pce conc perf 1000mg/40ml flac 1 pce	Spirig HealthCare AG	071610	21256 21256 21256	114.10 504.85 993.35	85.10 425.50 851.00
<b>PEMETREXED VIATRIS</b> conc perf 100mg/4ml flac 1 pce conc perf 500mg/20ml flac 1 pce conc perf 1000mg/40ml flac 1 pce	Viartis Pharma GmbH	071610	21263 21263 21263	114.10 504.85 993.35	85.10 425.50 851.00
<b>PEMETREXED ZENTIVA</b> conc perf 100mg/4ml flac 1 pce conc perf 500mg/20ml flac 1 pce conc perf 1000mg/40ml flac 1 pce	Helvepharm AG	071610	21352 21352 21352	114.10 504.85 993.35	85.10 425.50 851.00
<b>PEMETREXED-TEVA LIQUID</b> conc perf 100mg/4ml flac 4ml conc perf 500mg/20ml flac 20 ml conc perf 850mg/34ml flac 34 ml conc perf 1000mg/40ml flac 40 ml	Teva Pharma AG	071610	21243 21243 21243 21243	114.10 504.85 846.80 993.35	85.10 425.50 723.35 851.00
<b>PENTASA</b> supp 1g 28 pce gran dépôt 1g sach 50 pce gran dépôt 1g sach 150 pce cpr dépôt 500mg 100 pce gran dépôt 2g sach 60 pce cpr dépôt 500mg 300 pce cpr dépôt 1g 60 pce	Ferring AG	040900	20275 17539 17539 15593 17539 15593 15593	62.10 57.95 134.70 50.35 106.20 117.45 49.55	39.81 36.20 103.07 29.56 78.21 88.01 28.86
<b>PENTASA KLYSMA</b> clyst 1g 7 × 100ml	Ferring AG	040900	20431	37.05	17.99
<b>PERENTEROL</b> caps 250mg 10 pce caps 250mg 20 pce caps 250mg 10 × 20 pce pdr 250mg sach 10 pce pdr 250mg sach 20 pce pdr 250mg 10 sach 20 pce	Zambon Switzerland Ltd	040900	16065 16065 16065 16066 16066 16066	8.60 17.25 159.70 8.60 17.25 159.70	4.67 9.35 86.56 4.67 9.35 86.56

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>PICOPREP</b> pdr 2 pce	Ferring AG	040811	20068	25.30	11.34
<b>PLENVU</b> pdr pour solution buvable sach 3 pce	Norgine AG	040811	20817	25.95	11.88
<b>PROGYNOVA</b> drag 2 mg blist 28 pce	Bayer (Schweiz) AG	070820	10880	9.60	4.79
drag 2 mg blist 3 × 28 pce			10880	25.70	11.69
<b>PROGYNOVA MITE</b> drag 1 mg 3 × 28 pce	Bayer (Schweiz) AG	070820	10880	18.75	9.18
<b>PROXEN</b> cpr pell 500 mg 10 pce	Grünenthal Pharma AG	071010	14012	7.35	2.84
cpr pell 500 mg 20 pce			14012	14.00	5.04
cpr pell 500 mg 50 pce			14012	20.80	10.96
cpr pell 250 mg 50 pce			14012	16.30	7.06
<b>QTERN</b> cpr pell 5 mg/10 mg 28 pce	AstraZeneca AG	070620	20611	96.10	69.43
cpr pell 5 mg/10 mg 98 pce			20611	295.40	243.02
<b>RAPAMUNE</b> cpr 1 mg 30 pce	Pfizer AG	071500	17763	173.65	136.98
cpr 0.5 mg 30 pce			17763	89.70	63.87
cpr 1 mg 100 pce			17763	467.50	392.93
cpr 2 mg 100 pce			17763	900.75	770.34
sol 1 mg/ml fl 60 ml			17597	294.40	242.16
<b>REMICADE</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500	17463	648.85	550.90
<b>REMICADE (IP)</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	APS-Arzneimittel-Parallelimport-Service AG	071500	21536	553.95	468.27
<b>REMSIMA</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	iQone Healthcare Switzerland SA	071500	20402	585.60	495.81
<b>RENACET</b> cpr pell 950 mg 100 pce	Curatis AG	079900	19465	18.30	8.80
<b>RENAGEL</b> cpr pell 800 mg fl 180 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	079900	17944	189.10	150.43
<b>REVELA</b> cpr pell 800 mg 180 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	079900	19528	179.05	141.67
pdr 2.4 g 60 pce			19516	179.05	141.67
<b>RÉPAGLINIDE RIVOPHARM</b> cpr 0.5 mg blist 90 pce	Rivopharm SA	070620	21590	17.85	8.39
cpr 1 mg blist 90 pce			21590	19.85	10.16
cpr 2 mg blist 90 pce			21590	25.95	11.90
<b>RÉPARIL N</b> gel 40 g	MEDA Pharma GmbH	071040	18557	6.60	3.58
gel 100 g			18557	13.20	7.15
<b>REPLAGAL</b> conc perf 3.5 mg/3.5 ml flac 3.5 ml	Takeda Pharma AG	071400	17762	2022.35	1787.89
<b>RESOLOR</b> cpr pell 1 mg 28 pce	Takeda Pharma AG	040811	19761	58.70	36.85
cpr pell 2 mg 28 pce			19761	85.80	60.44
<b>RIBOMUSTIN</b> subst sèche 25 mg flac 1 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610	19023	87.75	62.17
subst sèche 25 mg flac 5 pce			19023	312.95	258.33
subst sèche 100 mg flac 1 pce			19023	247.40	201.22

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>ROCALTROL</b> caps 0.25 mcg 30 pce caps 0.25 mcg 100 pce caps 0.5 mcg 100 pce	Atnahs Pharma Switzerland AG	070230	13231 13231 13231	16.80 42.20 57.15	7.50 22.49 35.49
<b>SAIZEN LIQUID</b> sol inj 6 mg amp cyl 1 pce sol inj 12 mg amp cyl 1 pce sol inj 20 mg amp cyl 1 pce	Merck (Schweiz) AG	070310	19358 19358 19358	234.70 453.00 744.10	190.16 380.33 633.88
<b>SALAZOPYRIN</b> cpr 0.5 g 100 pce	Pfizer AG	040900	6571	20.15	10.42
<b>SALAZOPYRIN EN</b> drag 0.5 g 100 pce	Pfizer AG	040900	10310	20.70	10.88
<b>SALOFALK</b> cpr pell 250 mg 100 pce cpr pell 500 mg 100 pce cpr pell 1 g blist 20 pce cpr pell 1 g blist 100 pce supp 500 mg blist 20 pce supp 500 mg blist 50 pce supp 1 g blist 10 pce supp 1 g blist 30 pce supp 1 g blist 60 pce mousse rect 1000 mg/dose 14 dos	Dr. Falk Pharma AG	040900	14744 14744 21040 21040 14745 14745 14745 14745 14745 14745 19421	43.05 60.40 27.20 91.00 28.90 51.30 41.30 91.15 147.95 49.65	23.20 38.31 13.00 64.97 14.46 30.41 21.70 65.10 114.57 28.95
<b>SALOFALK LAVEMENTS</b> susp rect 2 g 7 pce susp rect 4 g 7 pce	Dr. Falk Pharma AG	040900	15678 15678	41.85 57.05	22.15 35.41
<b>SALVACYL</b> subst sèche 11.25 mg c solv (Mixject) set 1 pce	Debiopharm Research & Manu- facturing SA	071620	19233	351.70	292.07
<b>SANDIMMUN</b> conc perf 50 mg/ml 10 amp 1 ml conc perf 250 mg/5ml 10 amp 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	16811 16811	47.60 165.25	27.18 129.64
<b>SANDIMMUN NEORAL</b> caps 10 mg 60 pce caps 25 mg 50 pce caps 50 mg 50 pce caps 100 mg 50 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	16302 16302 16302 16302	45.95 65.75 102.20 168.50	25.72 42.99 74.74 132.50
<b>SANDOSTATINE</b> sol inj 0.05 mg/ml 5 amp 1 ml sol inj 0.1 mg/ml 5 amp 1 ml sol inj 0.5 mg/ml 5 amp 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	15538 15538 15538	41.85 63.90 277.75	22.19 41.38 227.65
<b>SANDOSTATINE LAR</b> subst sèche 10 mg c sol 1 pce subst sèche 20 mg c sol 1 pce subst sèche 30 mg c sol 1 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	16484 16484 16484	597.05 1046.25 1449.40	505.79 897.90 1265.46
<b>SEGLUROMET</b> cpr pell 2.5/1000 mg blist 56 pce cpr pell 2.5/1000 mg blist 196 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	20804 20804	63.15 180.10	40.74 142.59
<b>SELINCRO</b> cpr pell 18 mg 14 pce cpr pell 18 mg 42 pce	Lundbeck (Schweiz) AG	150000	20251 20251	85.00 206.80	59.76 165.85

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>SERACTIL</b>	Gebro Pharma AG	071010			
cpr pell 200mg 30 pce			17549	8.65	3.95
cpr pell 300mg 30 pce			17549	14.85	5.81
cpr pell 400mg forte 10 pce			17549	7.05	2.55
cpr pell 400mg forte 30 pce			17549	15.75	6.56
cpr pell 400mg forte 50 pce			17549	20.45	10.67
pdr 400mg sach 10 pce			19228	7.05	2.55
pdr 400mg sach 30 pce			19228	15.75	6.56
<b>SOMATULINE AUTOGEL</b>	Future Health Pharma GmbH	071620			
sol inj 60mg ser pré 1 pce			17948	849.65	725.83
sol inj 90mg ser pré 1 pce			17948	1160.35	1001.92
sol inj 120mg ser pré 1 pce			17948	1477.10	1290.70
<b>SPRYCEL</b>	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
cpr pell 20mg 60 pce			18561	1730.65	1521.92
cpr pell 50mg 60 pce			18561	3700.70	3370.44
cpr pell 70mg 60 pce			18561	3700.70	3370.44
cpr pell 100mg 30 pce			18561	3796.55	3463.97
<b>STEGLATRO</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
cpr pell 5mg blist 28 pce			20805	60.45	38.39
cpr pell 5mg blist 98 pce			20805	170.65	134.36
<b>STEGLUJAN</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
cpr pell 5mg/100mg blist 28 pce			20806	83.35	58.33
cpr pell 5mg/100mg blist 98 pce			20806	250.80	204.16
<b>STIVARGA</b>	Bayer (Schweiz) AG	071610			
cpr pell 40mg 84 pce			20050	3283.95	2963.85
<b>SUNITINIB MYLAN</b>	Viatrix Pharma GmbH	071610			
caps 12.5mg blist 28 pce			21330	935.75	800.81
caps 25mg blist 28 pce			21330	1817.95	1601.50
caps 50mg blist 28 pce			21330	3368.50	3046.34
<b>SUNITINIB VIATRIS</b>	Viatrix Pharma GmbH	071610			
caps 12.5mg blist 28 pce			21330	935.75	800.81
caps 25mg blist 28 pce			21330	1817.95	1601.50
caps 50mg blist 28 pce			21330	3368.50	3046.34
<b>SUNITINIB ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071610			
caps 12.5mg blist 28 pce			21351	935.75	800.81
caps 25mg blist 28 pce			21351	1817.95	1601.50
caps 50mg blist 28 pce			21351	3368.50	3046.34
<b>SUNITINIB-TEVA</b>	Teva Pharma AG	071610			
caps 12.5mg blist 28 pce			21333	935.75	800.81
caps 25mg blist 28 pce			21333	1817.95	1601.50
caps 50mg blist 28 pce			21333	3368.50	3046.34
<b>SUTENT</b>	Pfizer AG	071610			
caps 12.5mg 28 pce			18397	1037.35	889.78
caps 25mg 28 pce			18397	2013.10	1779.44
caps 50mg 28 pce			18397	3715.40	3384.80
<b>TARCEVA</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
cpr pell 100mg 30 pce			18210	1963.15	1733.91
cpr pell 150mg 30 pce			18210	2325.35	2064.16
<b>TASIGNA</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
caps 200mg 28 pce			18664	1587.65	1391.53
caps 150mg 112 pce			18664	3354.00	3032.19
caps 200mg 112 pce			18664	4924.35	4564.25

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>TAXOTERE</b> conc perf 20mg/ml flac 1 ml conc perf 80mg/4ml flac 4ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	16819 16819	80.40 272.50	55.77 223.10
<b>TELFAS</b> cpr 120 mg 10 pce cpr 120 mg 30 pce cpr 180 mg blist 10 pce cpr 180 mg blist 30 pce	Opella Healthcare Switzerland AG	071310	16863 16863 16863 16863	5.85 15.75 8.00 21.70	3.16 8.55 4.34 11.77
<b>TEMODAL</b> caps 5 mg sach 5 pce caps 5 mg sach 20 pce caps 20 mg sach 5 pce caps 20 mg sach 20 pce caps 100 mg sach 5 pce caps 100 mg sach 20 pce caps 140 mg sach 5 pce caps 140 mg sach 20 pce caps 180 mg sach 5 pce caps 180 mg sach 20 pce caps 250 mg sach 5 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610	17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424	20.45 65.45 65.45 212.75 243.35 924.20 359.65 1373.25 423.25 1616.30 584.05	10.67 42.71 42.71 171.04 197.69 790.76 299.01 1196.02 354.41 1417.65 494.48
<b>TEMOZOLOMID DEVATIS</b> caps 5 mg fl 5 pce caps 5 mg fl 20 pce caps 20 mg fl 5 pce caps 20 mg fl 20 pce caps 100 mg fl 5 pce caps 100 mg fl 20 pce caps 140 mg fl 5 pce caps 140 mg fl 20 pce caps 180 mg fl 5 pce caps 180 mg fl 20 pce caps 250 mg fl 5 pce	Devatis AG	071610	21592 21592 21592 21592 21592 21592 21592 21592 21592 21592 21592	20.20 60.45 64.40 186.55 220.65 736.10 352.35 1192.40 382.55 1460.80 527.30	10.45 38.36 41.80 148.23 177.92 626.91 292.63 1031.13 318.96 1275.86 445.03
<b>TEMOZOLOMID-TEVA</b> caps 5 mg 5 pce caps 5 mg 20 pce caps 20 mg 5 pce caps 20 mg 20 pce caps 100 mg 5 pce caps 140 mg 5 pce caps 140 mg 20 pce caps 180 mg 5 pce caps 180 mg 20 pce caps 250 mg 5 pce	Teva Pharma AG	071610	19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406	20.20 60.45 64.40 186.55 220.65 352.35 1192.35 382.55 1460.80 527.30	10.45 38.36 41.80 148.23 177.92 292.63 1031.11 318.96 1275.85 445.02
<b>THROMBOREDUCTIN</b> caps 0.5 mg 42 pce caps 0.5 mg 100 pce caps 1 mg 100 pce	OrPha Swiss GmbH	071640	19234 19234 19234	125.00 243.90 389.50	94.59 198.18 325.02
<b>THYROGEN</b> subst sèche 0.9mg flac 2 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070420	18467	1059.75	910.20
<b>TIBOLONE SANDOZ</b> cpr 2.5 mg 28 pce cpr 2.5 mg 3 × 28 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070830	20305 20305	20.45 47.70	10.68 27.25

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>TIBOLONE SPIRIG HC</b> cpr 2.5mg 28 pce cpr 2.5mg 3 × 28 pce	Spirig HealthCare AG	070830	21255	20.45	10.67
			21255	47.70	27.25
<b>TIBOLON-MEPHA</b> cpr 2.5mg 28 pce cpr 2.5mg 3 × 28 pce	Mepha Pharma AG	070830	20347	20.40	10.64
			20347	47.70	27.25
<b>TILCOTIL</b> cpr pell 20mg 10 pce cpr pell 20mg 30 pce	MEDA Pharma GmbH	071010	15042	7.90	3.31
			15042	18.50	8.98
<b>TOMUDEX</b> subst sèche 2mg vial 1 pce	Pfizer AG	071610	17186	216.65	174.43
<b>TOPOTECAN ACCORD</b> conc perf 1mg/ml flac 1 pce conc perf 4mg/4ml flac 1 pce conc perf 4mg/4ml flac 5 pce	Accord Healthcare AG	071610	20943	94.65	68.15
			20943	295.25	242.89
			20943	1387.90	1209.37
<b>TOUJEO SOLOSTAR</b> sol inj 300 U/ml Pen 3 × 1.5ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	20372	63.35	40.88
<b>TRAJENTA</b> cpr pell 5mg 30 pce cpr pell 5mg 90 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	19844	58.65	36.82
			19844	143.20	110.44
<b>TRANSIPEG</b> pdr sach 30 pce pdr sach 90 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	040811	16533	10.50	5.69
			16533	28.45	15.41
<b>TRANSIPEG FORTE</b> pdr sach 30 pce pdr sach 90 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	040811	16533	18.10	9.81
			16533	46.25	25.06
<b>TRAZIMERA</b> subst sèche 150mg flac 1 pce subst sèche 440mg c solv flac 1 pce	Pfizer AG	071610	20966	540.85	456.84
			20966	1526.35	1335.64
<b>TRECONDI</b> subst sèche 1g flac 1 pce subst sèche 5g flac 1 pce	Ideogen AG	071610	21101	147.55	114.23
			21101	646.40	548.76
<b>TRISENOX</b> conc perf 12mg/6ml 10 flac 6ml	Teva Pharma AG	071610	20282	3748.10	3416.68
<b>TRISEQUENS N</b> cpr pell 28 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070860	12814	14.40	5.38
<b>URSOCHOL 150</b> cpr 150mg 20 pce cpr 150mg 100 pce	Zambon Switzerland Ltd	049900	13671	15.80	6.60
			13671	46.95	26.62
<b>URSOCHOL 300</b> cpr 300mg 20 pce cpr 300mg 100 pce	Zambon Switzerland Ltd	049900	13671	19.70	10.01
			13671	68.85	45.67
<b>URSOFALK</b> susp 250ml	Dr. Falk Pharma AG	049900	17269	55.50	34.04
<b>VELPHORO</b> cpr mâcher 500mg 90 pce	Vifor Fresenius Medical Care Re- nal Pharma Ltd	079900	20280	235.70	191.04
<b>VICTOZA</b> sol inj 6mg/ml 2 stylo préremp 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	19173	112.15	83.40
<b>VIDAZA</b> subst sèche 100mg flac 1 pce	Bristol-Myers Squibb SA	071610	18384	375.45	312.78
<b>VIFEROL D3 25'000</b> sol buv 25 000 UI/ml amp 4 pce	OM Pharma Suisse SA	070230	21085	14.60	5.59

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>VINORELBIN SANDOZ</b> caps 20mg 1 pce caps 30mg 1 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	21218 21218	48.75 64.90	28.17 42.26
<b>VOKANAMET</b> cpr pell 50/850mg fl 60 pce cpr pell 50/850mg 3 fl 60 pce cpr pell 50/1000mg fl 60 pce cpr pell 50/1000mg 3 fl 60 pce cpr pell 150/850mg fl 60 pce cpr pell 150/850mg 3 fl 60 pce cpr pell 150/1000mg fl 60 pce cpr pell 150/1000mg 3 fl 60 pce	Janssen-Cilag AG	070620	20245 20245 20245 20245 20245 20245 20245 20245	58.60 139.15 58.60 139.15 78.30 202.05 78.30 202.05	36.76 106.91 36.76 106.91 53.91 161.71 53.91 161.71
<b>VOTRIENT</b> cpr pell 200mg 30 pce cpr pell 400mg 60 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19302 19302	938.70 3539.80	803.40 3213.46
<b>VOTUBIA</b> cpr 2.5mg 30 pce cpr 5mg 30 pce cpr disp 2mg 30 pce cpr disp 3mg 30 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071640	19486 19486 20122 20122	1310.40 2476.80 1060.65 1560.20	1138.75 2202.22 911.01 1366.51
<b>XAGRID</b> caps 0.5mg 100 pce	Takeda Pharma AG	071640	17508	254.80	207.67
<b>XELODA</b> cpr pell 150mg 60 pce cpr pell 500mg 120 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610	17120 17120	48.10 231.35	27.62 187.22
<b>XENICAL</b> caps 120mg 42 pce caps 120mg 84 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	079900	17235 17235	56.40 75.45	34.84 51.45
<b>XYZAL</b> cpr pell 5mg sécable 10 pce cpr pell 5mg sécable 30 pce cpr pell 5mg sécable 50 pce	UCB-Pharma SA	071310	17728 17728 17728	7.40 17.15 26.95	2.88 7.81 12.75
<b>YALDIGO</b> cpr 1600mg 60 pce	Tillotts Pharma AG	040900	20979	85.40	60.09
<b>YERVOY</b> conc perf 50mg/10ml flac 1 pce conc perf 200mg/40ml flac 1 pce	Bristol-Myers Squibb SA	071610	19520 19520	4004.00 15278.05	3666.36 14665.40
<b>YONDELIS</b> subst sèche 0.25mg flac 1 pce subst sèche 1mg flac 1 pce	PharmaMar AG	071610	19024 19024	489.50 1762.10	412.11 1550.57
<b>YUFLYMA</b> sol inj 40mg/0.4ml stylo prérempli stylo pré 1 pce sol inj 40mg/0.4ml ser pré protégé- aiguille ser pré 1 pce sol inj 40mg/0.4ml stylo pré stylo pré 2 pce (emballage multiple) sol inj 40mg/0.4ml ser pré protège-aiguille ser pré 2 pce (emballage multiple) sol inj 80mg/0.8ml stylo prérempli stylo pré 1 pce sol inj 80mg/0.8ml ser pré protégé- aiguille ser pré 1 pce	iQone Healthcare Switzerland SA	071500	21479 21480 21479 21480 21479 21480	442.40 442.40 868.45 868.45 758.10 758.10	371.10 371.10 742.20 742.20 646.09 646.09

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>ZALTRAP</b> conc perf 100 mg/4ml flac 4ml conc perf 200 mg/8ml flac 8ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	20041 20041	462.90 909.40	388.94 777.87
<b>ZEMPLAR</b> caps 1 mcg 28 pce caps 2 mcg 28 pce sol inj 2 mcg/ml 5 flac 1 ml sol inj 5 mcg/ml 5 flac 1 ml	AbbVie AG	070520	18755 18755 18107 18107	142.05 267.70 70.60 128.85	109.46 218.90 47.23 97.97
<b>ZYBAN</b> cpr ret 150 mg 30 pce cpr ret 150 mg 60 pce	GlaxoSmithKline AG	150000	18777 18777	48.00 79.60	27.52 55.04
<b>ZYDELIG</b> cpr pell 100 mg 60 pce cpr pell 150 mg 60 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	071610	20331 20331	3715.35 3715.35	3384.74 3384.74
<b>ZYKADIA</b> cpr pell 150 mg 84 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	21110	4349.85	4003.77
<b>ZYTIGA</b> cpr pell 500 mg 56 pce	Janssen-Cilag AG	071620	19608	2557.80	2276.07
<b>IV.c. Baissement de prix volontairement</b>					
<b>ALLOPUR</b> cpr 100 mg 50 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071130	11999	7.05	2.57
<b>AMLODIPINE AXAPHARM</b> cpr 10 mg 30 pce cpr 10 mg 100 pce	Axapharm AG	020610	18996 18996	26.25 60.65	12.16 38.56
<b>AMOROLFIN-MEPHA VERNIS À ONGLES</b> sol 5 % 5 ml	Mepha Pharma AG	100940	20325	34.05	15.39
<b>ARICEPT</b> cpr 5 mg 28 pce cpr 5 mg 98 pce cpr 10 mg 28 pce cpr 10 mg 98 pce	Pfizer AG	019900	16862 16862 16862 16862	73.25 215.40 73.25 215.40	49.52 173.36 49.52 173.36
<b>ARICEPT EVESS</b> cpr orodisp 5 mg 28 pce cpr orodisp 5 mg 98 pce cpr orodisp 10 mg 28 pce cpr orodisp 10 mg 98 pce	Pfizer AG	019900	19112 19112 19112 19112	73.25 215.40 73.25 215.40	49.52 173.36 49.52 173.36
<b>AVALOX</b> cpr pell 400 mg 5 pce cpr pell 400 mg 7 pce cpr pell 400 mg 10 pce	Bayer (Schweiz) AG	080180	17482 17482 17482	36.00 43.85 50.95	17.08 23.91 30.11
<b>CO-AMOXICILLIN AXAPHARM</b> cpr pell 1000 mg blist 12 pce cpr pell 1000 mg blist 20 pce	Axapharm AG	080193	19938 19938	27.80 39.55	13.51 20.17
<b>CO-AMOXICILLINE SANDOZ</b> cpr disp 1 g 12 pce cpr disp 1 g blist 20 pce cpr pell 1 g 12 pce cpr pell 1 g 20 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080193	18549 18549 17738 17738	28.05 39.55 28.05 39.55	13.73 20.17 13.73 20.17
<b>CO-AMOXICILLINE SPIRIG HC</b> cpr pell 1000 mg blist 12 pce cpr pell 1000 mg blist 20 pce	Spirig HealthCare AG	080193	21201 21201	28.15 39.55	13.79 20.16



PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>CO-AMOXI-MEPHA</b> cpr disp 625 mg (ancien) 10 pce cpr disp 625 mg blist 10 pce cpr disp 625 mg blist 20 pce cpr disp 625 mg (ancien) 20 pce	Mepha Pharma AG	080193	18550 18550 18550 18550	25.00 25.00 34.05 34.05	11.08 11.08 15.38 15.38
<b>CONCERTA</b> cpr 18 mg 30 pce cpr 18 mg 60 pce cpr 27 mg 30 pce cpr 27 mg 60 pce cpr 36 mg 30 pce cpr 36 mg 60 pce cpr 54 mg 30 pce cpr 54 mg 60 pce	Janssen-Cilag AG	011020	17898 17898 17898 17898 17898 17898 17898 17898	50.30 76.05 58.55 90.55 64.35 100.75 73.40 116.75	29.51 51.95 36.71 64.61 41.75 73.49 49.67 87.42
<b>CONCOR 10 PLUS</b> cpr laqués 10/25 mg 30 pce cpr laqués 10/25 mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	020720	16123 16123	16.80 43.15	7.47 23.31
<b>CONCOR 5 PLUS</b> cpr laqués 5/12.5 mg 30 pce cpr laqués 5/12.5 mg 100 pce	Merck (Schweiz) AG	020720	16123 16123	9.30 27.30	4.55 13.07
<b>DACOGEN</b> subst sèche 50 mg i. v. flac 1 pce	Janssen-Cilag AG	071610	19990	1038.60	890.92
<b>DALACIN C</b> caps 150 mg 16 pce caps 300 mg 16 pce	Pfizer AG	080192	11443 11443	17.75 27.15	8.34 12.93
<b>DIFLUCAN</b> caps 50 mg 7 pce caps 50 mg 28 pce caps 150 mg 1 pce caps 150 mg 4 pce caps 200 mg 2 pce caps 200 mg 7 pce	Pfizer AG	080600	15732 15732 15732 15732 15732 15732	24.95 66.95 14.55 38.70 25.10 60.65	11.01 44.03 5.52 19.43 11.15 38.53
<b>DUTASTERID SPIRIG HC</b> caps 0.5 mg blist 30 pce caps 0.5 mg blist 90 pce	Spirig HealthCare AG	059900	20749 20749	14.50 35.30	5.47 16.47
<b>EBIXA</b> cpr pell 10 mg 50 pce cpr pell 20 mg 98 pce	Lundbeck (Schweiz) AG	019900	17960 17960	72.20 226.70	48.60 183.17
<b>FLUIMUCIL</b> gran 100 mg enf sach 30 pce gran 600 mg sach 30 pce	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796 11796	3.70 19.70	2.01 10.01
<b>FLUIMUCIL 600</b> cpr eff 600 mg adult citron 10 pce cpr eff 600 mg adult citron 30 pce cpr eff 600 mg adult citron 100 pce	Zambon Switzerland Ltd	030200	14721 14721 14721	6.15 17.05 41.50	3.34 7.72 21.87
<b>FULVESTRANT ACCORD</b> sol inj 250 mg/5ml 2 ser pré 5 ml	Accord Healthcare AG	071620	21202	500.10	421.32
<b>FULVESTRANT SANDOZ</b> sol inj 250 mg/5ml i. m. 2 ser pré 5 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	20514	500.10	421.32
<b>FULVESTRANT-TEVA</b> sol inj 250 mg/5ml 2 ser pré 5 ml	Teva Pharma AG	071620	21163	500.05	421.31
<b>JEVTANA</b> conc perf 60 mg a solv flac 1 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19436	3231.45	2912.63

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>KIVEXA</b> cpr pell 600mg/300mg 30 pce	ViiV Healthcare GmbH	080300	18307	330.05	273.20
<b>KLACID</b> filmtabs 500mg 14 pce	Viartis Pharma GmbH	080160	15841	35.50	16.65
filmtabs 500mg 20 pce			15841	45.80	25.60
filmtabs 500mg 30 pce			15841	57.30	35.61
<b>KLACIPED</b> gran 125 mg/5ml p susp fl 100 ml	Viartis Pharma GmbH	080160	16168	15.10	6.00
<b>KLACIPED FORTE</b> susp 250mg/5ml fl 100 ml	Viartis Pharma GmbH	080160	16168	20.70	10.90
<b>LUKAIR</b> cpr pell 10 mg 28 pce	Organon GmbH	030450	20024	37.50	18.39
cpr pell 10 mg 98 pce			20024	90.40	64.48
cpr mâcher 4 mg 28 pce			20025	37.60	18.46
cpr mâcher 4 mg 98 pce			20025	90.70	64.71
cpr mâcher 5 mg 28 pce			20025	37.50	18.39
cpr mâcher 5 mg 98 pce			20025	90.40	64.48
<b>MALARONE</b> cpr 250/100 mg 12 pce	GlaxoSmithKline AG	080410	16994	42.00	22.30
<b>MAXALT LINGUAL</b> cpr 5 mg 6 pce	Organon GmbH	020510	17536	42.70	22.92
cpr 10 mg 3 pce			17536	27.40	13.17
cpr 10 mg 6 pce			17536	42.85	23.04
cpr 10 mg 12 pce			17536	66.00	43.21
<b>MÉTHOTREXATE PFIZER</b> cpr 2.5 mg blist 30 pce	Pfizer AG	071610	8446	16.15	6.94
<b>NIZORAL SHAMPOOING</b> sol 20 mg/g 60 ml	Spirig HealthCare AG	100941	15385	14.95	5.89
sol 20 mg/g 100 ml			15385	17.40	8.02
<b>OLMETEC PLUS</b> cpr pell 20/12.5 28 pce	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020720	18286	29.30	14.81
cpr pell 20/12.5 98 pce			18286	66.95	44.03
cpr pell 20/25 28 pce			18286	29.30	14.81
cpr pell 20/25 98 pce			18286	66.95	44.03
cpr pell 40/12.5 28 pce			18286	38.10	18.89
cpr pell 40/12.5 98 pce			18286	80.90	56.17
cpr pell 40/25 28 pce			18286	38.10	18.89
cpr pell 40/25 98 pce			18286	80.90	56.17
<b>PARAPLATIN</b> sol perf 450mg/45ml i. v. flac 45 ml	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610	15149	117.60	88.15
<b>PEMZEK</b> cpr 4 mg 7 pce	AstraZeneca AG	020710	19875	6.00	1.64
cpr 16 mg 28 pce			19875	19.75	10.05
cpr 16 mg 98 pce			19875	52.60	31.54
<b>PEMZEK PLUS</b> cpr 8/12.5 mg 28 pce	AstraZeneca AG	020720	19876	17.70	8.29
cpr 8/12.5 mg 98 pce			19876	47.50	27.09
cpr 16/12.5 mg 28 pce			19876	20.00	10.26
cpr 16/12.5 mg 98 pce			19876	57.55	35.85
cpr 32/12.5 mg 28 pce			19876	29.45	14.94
cpr 32/12.5 mg 98 pce			19876	59.30	37.38
cpr 32/25 mg 28 pce			19876	29.45	14.94
cpr 32/25 mg 98 pce			19876	59.30	37.38

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>SINGULAIR</b>	Organon GmbH	030450			
cpr pell 10mg 28 pce			17173	37.60	18.47
cpr pell 10mg 98 pce			17173	90.40	64.48
cpr mâcher 4mg petit enf 28 pce			17253	37.60	18.46
cpr mâcher 4mg petit enf 98 pce			17253	90.40	64.44
cpr mâcher 5mg enf 28 pce			17253	37.60	18.47
cpr mâcher 5mg enf 98 pce			17253	90.40	64.48
<b>TAXOL</b>	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610			
conc perf 30mg/5ml flac 5ml			16236	42.45	22.71
<b>TOPAMAX</b>	Janssen-Cilag AG	010710			
cpr pell 25mg 60 pce			16516	36.70	17.70
cpr pell 50mg 60 pce			16516	52.55	31.49
cpr pell 100mg 60 pce			16516	83.20	58.18
caps 50mg 60 pce			17320	52.55	31.49
<b>TORASÉMIDE SANDOZ ECO</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	050100			
cpr 2.5mg 20 pce			18250	5.30	1.04
cpr 2.5mg 100 pce			18250	9.35	4.58
cpr 5mg 20 pce			18250	6.05	1.69
cpr 5mg 100 pce			18250	16.85	7.52
cpr 10mg 20 pce			18250	7.55	3.00
cpr 10mg 100 pce			18250	28.05	13.72
cpr 200mg 20 pce			18250	27.15	12.95
cpr 200mg 100 pce			18250	82.85	57.87
<b>TORASÉMIDE SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	050100			
cpr 10mg 20 pce			18221	6.75	2.33
cpr 10mg 100 pce			18221	28.05	13.71
<b>TORASEMID-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	050100			
cpr 5mg 20 pce			18584	6.40	1.99
cpr 5mg 100 pce			18584	16.80	7.51
cpr 10mg 20 pce			18584	7.25	2.75
cpr 10mg 100 pce			18584	28.05	13.72
cpr 200mg 20 pce			19069	26.80	12.61
cpr 200mg 100 pce			19069	82.80	57.86
<b>TRAMAL</b>	Grünenthal Pharma AG	010130			
gouttes 100mg/ml av pompe dosage 30ml			15796	18.95	9.35
gouttes 100mg/ml av pompe dosage 50ml			15796	27.45	13.18
<b>TRAMAL RETARD</b>	Grünenthal Pharma AG	010130			
cpr ret 100mg 10 pce			16737	7.05	2.58
cpr ret 100mg 30 pce			16737	16.50	7.25
cpr ret 100mg 50 pce			16737	19.75	10.04
cpr ret 150mg 10 pce			16737	7.90	3.33
cpr ret 150mg 30 pce			16737	18.60	9.08
cpr ret 150mg 50 pce			16737	27.90	13.59
cpr ret 200mg 10 pce			16737	8.50	3.85
cpr ret 200mg 30 pce			16737	20.10	10.35
cpr ret 200mg 50 pce			16737	28.55	14.17
<b>VALCYTE</b>	CPS Cito Pharma Services GmbH	080300			
cpr pell 60 pce			17787	1333.10	1159.41

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>VALSARTAN AXAPHARM</b>	Axapharm AG	020710			
cpr pell 80 mg 28 pce			20176	19.55	9.90
cpr pell 80 mg 98 pce			20176	53.15	32.01
cpr pell 160 mg 28 pce			20176	25.95	11.91
cpr pell 160 mg 98 pce			20176	64.75	42.11
<b>VALSARTAN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	020710			
cpr pell 80 mg 28 pce			19445	19.55	9.90
cpr pell 80 mg 98 pce			19445	53.15	32.01
cpr pell 160 mg 28 pce			19445	26.00	11.92
cpr pell 160 mg 98 pce			19445	64.75	42.11
<b>VALTAN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	020710			
cpr pell 80 mg 28 pce			19583	19.55	9.90
cpr pell 80 mg 98 pce			19583	53.15	32.01
cpr pell 160 mg 28 pce			19583	26.00	11.93
cpr pell 160 mg 98 pce			19583	64.75	42.11
<b>VALTRES</b>	GlaxoSmithKline AG	080300			
cpr pell 500 mg 10 pce			16495	25.05	11.12
cpr pell 500 mg 30 pce			16495	54.65	33.33
cpr pell 500 mg 42 pce			16495	73.10	49.40
<b>VIMPAT</b>	UCB-Pharma SA	010710			
cpr pell 50 mg 14 pce			19049	14.45	5.45
cpr pell 100 mg 14 pce			19049	20.55	10.77
cpr pell 100 mg 56 pce			19049	63.00	40.61
cpr pell 100 mg 168 pce			19049	152.60	118.62
cpr pell 150 mg 14 pce			19049	34.55	15.79
cpr pell 150 mg 56 pce			19049	85.25	59.98
cpr pell 150 mg 3 × 56 pce			19049	217.75	175.39
cpr pell 200 mg 14 pce			19049	40.55	21.04
cpr pell 200 mg 56 pce			19049	108.15	79.94
cpr pell 200 mg 3 × 56 pce			19049	284.85	233.86
sirop 10 mg/ml fl 200ml			19051	36.60	17.61
<b>VOLIBRIS</b>	GlaxoSmithKline AG	020710			
cpr pell 5 mg 30 pce			18885	1256.50	1089.60
cpr pell 10 mg 30 pce			18885	1256.50	1089.60
<b>ZITHROMAX</b>	Pfizer AG	080160			
cpr pell 250 mg 4 pce			16696	16.00	6.80
cpr pell 250 mg 6 pce			16696	19.90	10.21
susp 200 mg/5ml 15 ml			16089	14.10	5.15
cpr pell 500 mg 3 pce			16696	19.90	10.21
susp 200 mg/5ml 30 ml			16089	18.50	8.96
<b>ZOMIG</b>	Grünenthal Pharma AG	020510			
cpr pell 2.5 mg 3 pce			17044	20.80	10.96
cpr pell 2.5 mg 6 pce			17044	40.45	20.94
cpr pell 2.5 mg 12 pce			17044	58.15	36.37
<b>ZOMIG ORO</b>	Grünenthal Pharma AG	020510			
cpr 2.5 mg 6 pce			17625	40.20	20.73
cpr 2.5 mg 12 pce			17625	58.15	36.37
<b>IV.d. Mutation de prix normale</b>					
<b>ADCETRIS</b>	Takeda Pharma AG	071610			
subst sèche 50 mg flac 1 pce			19989	3306.55	2985.90
subst sèche 50 mg flac 2 pce			19989	6367.10	5971.80

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>BENLYSTA</b> subst sèche 120 mg 1 pce subst sèche 400 mg 1 pce sol inj 200 mg/ml auto-injecteur in- jecteur 1 ml sol inj 200 mg/ml auto-injecteur 4 injecteur 1 ml	GlaxoSmithKline AG	071500	19903 19903 20822 20822	196.05 615.30 276.80 1055.10	156.50 521.67 226.83 905.93
<b>ILARIS</b> sol inj 150 mg/ml flac 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	10974.50	10466.84
<b>IMBRUVICA</b> cpr pell 140 mg 28 pce cpr pell 280 mg 28 pce cpr pell 420 mg 28 pce cpr pell 560 mg 28 pce	Janssen-Cilag AG	071610	21011 21011 21011 21011	1608.30 3133.30 4584.40 6030.50	1410.33 2816.90 4232.57 5643.42
<b>IMFINZI</b> conc perf 120 mg flac 2.4 ml conc perf 500 mg flac 10 ml	AstraZeneca AG	071610	20791 20791	610.05 2424.70	517.13 2154.71
<b>MAYZENT</b> cpr pell 0.25 mg blist 12 pce cpr pell 0.25 mg blist 120 pce cpr pell 2 mg blist 28 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	019900	21105 21105 21105	280.60 1576.00 1475.05	230.16 1380.92 1288.86
<b>MEKINIST</b> cpr pell 0.5 mg 7 pce cpr pell 0.5 mg 30 pce cpr pell 2 mg 7 pce cpr pell 2 mg 30 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	20484 20484 20484 20484	342.40 1396.35 1307.40 5236.15	283.99 1217.11 1135.97 4868.44
<b>SKYRIZI</b> sol inj 150 mg/ml ser pré 1 pce sol inj 150 mg/ml stylo pré 1 pce	AbbVie AG	071500	20922 21327	3408.60 3408.60	3085.45 3085.45
<b>VEKLURY</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	21439	453.20	380.50
<b>ZEJULA</b> caps 100 mg blist 84 pce	GlaxoSmithKline AG	071610	20775	7357.30	6937.86
<b>IV.e. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet</b>					
<b>AUBAGIO</b> cpr pell 14 mg 28 pce cpr pell 14 mg 84 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	20065 20065	1156.65 3316.55	998.54 2995.64
<b>CELSENTRI</b> cpr pell 150 mg 60 pce cpr pell 300 mg 60 pce	ViiV Healthcare GmbH	089900	18724 18724	824.90 824.90	704.29 704.29

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
V. Augmentations de prix					
V.a. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
<b>ALFAMINO</b> pdr bte 400g	Nestlé Health Science Nestlé Suisse S.A.	070110	19899	67.95	36.84

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

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

<b>ADCETRIS</b>	Takeda Pharma AG	071610			
subst sèche 50 mg flac 1 pce			19989	3306.55	2985.90
subst sèche 50 mg flac 2 pce			19989	6367.10	5971.80

### Vieille limitation

Pour une durée de traitement maximale de 16 cycles après obtention de la garantie de prise en charge des frais par l'assurance maladie, après évaluation par le médecin-conseil.

Pour le traitement du lymphome hodgkinien (LH) CD30 positif, récidivant ou réfractaire, après une greffe autologue de cellules souches (ASCT) ou après au moins deux traitements antérieurs quand l'ASCT n'est pas une option de traitement, et pour le traitement du lymphome anaplasique à grandes cellules systémique (LAGCs) récidivant ou réfractaire (après chimiothérapie ou ASCT).

Le médecin traitant est responsable de tenir à jour et d'enregistrer les données demandées dans le registre indiqué, disponible sous <http://www.lymphomaregistry.ch>. Le patient doit signer une lettre de consentement. Les données suivantes doivent être enregistrées:

- 1) année de naissance, sexe et poids du patient, indication thérapeutique (LH ou LAGCs) et traitements antérieurs du LH ou du LAGCs,
- 2) date d'utilisation, dosage et nombre d'ampoules d'Adcetris utilisées par cycle, traitements complémentaires et date de fin du traitement.

### Nouvelle limitation

Valable pour toutes les indications remboursées:

Les traitements nécessitent la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie, après évaluation par le médecin-conseil. Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (19989.XX).

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

Pour les traitements dans les indications avec modèle de prix, Takeda Pharma AG rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise, une partie du prix de fabrique par emballage d'ADCETRIS (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 (19989.XX). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être effectuée rapidement dès le moment de l'administration.

Le médecin traitant est responsable de tenir à jour et d'enregistrer pour toutes les indications remboursées les données demandées dans le registre indiqué, disponible sous <http://www.lymphomaregistry.ch>. Le patient doit signer une lettre de consentement. Les données suivantes doivent être enregistrées:

- 1) Au début du traitement : année de naissance, sexe et poids du patient, indication thérapeutique (LH (stade IV), LH récidivant ou réfractaire, LPCT, LAGCs récidivant ou réfractaire, LCCT) et traitements antérieurs du LH récidivant ou réfractaire, du LAGCs récidivant ou réfractaire ou du LCCT. Pour le LCCT et le LPCT, l'histologie du LCCT ou du LPCT ainsi que la valeur d'expression de CD30 doivent être enregistrées. Si pour le LCCT aucun traitement préalable avec le méthotrexate n'a été effectué, la raison doit être indiquée.
- 2) date d'utilisation, dosage et nombre d'ampoules d'Adcetris utilisées par cycle, traitements complémentaires et date de fin du traitement. À la fin du traitement, il convient d'en indiquer la raison.

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2026

### Lymphome hodgkinien (LH)

#### LH (Stade IV), thérapie combinée (avec modèle de prix)

Remboursement pour le traitement des patients adultes (≥ 18 ans) avec un lymphome hodgkinien (LH), CD30 positif de stade IV non traités précédemment, en association avec une chimiothérapie par doxorubicine, de vinblastine et de dacarbazine (AVD), si le traitement par une polychimiothérapie contenant de la bléomycine (telle que la chimiothérapie BEACOPP escaladée ou la chimiothérapie ABVD) est contre-indiqué ou n'est pas indiqué pour des raisons médicales.

ADCETRIS sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie, l'apparition d'une toxicité inacceptable ou pour une durée de traitement maximale de 6 cycles.

ADCETRIS combiné à l'AVD n'a pas été comparé à une chimiothérapie BEACOPP escaladée, mais avec une chimiothérapie ABVD composée de doxorubicine, bléomycine, vinblastine et dacarbazine.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19989.01

### Lymphome hodgkinien (LH)

#### LH récidivant ou réfractaire, monothérapie (avec modèle de prix)

Remboursement pour le traitement des patients adultes (≥ 18 ans) avec un lymphome hodgkinien (LH) CD30 positif, récidivant ou réfractaire, après une greffe autologue de cellules souches (ASCT) ou après au moins deux traitements antérieurs quand l'ASCT n'est pas une option de traitement.

ADCETRIS sera remboursé pour une durée de traitement maximale de 16 cycles.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19989.02

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2026

### Lymphome périphérique à cellules T (LPCT)

#### LPCT, thérapie combinée (avec modèle de prix)

Remboursement pour le traitement des patients adultes (≥ 18 ans) avec un lymphome périphérique à cellules T (LPCT), CD30 positif, non prétraités, en association à une chimiothérapie par cyclophosphamide, doxorubicine et prednisone (CHP).

Les patients atteints de lymphome anaplasique à grandes cellules systémique (LAGCs) ALK-positif doivent avoir un score de International Prognostic Index (IPI) de ≥ 2.

ADCETRIS sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie, l'apparition d'une toxicité inacceptable ou pour une durée de traitement maximale de 8 cycles.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19989.03

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

#### Lymphome périphérique à cellules T (LPCT)

##### LAGCs, récidivant ou réfractaire, monothérapie (avec modèle de prix)

Remboursement pour le traitement des patients adultes (≥ 18 ans) avec un lymphome anaplasique à grandes cellules systémique (LAGCs) récidivant ou réfractaire (après chimiothérapie ou ACST).

ADCETRIS sera remboursé pour une durée de traitement maximale de 16 cycles.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie : 19989.04

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2026

##### Lymphome cutané à cellules T (LCCT), monothérapie (avec modèle de prix)

Remboursement pour le traitement des patients adultes (≥ 18 ans) avec un lymphome cutané à cellules T (LCCT) CD30 positif qui

- présentent une progression sous thérapie systémique (incl. le méthotrexate, sauf s'il est contre-indiqué ou non indiqué pour des raisons médicales) OU
- ne conviennent pas pour un autre traitement systémique (incl. le méthotrexate, sauf s'il est contre-indiqué ou non indiqué pour des raisons médicales).

Pas en association avec d'autres médicaments systémiques pour le traitement du LCCT.

ADCETRIS sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie, l'apparition d'une toxicité inacceptable ou pour une durée de traitement maximale de 16 cycles.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19989.05

BENLYSTA	GlaxoSmithKline AG	071500			
subst sèche 120 mg 1 pce			19903	196.05	156.50
subst sèche 400 mg 1 pce			19903	615.30	521.67
sol inj 200 mg/ml auto-injecteur 1 ml			20822	276.80	226.83
sol inj 200 mg/ml auto-injecteur 1 ml			20822	1055.10	905.93

#### Vieille limitation

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

L'efficacité/utilité du traitement par BENLYSTA doit être réévaluée au plus tard au bout de 6 mois par le médecin traitant actuel, à l'intention du médecin-conseil.

N'est pas indiqué pour le traitement des patients atteints de lupus sévère et actif avec atteinte du système nerveux central.

#### Lupus érythémateux disséminé (LED)

La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique ou en rhumatologie. Pour le traitement des patients adultes présentant un lupus érythémateux disséminé (LED) sérologiquement actif (titre d'AAN >1:80 et/ou détection d'anticorps anti-ADNdb >30 UI/ml), avec activité élevée de la maladie (p. ex. détection d'anticorps anti-ADNdb ≥30 UI/ml et faible taux de complément [C3: <90 mg/dl et C4: <16 mg/dl]) malgré le traitement de base (p. ex. prednisone, agents antipaludiques, agents immunosuppresseurs).

#### Néphrite lupique (NL)

La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique, en néphrologie ou en rhumatologie expérimentés dans le traitement de la néphrite lupique. Pour le traitement des patients adultes présentant une néphrite lupique active démontrée de classe III ou IV +/- V qui reçoivent un traitement standard (conformément à l'étude d'homologation). Les patients doivent en outre présenter des auto-anticorps (c.-à-d. titre d'AAN >1:80 et/ou détection d'anticorps anti-ADNdb >30 UI/ml).

#### Nouvelle limitation

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

L'efficacité/utilité du traitement par BENLYSTA doit être réévaluée au plus tard au bout de 6 mois par le médecin traitant actuel, à l'intention du médecin-conseil.

#### Lupus érythémateux disséminé (LED)

La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique ou en rhumatologie. Pour le traitement des patients adultes présentant un lupus érythémateux disséminé (LED) actif avec présence d'auto-anticorps, avec activité élevée de la maladie (p. ex. détection d'anticorps anti-ADNdb et faible taux de complément [C3 et C4]) malgré le traitement de base.

#### Néphrite lupique (NL)

La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique, en néphrologie ou en rhumatologie expérimentés dans le traitement de la néphrite lupique. Pour le traitement des patients adultes présentant une néphrite lupique active démontrée de classe III ou IV +/- V qui reçoivent un traitement standard (conformément à l'étude d'homologation).

BRAFTOVI	Pierre Fabre Pharma AG	071610			
caps 50 mg blist 28 pce			20874	724.05	616.44
caps 75 mg blist 42 pce			20874	1582.65	1386.98
caps 75 mg blist 168 pce			20874	5932.60	5547.92

#### Vieille limitation

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

Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.

Le traitement doit être approuvé par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

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



PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.03.2024</p> <p>Uniquement en association avec MEKTOVI pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600.</p> <p>Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.</p> <p>Le traitement doit être approuvé par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de MEKTOVI achetée en association avec BRAFTOVI 31.75% sur le prix fabricant de chaque boîte de MEKTOVI (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20874.01</p>					
<b>MEKTOVI</b>	Pierre Fabre Pharma AG	071610			
cpr pell 15 mg blist 84 pce			20875	2684.05	2391.22
cpr pell 15 mg blist 168 pce			20875	5148.00	4782.44
<p>Vieille limitation</p> <p>Uniquement en association avec l'encorafenib pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600.</p> <p>Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.</p> <p>Le traitement doit être approuvé par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Mektovi achetée en association avec Braftovi un pourcentage de 38.60% sur le prix fabricant de chaque boîte de Mektovi (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.</p> <p>Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.03.2024</p> <p>Uniquement en association avec BRAFTOVI pour le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique portant une mutation BRAF V600.</p> <p>Traitement uniquement jusqu'à la progression de la maladie.</p> <p>Le traitement doit être approuvé par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Pierre Fabre Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie pour chaque boîte de MEKTOVI achetée en association avec BRAFTOVI 31.75% sur le prix fabricant de chaque boîte de MEKTOVI (indicateur d'un cycle de traitement). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être présentée à compter de la date d'administration.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20875.01</p>					
<b>DACOGEN</b>	Janssen-Cilag AG	071610			
subst sèche 50 mg i. v. falc 1 pce			19990	1038.60	890.92
<p>Vieille limitation</p> <p><b>Association de DACOGEN au vénétoclax</b></p> <p>Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>DACOGEN est remboursé en association avec le vénétoclax (VENCLYXTO) pour des patients adultes chez qui une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été nouvellement diagnostiquée (naïfs de traitement) et chez qui une chimiothérapie intensive n'est pas envisageable. Les patients atteints de leucémie promyélocytaire aiguë (LPA) sont exclus.</p> <p>Le traitement est remboursé jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une toxicité inacceptable.</p> <p>Le titulaire de l'autorisation, Janssen-Cilag AG, remboursera, à la première demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, Fr. 85.54 pour chaque emballage de DACOGEN acheté. La demande de remboursement par l'assureur-maladie ne vaut que pour l'association de DACOGEN avec le vénétoclax. 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 de la date de l'administration.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 19990.01</p> <p>Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2025</p> <p><b>Association de DACOGEN au vénétoclax</b></p> <p>Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>DACOGEN est remboursé en association avec le vénétoclax (VENCLYXTO) pour des patients adultes chez qui une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été nouvellement diagnostiquée (naïfs de traitement) et chez qui une chimiothérapie intensive n'est pas envisageable. Les patients atteints de leucémie promyélocytaire aiguë (LPA) sont exclus.</p> <p>Le traitement est remboursé jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une toxicité inacceptable.</p> <p>Le titulaire de l'autorisation, Janssen-Cilag AG, remboursera, à la première demande de l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat, Fr. 35.48 pour chaque emballage de DACOGEN acheté. La demande de remboursement par l'assureur-maladie ne vaut que pour l'association de DACOGEN avec le vénétoclax. 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 de la date de l'administration.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 19990.01</p>					

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

<b>ILARIS</b> sol inj 150 mg/ml flac 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	10974.50	10466.84
--	----------------------------	--------	-------	----------	----------

Vieille limitation

**Syndromes périodiques associés à la cryopyrine (CAPS):**

Après la garantie de la prise en charge de l'assurance maladie et la consultation préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie pour le traitement des patients affectés par CAPS porteurs d'une mutation confirmée du gène NLRP3

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.01

**Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS):**

Pour prescription exclusive dans les centres de rhumatologie pédiatrique, par des spécialistes en rhumatologie, en collaboration avec des spécialistes en pédiatrie, ou par des spécialistes en pédiatrie avec une formation approfondie en rhumatologie pédiatrique (formation continue à l'annexe 10, selon SIWF, FMH).

Après la garantie de prise en charge de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIs), chez les patients à partir de 2 ans, qui ont répondu de manière insuffisante au traitement préalable avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux corticostéroïdes systémiques.

À partir du 1.12.2020, le traitement par ILARIS ne pourra être initié qu'après une réponse insuffisante démontrée au Tocilizumab ou après une intolérance démontrée au Tocilizumab. Un arrêt documenté de la thérapie au Tocilizumab doit être présenté pour une prise en charge lors de l'initiation de la thérapie avec ILARIS.

À une dose maximale de 4 mg/kg (jusqu'à 300 mg au maximum), administrée toutes les 4 semaines par injection sous-cutanée. Chez les patients ayant une réponse initiale nette et une rémission durable de plus de 24 semaines sous ILARIS, une réduction de la dose à 2 mg/kg toutes les 4 semaines, puis le cas échéant, un arrêt du traitement par ILARIS doivent être envisagés.

Les patients avec une AJIs doivent être répertoriés dans le registre JIR cohorte ([www.jircohorte.org](http://www.jircohorte.org)).

La poursuite du traitement au-delà de 6 mois est conditionnée par la réponse au traitement par ILARIS. Afin de poursuivre le traitement après 6 mois, il faut obtenir à nouveau, une garantie de prise en charge de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.02

**Syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS):**

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints d'un syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS).

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.03

**Syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD):**

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints du syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD).

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.04

**Fièvre méditerranéenne familiale (FMF):**

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints de fièvre méditerranéenne familiale (FMF), chez qui un traitement conventionnel est contre-indiqué ou non toléré ou en l'absence de réponse suffisante malgré l'administration des doses maximales tolérées.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.05

Pour prescription exclusive dans des centres de rhumatologie pédiatrique, rhumatologie, immunologie pédiatrique et immunologie.

Les patients atteints de TRAPS, HIDS/MKD et FMF doivent être répertoriés dans le registre JIRcohorte ([www.jircohorte.org](http://www.jircohorte.org)).

Nouvelle limitation

**Syndromes périodiques associés à la cryopyrine (CAPS):**

Après la garantie de la prise en charge de l'assurance maladie et la consultation préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie pour le traitement des patients affectés par CAPS porteurs d'une mutation confirmée du gène NLRP3.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.01

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

**Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS):**

Pour prescription exclusive dans les centres de rhumatologie pédiatrique, par des spécialistes en rhumatologie, en collaboration avec des spécialistes en pédiatrie, ou par des spécialistes en pédiatrie avec une formation approfondie en rhumatologie pédiatrique (formation continue à l'annexe 10, selon SIWF, FMH).

Après la garantie de prise en charge de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIs), chez les patients à partir de 2 ans, qui ont répondu de manière insuffisante au traitement préalable avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux corticostéroïdes systémiques.

À partir du 1.12.2020, le traitement par ILARIS ne pourra être initié qu'après une réponse insuffisante démontrée au Tocilizumab ou après une intolérance démontrée au Tocilizumab. Un arrêt documenté de la thérapie au Tocilizumab doit être présenté pour une prise en charge lors de l'initiation de la thérapie avec ILARIS.

À une dose maximale de 4 mg/kg (jusqu'à 300 mg au maximum), administrée toutes les 4 semaines par injection sous-cutanée. Chez les patients ayant une réponse initiale nette et une rémission durable de plus de 24 semaines sous ILARIS, une réduction de la dose à 2 mg/kg toutes les 4 semaines, puis le cas échéant, un arrêt du traitement par ILARIS doivent être envisagés.

Les patients avec une AJIs doivent être répertoriés dans le registre JIR cohorte ([www.jircohorte.org](http://www.jircohorte.org)).

La poursuite du traitement au-delà de 6 mois est conditionnée par la réponse au traitement par ILARIS. Afin de poursuivre le traitement après 6 mois, il faut obtenir à nouveau, une garantie de prise en charge de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.02

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

**Syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS):**

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints d'un syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS).

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.03

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

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

**Syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD):**

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints du syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD).

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.04

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

**Fièvre méditerranéenne familiale (FMF):**

ILARIS est indiqué dans le traitement des patients atteints de fièvre méditerranéenne familiale (FMF), chez qui un traitement conventionnel est contre-indiqué ou non toléré ou en l'absence de réponse suffisante malgré l'administration des doses maximales tolérées.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 19119.05

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

Pour prescription exclusive dans des centres de rhumatologie pédiatrique, rhumatologie, immunologie pédiatrique et immunologie.

Les patients atteints de TRAPS, HIDS/MKD et FMF doivent être répertoriés dans le registre JIRcohort ([www.jircohort.org](http://www.jircohort.org)).

IMBRUVICA	Janssen-Cilag AG	071610			
cpr pell 140 mg 28 pce			21011	1608.30	1410.33
cpr pell 280 mg 28 pce			21011	3133.30	2816.90
cpr pell 420 mg 28 pce			21011	4584.40	4232.57

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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2025

**Leucémie lymphoïde chronique en 1ère 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 1ère 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 1ère 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 1ère 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 1ère 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 1ère 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 2è 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

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

#### Maladie de Waldenström (MW, thérapie combinée)

Thérapie avec l'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).

Janssen-Cilag AG rembourse à l'assureur-maladie après duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, les coûts de traitement du rituximab ainsi que la première boîte d'Imbruvica prescrite sur la base du prix de fabrique. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être effectuée à partir de la date d'administration.

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

#### 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

MEKINIST	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
cpr pell 0.5mg 7 pce			20484	342.40	283.99
cpr pell 0.5mg 30 pce			20484	1396.35	1217.11
cpr pell 2mg 7 pce			20484	1307.40	1135.97
cpr pell 2mg 30 pce			20484	5236.15	4868.44

Vieille limitation

#### Mélanome métastatique

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

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie, pour l'association de MEKINIST et TAFINLAR, un pourcentage fixe de 14.73% du prix de fabrique de chaque emballage de MEKINIST acheté (=indicateur d'un cycle de traitement). La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

#### Mélanome adjuvant

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

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

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

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

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie une partie fixe de 41.71% du prix de fabrication de chaque boîte de MEKINIST achetée et une partie fixe de 31.58% du prix de fabrication de chaque boîte de TAFINLAR achetée. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Nouvelle limitation

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2026

#### Mélanome métastatique

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

Sur demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise, Novartis Pharma Suisse SA rembourse 22.31% du prix de fabrique pour chaque emballage de MEKINIST remis. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20484.01

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

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2026

#### Mélanome adjuvant

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

Le remboursement est limité aux stades suivants:

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

Le traitement adjuvant par le tramétinib en association avec le dabrafénib doit être commencé dans les 15 semaines suivant le début de la résection. Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

Sur demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise, Novartis Pharma Suisse SA rembourse 42.90% du prix de fabrique pour chaque emballage de MEKINIST remis et 31.58% du prix de fabrique de chaque emballage de TAFINLAR remis. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20484.02

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2026

#### Cancer bronchique non à petites cellules métastatique

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est remboursé pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (NSCLC; non-small cell lung cancer) métastatique exprimant la mutation BRAF V600E. Les patients doivent avoir une espérance de vie d'au moins 3 mois. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil. Le traitement est remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Sur demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise, Novartis Pharma Suisse SA rembourse 54.67% du prix de fabrique pour chaque emballage de MEKINIST remis et 54.67% du prix de fabrique de chaque emballage de TAFINLAR remis. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20484.03

TAFINLAR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
caps 50 mg 28 pce			20115	957.95	820.18
caps 50 mg 120 pce			20115	3848.95	3515.06
caps 75 mg 28 pce			20115	1410.80	1230.27
caps 75 mg 120 pce			20115	5650.40	5272.59

Vieille limitation

#### Mélanome métastatique

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

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie, pour l'association de MEKINIST et TAFINLAR, un pourcentage fixe de 14.73% du prix de fabrique de chaque emballage de MEKINIST acheté (=indicateur d'un cycle de traitement). La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

#### Mélanome adjuvant

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

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

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

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

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Novartis Pharma Suisse SA rembourse à l'assureur-maladie une partie fixe de 41.71% du prix de fabrication de chaque boîte de MEKINIST achetée et une partie fixe de 31.58% du prix de fabrication de chaque boîte de TAFINLAR achetée. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

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

Nouvelle limitation

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2026

#### Mélanome métastatique

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

Sur demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise, Novartis Pharma Suisse SA rembourse 22.31% du prix de fabrique pour chaque emballage de MEKINIST remis. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20115.01

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2026

#### Mélanome adjuvant

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

Le remboursement est limité aux stades suivants:

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

Le traitement adjuvant par le tramétinib en association avec le dabrafénib doit être commencé dans les 15 semaines suivant le début de la résection. Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

Sur demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise, Novartis Pharma Suisse SA rembourse 42.90% du prix de fabrique pour chaque emballage de MEKINIST remis et 31.58% du prix de fabrique de chaque emballage de TAFINLAR remis. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20115.02

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2026

#### Cancer bronchique non à petites cellules métastatique

Le tramétinib en association avec le dabrafénib est remboursé pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (NSCLC; non-small cell lung cancer) métastatique exprimant la mutation BRAF V600E. Les patients doivent avoir une espérance de vie d'au moins 3 mois. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil. Le traitement est remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Sur demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise, Novartis Pharma Suisse SA rembourse 54.67% du prix de fabrique pour chaque emballage de MEKINIST remis et 54.67% du prix de fabrique de chaque emballage de TAFINLAR remis. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20115.03

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>SKYRIZI</b>	AbbVie AG	071500			
sol inj 150 mg/ml ser pré 1 pce			20922	3408.60	3085.45
sol inj 150 mg/ml ser pré 1 pce			21327	3408.60	3085.45
sol inj 360 mg/2.4 ml cartouche 1 pce			21718	2581.05	2297.30
conc perf 600 mg/10 ml flac 1 pce			21719	2581.05	2297.30

Vieille limitation

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

#### Formes sévères de psoriasis en plaque

Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas eu d'effet thérapeutique. Si aucun résultat thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement, celui-ci doit être interrompu.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20922.01.

#### Arthrite psoriasique:

Traitement de patients adultes souffrant d'arthrite psoriasique active, seuls ou en association avec des antirhumatismes modificateurs de la maladie systémiques conventionnels (csDMARD), qui n'ont pas répondu suffisamment à un traitement préalable par un ou plusieurs csDMARD ou qui ne l'ont pas toléré.

AbbVie AG rembourse à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de l'achat, à la demande de ce dernier, une part de Fr. 243.93 par emballage, pour chaque boîte de SKYRIZI achetée pour le traitement de l'arthrite psoriasique. La TVA ne peut pas être récupérée en plus des montants de remboursement. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du moment de l'administration du médicament.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20922.02.

Nouvelle limitation

#### Formes sévères de psoriasis en plaque (seulement dosage à 150 mg)

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

Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas eu d'effet thérapeutique. Si aucun résultat thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement, celui-ci doit être interrompu.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20922.01

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

#### Arthrite psoriasique (seulement dosage à 150 mg)

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

Traitement de patients adultes souffrant d'arthrite psoriasique active, seuls ou en association avec des antirhumatismes modificateurs de la maladie systémiques conventionnels (csDMARD), qui n'ont pas répondu suffisamment à un traitement préalable par un ou plusieurs csDMARD ou qui ne l'ont pas toléré.

Le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise du médicament, et ce dès la première demande, pour le premier emballage de SKYRIZI 150 mg remis pour le traitement de l'arthrite psoriasique une part de Fr. 410.70 (valable à partir du 01.12.2023). Le remboursement de la TVA 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'assurance-maladie: 20922.02

#### Maladie de Crohn (dosages à 360 mg et 600 mg)

Seuls des médecins spécialistes en gastroentérologie ou des services de gastroentérologie des hôpitaux universitaires/policliniques peuvent prescrire ce médicament.

Pour le traitement de patients adultes atteints de maladie de Crohn modérée à sévère ayant présenté une réponse insuffisante à un traitement conventionnel ou à un médicament biologique, n'y répondant plus ou présentant une intolérance.

En cas de non-réponse après 12 semaines, SKYRIZI doit être arrêté.

La poursuite du traitement par SKYRIZI au-delà d'une année nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21718.03

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

<b>TEGSEDI</b> sol inj 284 mg/1.5 ml 4 ser pré 1.5 ml	Swedish Orphan Biovitrum AG	019900	21287	21556.00	20790.25
--	-----------------------------	--------	-------	----------	----------

#### Vieille limitation

Dans le traitement en monothérapie de l'hATTR chez le patient symptomatique (score PND  $\geq$  I et  $\leq$  IIIb ou FAP  $>$  0 et  $\leq$  2) présentant une mutation TTR pathogène héréditaire (amyloïdose hATTR) et une manifestation polyneuropathique primaire (polyneuropathie stades 1 et 2, score NIS entre 5 et 130) avec début confirmée de la maladie. Il est impératif d'examiner les autres causes possibles de neuropathie périphérique, telles que le diabète ou la carence en vitamine B12. En présence d'autres causes de polyneuropathie, il doit être démontré que malgré le traitement adéquat de ces causes, la polyneuropathie a continué à évoluer.

#### Avant le début du traitement:

Avant de pouvoir initier le traitement dans un centre de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), le patient doit être informé par écrit des critères de remboursement (y compris des critères d'arrêt du traitement).

Un centre de référence pour l'amyloïdose doit, après consultation préalable du médecin-conseil, obtenir une garantie de prise en charge des frais auprès de l'assurance-maladie avant de commencer le traitement. L'assurance-maladie ne peut accorder une garantie de prise en charge des frais que si le neurologue traitant (pour une demande initiale de prise en charge des frais : le neurologue d'un centre de référence, pour les demandes ultérieures de prise en charge des frais : le neurologue d'un centre neuromusculaire en coopération avec un centre de référence ou le neurologue d'un centre de référence) – avec autorisation du patient acceptant le recueil de ses données dans le registre existant – enregistre en continu tout au long du traitement les données pertinentes pour le remboursement dans le registre existant du centre de référence ou les fait enregistrer et confirme l'enregistrement au médecin-conseil dans le cadre de la demande de prise en charge des frais.

Si un patient ne consent pas à l'enregistrement de ses données dans le registre existant, il convient de l'indiquer. Sur demande, les données utilisées pour prendre la décision quant à la poursuite ou à l'interruption d'un traitement doivent être envoyées au médecin-conseil.

Le traitement doit être instauré dans un centre de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois). Le traitement de l'hATTR chez des patients symptomatiques ayant un indice de performance de Karnofsky  $\geq$  60% avec une manifestation polyneuropathique primaire peut être initié si le score NIS est  $\geq$  5 et le score PND se situe entre  $\geq$  I et  $\leq$  IIIb et si le patient ne souffre pas d'insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV et présente une espérance de vie d'au moins 2 ans.

#### Poursuite du traitement:

Le traitement peut également être poursuivi dans un centre neuromusculaire qui a rejoint le réseau suisse de l'amyloïdose et coopère avec l'un des centres de référence. Des évaluations doivent avoir lieu au moins une fois par année dans un centre de référence.

Le traitement peut être poursuivi si une réponse a pu être observée au bout d'un an et si les critères suivants sont remplis:

- Augmentation du score NIS  $\leq$  10 points
- Pas d'augmentation du score PND.

Lors d'un traitement au long cours, la prise de Tegsedi peut être poursuivie à condition que l'augmentation du score NIS soit  $\leq$  10 points par an et que le score PND n'ait pas augmenté de plus d'un stade (une augmentation du score PND IIIa au score PND IIIb correspond à un stade) dans les 12 mois. Si le score PND atteint le stade IV, le traitement doit être arrêté. L'activité de la maladie et l'effet thérapeutique doivent être évalués tous les 6 mois dans un centre de référence ou un centre neuromusculaire.

#### Arrêt du traitement:

Le traitement doit être arrêté si

- la maladie progresse sous Tegsedi jusqu'au stade FAP 3 correspondant au stade IV du score PND (patients ayant besoin d'un fauteuil roulant);
- l'on constate, sous Tegsedi, une progression s'accompagnant d'une augmentation du score NIS de  $>$  10 points et d'une augmentation du score PND ainsi que d'une détérioration d'au moins 2 des paramètres suivants dans un intervalle de 12 mois:
  - Score composite ENMG:  $>$  50% de diminution par an de l'amplitude par rapport à la situation initiale (Score composite moteur + sensoriel), ESC (Somme de scores pieds et mains)  $>$  25% de diminution
  - Test de marche de 6 minutes (réduction cliniquement significative de la distance parcourue)
  - Perte de poids involontaire
  - Augmentation des troubles gastro-intestinaux (par exemple en cas de constipation / diarrhée de  $<$  2 fois par semaine à  $>$  3 fois par semaine, ou en cas de constipation / diarrhée  $>$  2 fois par semaine à tous les jours) après exclusion des autres causes
  - Problèmes urinaires (augmentation de la rétention urinaire jusqu'à l'incontinence urinaire permanente) après exclusion des autres causes
  - Détérioration cliniquement significative de la qualité de vie (par exemple, en utilisant le questionnaire sur la QdV-ND de Norfolk)
- le patient développe une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV malgré un traitement optimal de l'insuffisance cardiaque.

Les patients hATTR présentant une manifestation cardiomyopathique primaire et les patients présentant une forme de type sauvage (sans mutation du gène TTR) ne peuvent bénéficier du remboursement du traitement par Tegsedi.

Si le traitement par Tegsedi ou par un autre oligonucléotide ou un pARNi doit être interrompu en raison d'une efficacité insuffisante (voir les critères d'arrêt du traitement ci-dessus), toute nouvelle tentative de traitement par Tegsedi, ou par un autre oligonucléotide ou un pARNi ne sera plus remboursée.

Sur demande de l'assurance-maladie de l'assuré au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation, Swedish Orphan Biovitrum AG, remboursera un montant fixe du prix ex-factory pour chaque boîte de Tegsedi achetée. Il informera l'assureur-maladie du montant correspondant qui sera remboursé en fonction du prix ex-factory par boîte. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette partie du prix ex-factory. La demande de remboursement doit être effectuée à partir de la date de l'administration.



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

Nouvelle limitation

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2024

Dans le traitement en monothérapie de l'hATTR chez le patient symptomatique (score PND  $\geq$  I et  $\leq$  IIIb ou FAP  $>$  0 et  $\leq$  2) présentant une mutation TTR pathogène héréditaire (amyloïdose hATTR) et une manifestation polyneuropathique primaire (polyneuropathie stades 1 et 2, score NIS entre 5 et 130) avec début confirmée de la maladie. Il est impératif d'examiner les autres causes possibles de neuropathie périphérique, telles que le diabète ou la carence en vitamine B12. En présence d'autres causes de polyneuropathie, il doit être démontré que malgré le traitement adéquat de ces causes, la polyneuropathie a continué à évoluer.

#### Avant le début du traitement:

Avant de pouvoir initier le traitement dans un centre de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), le patient doit être informé par écrit des critères de remboursement (y compris des critères d'arrêt du traitement).

Un centre de référence pour l'amyloïdose doit, après consultation préalable du médecin-conseil, obtenir une garantie de prise en charge des frais auprès de l'assurance-maladie avant de commencer le traitement. L'assurance-maladie ne peut accorder une garantie de prise en charge des frais que si le neurologue traitant (pour une demande initiale de prise en charge des frais : le neurologue d'un centre de référence, pour les demandes ultérieures de prise en charge des frais : le neurologue d'un centre neuromusculaire en coopération avec un centre de référence ou le neurologue d'un centre de référence) – avec autorisation du patient acceptant le recueil de ses données dans le registre existant – enregistre en continu tout au long du traitement les données pertinentes pour le remboursement dans le registre existant du centre de référence ou les fait enregistrer et confirme l'enregistrement au médecin-conseil dans le cadre de la demande de prise en charge des frais.

Si un patient ne consent pas à l'enregistrement de ses données dans le registre existant, il convient de l'indiquer. Sur demande, les données utilisées pour prendre la décision quant à la poursuite ou à l'interruption d'un traitement doivent être envoyées au médecin-conseil.

Le traitement doit être instauré dans un centre de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois). Le traitement de l'hATTR chez des patients symptomatiques ayant un indice de performance de Karnofsky  $\geq$  60% avec une manifestation polyneuropathique primaire peut être initié si le score NIS est  $\geq$  5 et le score PND se situe entre  $\geq$  I et  $\leq$  IIIb et si le patient ne souffre pas d'insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV et présente une espérance de vie d'au moins 2 ans.

#### Poursuite du traitement:

Le traitement peut également être poursuivi dans un centre neuromusculaire qui a rejoint le réseau suisse de l'amyloïdose et coopère avec l'un des centres de référence. Des évaluations doivent avoir lieu au moins une fois par année dans un centre de référence.

Le traitement peut être poursuivi si une réponse a pu être observée au bout d'un an et si les critères suivants sont remplis:

- Augmentation du score NIS  $\leq$  10 points
- Pas d'augmentation du score PND.

Lors d'un traitement au long cours, la prise de Tegsedi peut être poursuivie à condition que l'augmentation du score NIS soit  $\leq$  10 points par an et que le score PND n'ait pas augmenté de plus d'un stade (une augmentation du score PND IIIa au score PND IIIb correspond à un stade) dans les 12 mois. Si le score PND atteint le stade IV, le traitement doit être arrêté. L'activité de la maladie et l'effet thérapeutique doivent être évalués tous les 6 mois dans un centre de référence ou un centre neuromusculaire.

#### Arrêt du traitement:

Le traitement doit être arrêté si

- la maladie progresse sous Tegsedi jusqu'au stade FAP 3 correspondant au stade IV du score PND (patients ayant besoin d'un fauteuil roulant);
- l'on constate, sous Tegsedi, une progression s'accompagnant d'une augmentation du score NIS de  $>$  10 points et d'une augmentation du score PND ainsi que d'une détérioration d'au moins 2 des paramètres suivants dans un intervalle de 12 mois:
  - Score composite ENMG:  $>$  50% de diminution par an de l'amplitude par rapport à la situation initiale (Score composite moteur + sensoriel), ESC (Somme de scores pieds et mains)  $>$  25% de diminution
  - Test de marche de 6 minutes (réduction cliniquement significative de la distance parcourue)
  - Perte de poids involontaire
  - Augmentation des troubles gastro-intestinaux (par exemple en cas de constipation / diarrhée de  $<$  2 fois par semaine à  $>$  3 fois par semaine, ou en cas de constipation / diarrhée  $>$  2 fois par semaine à tous les jours) après exclusion des autres causes
  - Problèmes urinaires (augmentation de la rétention urinaire jusqu'à l'incontinence urinaire permanente) après exclusion des autres causes
  - Détérioration cliniquement significative de la qualité de vie (par exemple, en utilisant le questionnaire sur la QdV-ND de Norfolk)
- le patient développe une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV malgré un traitement optimal de l'insuffisance cardiaque.

Les patients hATTR présentant une manifestation cardiomyopathique primaire et les patients présentant une forme de type sauvage (sans mutation du gène TTR) ne peuvent bénéficier du remboursement du traitement par Tegsedi.

Si le traitement par Tegsedi ou par un autre oligonucléotide ou un pARNi doit être interrompu en raison d'une efficacité insuffisante (voir les critères d'arrêt du traitement ci-dessus), toute nouvelle tentative de traitement par Tegsedi, ou par un autre oligonucléotide ou un pARNi ne sera plus remboursée.

Sur demande de l'assurance-maladie de l'assuré au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation, Swedish Orphan Biovitrum AG, remboursera Fr. 3'460.70 sur le prix de fabrique pour chaque boîte de Tegsedi achetée. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette partie du prix ex-factory. La demande de remboursement doit être effectuée à partir de la date de l'administration.

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

<b>VEKLURY</b> subst sèche 100 mg flac 1 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	21439	453.20	380.50
---	----------------------------------	--------	-------	--------	--------

#### Vieille limitation

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.

#### Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.12.2026

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 et les patients pédiatriques (âgés d'au moins 4 semaines et pesant au moins 3 kg) présentant une pneumonie exigeant un apport d'oxygène supplémentaire (oxygène à bas ou haut débit ou autre ventilation non invasive au début du traitement)
- pour le traitement précoce (dans les 5 jours qui suivent l'apparition des symptômes, excepté chez les personnes immunodéprimées) chez les adultes et les patients pédiatriques (pesant au moins 40 kg) qui ne nécessitent pas un apport supplémentaire d'oxygène ou une hospitalisation en raison de la COVID-19 et présentent un risque accru d'une évolution sévère de la COVID-19 selon les directives en vigueur de la Société Suisse d'Infectiologie (SSI) (<https://www.sginf.ch/guidelines/guidelines-overview.html>).

Pour le traitement ambulatoire précoce des patients à haut risque qui ne nécessitent pas un apport d'oxygène supplémentaire ou une hospitalisation en raison de la COVID-19, au maximum une dose de 400 mg pendant 3 jours est remboursée (jour 1: 200 mg, jour 2: 100 mg; jour 3: 100 mg).

Le traitement ambulatoire doit être instauré par des centres spécialisés ou des hôpitaux universitaires (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/heilmittel/COVID-19/liste-kant-zentren-mak-covid-2021.pdf.download.pdf/Liste%20der%20kantonalen%20Zentren.pdf>).

<b>ZIRABEV</b>	Pfizer AG	071610			
conc perf 100 mg/4 ml vial 4 ml			21090	312.10	257.57
conc perf 400 mg/16 ml vial 16 ml			21090	1117.50	962.84

#### Limitation alt

##### Carcinome colorectal

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.01.

##### Carcinome pulmonaire

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.02.

##### Carcinome rénal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome rénal avancé et/ou métastatique et ayant subi une néphrectomie, en association avec l'interféron alpha-2a. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Pfizer SA rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

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

Déroulement du remboursement:

- Le fournisseur de prestations demande la prise en charge des coûts auprès de l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil à qui on communique le diagnostic, le poids du patient et la posologie.
  - L'assureur-maladie confirme la prise en charge des frais au fournisseur de prestations.
  - Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
  - L'assureur-maladie règle l'intégralité du montant facturé au fournisseur de prestations. Dans le cadre du système «tiers garant», l'assureur-maladie rembourse à l'assuré l'intégralité des coûts liés au médicament. L'assureur-maladie prélève une éventuelle participation aux coûts uniquement sur le montant après remboursement. Il ne résultera aucun coût additionnel pour la personne assurée.
  - L'assureur facture à Pfizer SA le montant du remboursement par mg.
  - Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Zirabev, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
  - Si l'assuré change d'assureur, le service de médecine-conseil peut demander les données relatives au traitement en cours auprès de l'assureur précédent.
- Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.03.

#### Carcinome mammaire

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel. Dans cette indication, sur demande de l'assureur-maladie chez qui la personne était assurée au moment de l'achat, Pfizer SA rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg de Zirabev. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Déroulement du remboursement:

- Le fournisseur de prestations demande la prise en charge des coûts auprès de l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil à qui on communique le diagnostic, le poids du patient et la posologie.
  - L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
  - Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
  - L'assureur-maladie règle l'intégralité du montant facturé au fournisseur de prestations. Dans le cadre du système «tiers garant», l'assureur-maladie rembourse à l'assuré l'intégralité des coûts liés au médicament. L'assureur-maladie prélève une éventuelle participation aux coûts uniquement sur le montant après remboursement. Il ne résultera aucun coût additionnel pour la personne assurée.
  - L'assureur facture à Pfizer SA le montant du remboursement par mg.
  - Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Zirabev, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
  - Si l'assuré change d'assureur, le service de médecine-conseil peut demander les données relatives au traitement en cours auprès de l'assureur précédent.
- Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.04.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

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

Traitement en association avec Lynparza (olaparib)

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement d'entretien en association avec le Lynparza (olaparib) dans le cancer séreux de haut grade de l'ovaire de stade avancé (stades FIGO III et IV) avec une mutation du gène BRCA ou une autre déficience de recombinaison homologue (HRD) associée à une instabilité génomique (test Myriad myChoice CDx avec un score d'instabilité génomique (GIS)  $\geq 42$  ou un autre test validé avec un seuil équivalent) chez les patientes en rémission complète ou partielle suite à une première ligne de chimiothérapie à base de platine et de taxane associée au bévacicumab.

Dans les conditions suivantes:

- Pas de preuve clinique de progression ou taux de CA-125 en augmentation après la fin de la chimiothérapie.
- Au moins 6 cycles et jusqu'à maximum 9 cycles de chimiothérapie à base de platine et de taxane (au moins 4 cycles en cas de toxicité non hématologique due au platine).
- Au moins 3 cycles de bévacicumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine. En cas de chirurgie cytoréductrice d'intervalle, les patientes ne peuvent recevoir que deux cycles de bévacicumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine.
- Le traitement par bévacicumab peut être administré pendant une durée totale maximale de 15 mois (incluant la période d'administration avec la chimiothérapie).

Pour l'association de Zirabev avec Lynparza (olaparib), une part fixe du prix départ usine doit être remboursée à l'assurance-maladie pour chaque emballage de Zirabev acheté et chaque emballage de Lynparza acheté.

À la première demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne concernée est assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation de Zirabev rembourse à cette caisse une part fixe du prix départ usine pour tout emballage de Zirabev acheté et utilisé en association avec Lynparza. Le titulaire de l'autorisation communique le montant du remboursement à l'assurance-maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.08.

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

#### Carcinome Ovarien

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

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

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.05.

#### Cancer du col utérin

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.06

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2026

#### Glioblastome

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.07.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

#### ZIRABEV en association avec l'atezolizumab (TECENTRIQ) pour le traitement du carcinome hépatocellulaire inopérable ou métastatique (CHC)

Les critères de remboursement correspondants s'appliquent conformément à la limitation de l'atezolizumab (voir limitation TECENTRIQ). En ce qui concerne le remboursement de ZIRABEV dans cette indication respecter également la limitation suivante:

Le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur première demande de celui-ci, une part définie du prix départ usine pour chaque boîte de ZIRABEV en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Pfizer AG indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévécizumab. Les parts de remboursement correspondent à la différence entre les prix publiés et les prix économiques. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à compter de la date d'administration du traitement.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21090.09.

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

### VII. Limitation de la nouvelle admission

<b>LUTATHERA</b> sol perf 370 MBq/ml fl 1 pce	Advanced Accelerator Applications International SA	170200	21181	20077.55	19347.84
--	---	--------	-------	----------	----------

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

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

Lutathera est remboursé chez l'adulte pour le traitement des tumeurs neuroendocrines gastroentéropancréatiques (TNE GEP) au stade métastatique ou inopérables et progressives, bien différenciées (G1 et G2) et exprimant des récepteurs de la somatostatine.

Au maximum 4 administrations de Lutathera sont remboursées.

<b>ONPATTRO</b> conc perf 10mg/5ml flac 5ml	Alnylam Switzerland GmbH	019900	20959	9372.50	8903.91
--	--------------------------	--------	-------	---------	---------

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

Dans le traitement en monothérapie de l'hATTR chez le patient symptomatique (score PND  $\geq$  I et  $\leq$  IIIb ou FAP  $>$  0 et  $\leq$  2) présentant une mutation TTR pathogène héréditaire (amyloïdose hATTR) et une manifestation polyneuropathique primaire (polyneuropathie stades 1 et 2, score NIS entre 5 et 130) avec début confirmée de la maladie. Il est impératif d'examiner les autres causes possibles de neuropathie périphérique, telles que le diabète ou la carence en vitamine B12. En présence d'autres causes de polyneuropathie, il doit être démontré que malgré le traitement adéquat de ces causes, la polyneuropathie a continué à évoluer.

#### Avant le début du traitement:

Avant de pouvoir initier le traitement dans un centre de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), le patient doit être informé par écrit des critères de remboursement (y compris des critères d'arrêt du traitement).

Un centre de référence pour l'amyloïdose doit, après consultation préalable du médecin-conseil, obtenir une garantie de prise en charge des frais auprès de l'assurance-maladie avant de commencer le traitement. L'assurance-maladie ne peut accorder une garantie de prise en charge des frais que si le neurologue traitant (pour une demande initiale de prise en charge des frais : le neurologue d'un centre de référence, pour les demandes ultérieures de prise en charge des frais : le neurologue d'un centre neuromusculaire en coopération avec un centre de référence ou le neurologue d'un centre de référence) enregistre en continu tout au long du traitement les données pertinentes pour le remboursement dans le registre existant du centre de référence ou les fait enregistrer et confirme l'enregistrement au médecin-conseil dans le cadre de la demande de prise en charge des frais.

Sur demande, les données utilisées pour prendre la décision quant à la poursuite ou à l'interruption d'un traitement doivent être envoyées au médecin-conseil. Si un patient ne consent pas à l'enregistrement de ses données dans le registre existant, il convient de l'indiquer.

Le traitement doit être instauré dans un centre de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois).

Le traitement de l'hATTR chez des patients symptomatiques ayant un indice de performance de Karnofsky  $\geq$  60% avec une manifestation polyneuropathique primaire peut être initié si le score NIS est  $\geq$  5 et le score PND se situe entre  $\geq$  I et  $\leq$  IIIb et si le patient ne souffre pas d'insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV et présente une espérance de vie d'au moins 2 ans.

#### Poursuite du traitement:

Le traitement peut également être poursuivi dans un centre neuromusculaire qui a rejoint le réseau suisse de l'amyloïdose et coopère avec l'un des centres de référence. Des évaluations doivent avoir lieu au moins une fois par année dans un centre de référence.

Le traitement peut être poursuivi si une réponse a pu être observée au bout d'un an et si les critères suivants sont remplis:

- Augmentation du score NIS  $\leq$  10 points
- Pas d'augmentation du score PND.

Lors d'un traitement au long cours, la prise d'Onpattro peut être poursuivie à condition que l'augmentation du score NIS soit  $\leq$  10 points par an et que le score PND n'ait pas augmenté de plus d'un stade (une augmentation du score PND IIIa au score PND IIIb correspond à un stade) dans les 12 mois. Si le score PND atteint le stade IV, le traitement doit être arrêté. L'activité de la maladie et l'effet thérapeutique doivent être évalués tous les 6 mois dans un centre de référence ou un centre neuromusculaire.

#### Arrêt du traitement:

Le traitement doit être arrêté si

- la maladie progresse sous Onpattro jusqu'au stade FAP 3 correspondant au stade IV du score PND (patients ayant besoin d'un fauteuil roulant);
- l'on constate, sous Onpattro, une progression s'accompagnant d'une augmentation du score NIS de  $>$  10 points et d'une augmentation du score PND ainsi que d'une détérioration d'au moins 2 des paramètres suivants dans un intervalle de 12 mois:
  - Score composite ENMG:  $>$  50% de diminution par an de l'amplitude par rapport à la situation initiale (Score composite moteur + sensoriel), ESC (Somme de scores pieds et mains)  $>$  25% de diminution
  - Test de marche de 6 minutes (réduction cliniquement significative de la distance parcourue)
  - Perte de poids involontaire
  - Augmentation des troubles gastro-intestinaux (par exemple en cas de constipation / diarrhée de  $<$  2 fois par semaine à  $>$  3 fois par semaine, ou en cas de constipation / diarrhée  $>$  2 fois par semaine à tous les jours) après exclusion des autres causes
  - Problèmes urinaires (augmentation de la rétention urinaire jusqu'à l'incontinence urinaire permanente) après exclusion des autres causes
  - Détérioration cliniquement significative de la qualité de vie (par exemple, en utilisant le questionnaire sur la QdV-ND de Norfolk)
- le patient développe une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV malgré un traitement optimal de l'insuffisance cardiaque.

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

Les patients hATTR présentant une manifestation cardiomyopathique primaire et les patients présentant une forme de type sauvage (sans mutation du gène TTR) ne peuvent bénéficier du remboursement du traitement par Onpattro.

Sur demande de l'assurance-maladie de l'assuré au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation, Alnylam Switzerland GmbH, remboursera un montant fixe du prix ex-factory pour chaque boîte d'Onpattro achetée. Il informera l'assureur-maladie du montant correspondant qui sera remboursé en fonction du prix ex-factory par flacon. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette partie du prix ex-factory. La demande de remboursement doit être effectuée à partir de la date de l'administration.

En outre, le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assurance-maladie de l'assuré au moment de l'achat, la totalité du montant à hauteur du prix ex-factory pour le nombre de flacons dépassant un nombre fixe de flacons par année civile et par patient.

Il informe l'assureur-maladie du nombre de flacons par patient et par année civile à partir duquel le titulaire de l'autorisation rembourse le prix ex-factory par flacon. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de ce montant (basé sur les prix ex-factory). Le remboursement du nombre de flacons dépassant le nombre limite par année civile doit être effectué rétroactivement par année civile (date-butoir fixée au 31 décembre) et, si nécessaire, au prorata (première année de traitement, année d'arrêt du traitement).

<b>VYNDAQEL</b> caps 61 mg blist 30 pce	Pfizer AG	019900	21057	11 126.25	10614.89
--	-----------	--------	-------	-----------	----------

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

Traitement de patients atteints de cardiomyopathie amyloïde à transthyrétine (ATTR-CM) de type sauvage ou héréditaire au stade NYHA I à II ayant déjà été hospitalisés au moins une fois pour une insuffisance cardiaque et/ou un épisode d'insuffisance cardiaque symptomatique documentée.

Les patients atteints de hATTR avec une manifestation principalement polyneuropathique n'ont pas droit au remboursement d'un traitement avec VYNDAQEL.

Le diagnostic de cardiomyopathie amyloïde ATTR doit être posé de la façon suivante : scintigraphie osseuse positive (score de Perugini de 2 à 3), échocardiographie positive (par ex. profil typique de strain) avec exclusion simultanée d'une amyloïdose AL (exclusion d'une gammopathie monoclonale par la mesure des chaînes légères libres dans le sérum et par électrophorèse avec immunofixation dans le sérum et l'urine).

En cas de résultat peu clair/peu sûr de la scintigraphie ou/et de défaut d'une exclusion claire de l'amyloïdose AL ou/et de résultat non manifeste de l'imagerie cardiaque, il faut pratiquer une biopsie avec mise en évidence histologique de l'amyloïde-transthyrétine.

#### Avant le début du traitement:

La pose du diagnostic de cardiomyopathie amyloïde à transthyrétine, la prescription et la surveillance du traitement avec VYNDAQEL ne peuvent se faire que par une équipe interdisciplinaire de médecins spécialistes, dans un centre de formation continue en cardiologie certifié de catégorie A: Hôpital cantonal d'Aarau, Hôpital universitaire de Bâle, Inselspital Berne, Hôpital cantonal de Fribourg, HUG Genève, CHUV Lausanne, Hôpital cantonal de Lucerne, Istituto Cardiocentro Ticino Lugano, Hôpital cantonal de St. Gall, Hôpital municipal Triemli Zurich, Clinique Hirslanden Zurich, Hôpital universitaire de Zurich.

Avant que le traitement puisse être instauré, le patient doit être informé par écrit des critères de remboursement (y compris des critères d'arrêt du traitement).

Avant le début du traitement, une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie doit être obtenue après consultation préalable du médecin-conseil.

Les critères d'inclusion suivants de l'étude ATTR-ACT doivent être remplis de façon cumulée pour qu'un traitement par VYNDAQEL puisse commencer:

- Concentration de NT-pro BNP  $\geq$  600 pg/ml
- Distance au test de marche de 6 minutes  $>$  100 mètres
- Une espérance de vie de 2 ans au minimum (dans l'étude ATTR-ACT, ce critère s'est avéré procurer un avantage en termes de mortalité après un traitement par tafamidis d'une durée de 18 mois environ).

VYNDAQEL n'est pas remboursé chez les patients qui ont des antécédents de transplantation hépatique ou cardiaque, chez les patients chez lesquels des «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BiVAD) ont été implantés ou chez les patients souffrant d'insuffisance rénale (débit de filtration glomérulaire  $<$  25 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).

VYNDAQEL ne doit pas être combiné avec d'autres médicaments spécifiques pour le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine (par ex. Patisiran, Inotersen).

La posologie dans la cardiomyopathie amyloïde à transthyrétine (ATTR-CM) est fixée à une dose de 61 mg par jour.

La posologie de VYNDAQEL de 4x20 mg par jour n'est pas remboursée par l'AOS.

#### Poursuite du traitement:

Documentation du stade NYHA, NT-proBNP, test de marche de 6 minutes, hospitalisations dues à une insuffisance cardiaque et consommation de diurétiques avant le début du traitement et régulièrement pendant le traitement avec VYNDAQEL (au minimum tous les 6 mois) ainsi qu'échocardiographie transthoracique (au minimum tous les 12 mois).

Contrôle régulier de l'efficacité du traitement.

#### Arrêt du traitement:

Le traitement doit être arrêté si l'ATTR-CM entraîne

- une détérioration clinique substantielle pendant 6 mois (par ex. hospitalisations répétées pour décompensation cardiaque);
- une baisse des performances pendant 6 mois, associée à une élévation de NT-proBNP et à une augmentation de la consommation de diurétiques
- si le patient développe une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV malgré un traitement optimal
- une réduction cliniquement significative de la distance de marche au test de marche de 6 minutes
- une transplantation cardiaque ou hépatique
- l'implantation de «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BiVAD)

Pour chaque emballage de 30 capsules molles de VYNDAQEL de 61 mg, la titulaire de l'autorisation, Pfizer AG, rembourse sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat un pourcentage fixe du prix de fabrication. Elle informe l'assureur-maladie du montant correspondant qui est remboursé sur la base du prix de fabrication pour chaque emballage de VYNDAQEL 30 capsules molles de 61 mg. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être déposée dès l'administration. Adresse du contact : [pfizer-rueckverguetung@pfizer.com](mailto:pfizer-rueckverguetung@pfizer.com)

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

<b>IMFINZI</b>	AstraZeneca AG	071610			
conc perf 120 mg flac 2.4 ml			20791	610.05	517.13
conc perf 500 mg flac 10 ml			20791	2424.70	2154.71

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2026

#### 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  $\geq 2$  cycles de chimiothérapie à base de platine plus une radiothérapie concomitante, âge  $\geq 18$  ans ainsi qu'une espérance de vie résiduelle estimée à  $\geq 12$  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 30.11.2026

#### 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

<b>LYNPARZA</b>	AstraZeneca AG	071610			
cpr pell 100 mg blist 112 pce			20852	5289.85	4920.82
cpr pell 150 mg blist 112 pce			20852	5289.85	4920.82

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

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

##### Monothérapie

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

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20852.01

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

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

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

##### Traitement en association avec le bévacicumab

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie, et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Pour le traitement d'entretien en association avec le bévacicumab dans le cancer sévère de haut grade de l'ovaire de stade avancé (stades FIGO III et IV) avec une mutation du gène BRCA ou une autre déficience de recombinaison homologue (HRD) associée à une instabilité génomique (test Myriad myChoice CDx avec un score d'instabilité génomique [GIS]  $\geq 42$  ou un autre test validé avec un seuil équivalent) chez les patientes en rémission complète ou partielle suite à une première ligne de chimiothérapie à base de platine et de taxane associée au bévacicumab.

Dans les conditions suivantes:

- Pas de signe clinique de progression ou taux de CA-125 en augmentation après la fin de la chimiothérapie.
- Au moins 6 cycles et jusqu'à maximum 9 cycles de chimiothérapie à base de platine et de taxane (au moins 4 cycles en cas de toxicité non hématologique due au platine).
- Au moins 3 cycles de bévacicumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine. En cas de chirurgie cytoréductrice d'intervalle, les patientes ne peuvent recevoir que deux cycles de bévacicumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine.
- Le traitement par bévacicumab peut être administré pendant une durée totale maximale de 15 mois (incluant la période d'administration avec la chimiothérapie).
- Le traitement par Lynparza est maintenu jusqu'à la progression de la maladie.
- Pour les patientes en rémission complète (aucune tumeur mise en évidence par radiographie) après 2 ans, la durée maximale de remboursement du traitement est de 24 mois.

En cas de rechute, toutes reprises du traitement pour des lignes de traitement supérieures sont exclues du remboursement.

Pour l'association de Lynparza avec le bévacicumab, une part fixe du prix départ usine doit être remboursée à l'assureur-maladie pour chaque emballage de Lynparza acheté et chaque emballage de bévacicumab acheté.

À la première demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne concernée est assurée au moment de l'achat, la titulaire de l'autorisation de Lynparza rembourse à cet assureur une part fixe du prix départ usine pour tout emballage de Lynparza acheté et utilisé en association avec le bévacicumab. La titulaire de l'autorisation communique le montant du remboursement à l'assureur-maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration du traitement.

Pour une durée de traitement supérieure à 24 mois (à partir du 25<sup>e</sup> mois), la titulaire de l'autorisation rembourse 50% du prix départ usine pour tout emballage supplémentaire de Lynparza acheté, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne concernée était assurée au moment de l'achat.

Le remboursement de la préparation de bévacicumab utilisée en association avec Lynparza est défini dans la limitation de la préparation de bévacicumab. Pour cette indication sont uniquement remboursées les préparations de bévacicumab qui ont été approuvées avec la limitation olaparib en association avec le bévacicumab correspondante.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20852.02

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

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

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

- $\geq 2$  chimiothérapies préalables à base de platine, la dernière de ces chimiothérapies à base de platine avec  $\geq 4$  cycles de thérapie.
- Pas de traitement/traitement d'entretien préalable par des inhibiteurs de PARP. Une exception à cela est un changement lié à la tolérance dans la même ligne de traitement sous inhibiteurs de PARP.
- Le traitement est poursuivi jusqu'à la progression.

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20852.03



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

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

#### Cancer du sein de stade précoce à haut risque

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie et après accord de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil comme monothérapie pour le traitement adjuvant chez des patient(e)s adulte(s) atteint(e)s d'un cancer du sein de stade précoce HER2-négatif à haut risque avec mutation du gène gBRCA dans les conditions suivantes:

- Traitement antérieur néoadjuvant ou adjuvant avec ≥ 6 cycles d'anthracycline et/ou de chimiothérapie à base de taxane.
- Conformité avec les critères de haut risque de l'étude Olympia (voir «Propriétés/Effets» de l'information professionnelle autorisée).
- Pas de traitement/traitement d'entretien antérieur par inhibiteurs de PARP.

Le remboursement est assuré pour 1 an au maximum ou jusqu'à la survenue d'une récurrence de la maladie, selon ce qui se produit en premier lieu.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20852.04

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

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

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20852.05

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

#### Cancer de la prostate

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en urologie ou en oncologie et après accord de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Comme monothérapie chez les patients adultes atteints de cancer de la prostate métastatique résistant à la castration avec mutation du gène gBRCA délétère suspectée ou confirmée (germinale et/ou somatique), dont la maladie a progressé après traitement antérieur par un nouvel agent hormonal.

- Il convient de confirmer une mutation du gène BRCA1/2 (en utilisant de l'ADN tumoral issu d'un prélèvement tissulaire ou de l'ADN germinale) avant le traitement par Lynparza comprimés pelliculés.
- Maintien du traitement jusqu'à la progression.

En cas de rechute, toutes reprises du traitement sont exclues du remboursement.

En cas d'arrêt du traitement dans les 28 jours après instauration du traitement, les coûts de la boîte complète sont remboursés à l'assureur-maladie par le titulaire de l'autorisation. Les arrêts de traitement doivent être communiqués immédiatement à l'assureur-maladie par le médecin traitant.

À la première demande de l'assurance maladie auprès laquelle la personne concernée est assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation de Lynparza rembourse à cet assureur une part fixe du prix départ usine pour tout emballage de Lynparza acheté. Le titulaire de l'autorisation communique le montant du remboursement à l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration du traitement.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20852.06

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>VIII. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2023</b>					
<b>ALIMTA</b> subst sèche 100mg pour sol perf flac 1 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	18262	155.95	121.57
subst sèche 500mg pour sol perf flac 1 pce			18262	714.20	607.85
Vieille limitation Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.					
Nouvelle limitation Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.					
<b>CARNITENE</b> cpr croquer 1g blist 30 pce	Alfasigma Schweiz AG	079900	15343	123.30	93.13
sol buv 1g/10ml 10 fl 10ml			15537	39.00	19.69
Vieille limitation Défauts génétiques des métabolismes protidiques et lipidiques ainsi qu'en cas de carence de la carnitine lors de myopathies et de dialyse chronique.					
Nouvelle limitation Défauts génétiques des métabolismes protidiques et lipidiques ainsi qu'en cas de carence de la carnitine lors de myopathies.					
<b>CARNITENE</b> sol inj 1g/5ml i.v. 5 amp 5ml	Alfasigma Schweiz AG	079900	14954	39.45	20.07
Vieille limitation Défauts génétiques des métabolismes protidiques et lipidiques ainsi qu'en cas de carence de la carnitine lors de myopathies et de dialyse chronique.					
Nouvelle limitation En cas de carence de la carnitine lors de dialyse chronique.					
<b>DECA DURABOLIN</b> sol inj 50mg i.m. amp 1ml	Aspen Pharma Schweiz GmbH	070850	9224	16.55	7.26
Vieille limitation Autorisé exclusivement pour le traitement de l'ostéoporose postménopausale sévère, lorsque d'autres options thérapeutiques ont été épuisées.					
Nouvelle limitation Prise en charge exclusivement pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique sévère, lorsque d'autres options thérapeutiques ont été épuisées.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>GALVUS</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
cpr pell 50 mg 28 pce			18641	27.30	13.06
cpr pell 50 mg 112 pce			18641	76.40	52.25
Vieille limitation					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.					
– En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie:					
– avec la metformine ou					
– une sulfonyleurée (SU) ou					
– une thiazolidinédione (TZD)					
– En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
– En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
Nouvelle limitation					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque un régime alimentaire et une activité physique accrue ne suffisent pas:					
– En monothérapie, pour des patients qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux antérieurs ou qui ne les tolèrent pas.					
– En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie:					
– avec la metformine ou					
– une sulfonyleurée (SU) ou					
– une thiazolidinédione (TZD)					
– En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
– En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
<b>INDIVINA</b>	Orion Pharma AG	070860			
cpr 1 mg/2.5 mg 3 × 28 pce			17546	43.60	23.71
cpr 1 mg/5 mg 3 × 28 pce			17546	43.60	23.71
cpr 2 mg/5 mg 3 × 28 pce			17546	43.60	23.71
Vieille limitation					
Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.					
Nouvelle limitation					
Uniquement pour les patientes qui sont déjà traitées avec ce médicament.					
<b>JANUVIA</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
cpr pell 25 mg 28 pce			18533	47.20	26.82
cpr pell 25 mg 98 pce			18533	124.15	93.85
cpr pell 50 mg 28 pce			18533	47.20	26.82
cpr pell 50 mg 98 pce			18533	124.15	93.85
cpr pell 100 mg 28 pce			18533	47.20	26.82
cpr pell 100 mg 98 pce			18533	124.15	93.85
Vieille limitation					
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 ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.					
– En double association exclusivement avec la metformine ou une sulfonyleurée.					
– En triple association avec une association de metformine et d'une sulfonyleurée.					
– En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) si ces mesures ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
Nouvelle limitation					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque un régime alimentaire et une activité physique accrue ne suffisent pas:					
– En monothérapie, pour des patients qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux antérieurs ou qui ne les tolèrent pas.					
– En double association exclusivement avec la metformine ou une sulfonyleurée, lorsque la metformine ou une sulfonyleurée seules n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
– En triple association avec une association de metformine et d'une sulfonyleurée, lorsque une double association avec ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
– En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) si ces mesures ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>METHREXX</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071060			
sol inj 7.5mg/0.375ml ser prêt 0.375ml			20191	26.95	12.77
sol inj 10mg/0.5ml ser prêt 0.5ml			20191	34.50	15.75
sol inj 12.5mg/0.625ml ser prêt 0.625ml			20191	36.40	17.41
sol inj 15mg/0.75ml ser prêt 0.75ml			20191	37.25	18.16
sol inj 17.5mg/0.875ml ser prêt 0.875ml			20191	39.10	19.77
sol inj 20mg/ml ser prêt 1 pce			20191	39.75	20.33
sol inj 25mg/1.25ml ser prêt 1 pce			20191	42.70	22.92
sol inj 30mg/1.5ml ser prêt 1 pce			20191	44.80	24.75
Nouvelle limitation N'est pas remboursé dans l'indication suivante: Formes légères à modérées de la maladie de Crohn, seul ou en association avec des corticostéroïdes, chez les patients adultes ne répondant pas aux thiopurines ou ne les tolérant pas.					
<b>ONGLYZA</b>	AstraZeneca AG	070620			
cpr 2.5mg 28 pce			19172	55.35	33.91
cpr 2.5mg 98 pce			19172	149.00	115.49
cpr 5mg 28 pce			19172	55.35	33.91
cpr 5mg 98 pce			19172	149.00	115.49
Vieille limitation Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 dont le contrôle de la glycémie est insuffisant avec les traitements oraux ou avec la prise d'insuline pris jusque-là conjointement à un régime alimentaire et une activité physique accrue: - En double association avec - la metformine ou - une sulfonyleurée ou - une thiazolidindione - En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque la metformine et la sulfonyleurée (en tant que combinaison double et dosage maximal toléré) conjointement à un régime alimentaire et une activité physique plus régulière ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie. - En association avec insuline (avec ou sans metformine).					
Nouvelle limitation Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 dont le contrôle de la glycémie est insuffisant avec un régime alimentaire et une activité physique: - En monothérapie, pour des patients qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux antérieurs ou qui ne les tolèrent pas. - En double association avec - la metformine ou - une sulfonyleurée ou - une thiazolidindione, lorsque ces traitements n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie. - En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque la metformine et la sulfonyleurée (en tant que combinaison double et dosage maximal toléré) conjointement à un régime alimentaire et une activité physique plus régulière ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie. - En association avec insuline (avec ou sans metformine), lorsque ces mesures n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
<b>OZEMPIC</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070620			
DualDose sol inj 2mg/1.5ml stylo prêt 1.5ml			20753	120.40	90.58
FixDose sol inj 4mg/3ml (1mg/dose) stylo prêt 3ml			20753	120.40	90.58
Vieille limitation Pour le traitement des patients atteints d'un diabète sucré de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique: - En monothérapie chez les patients présentant une contre-indication avérée ou une intolérance avérée à la metformine. Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 en association avec les options thérapeutiques suivantes, si ces antidiabétiques n'assurent pas un contrôle adéquat de la glycémie: - En double combinaison avec la metformine ou une sulfonyleurée - En triple combinaison avec une combinaison de metformine et d'une sulfonyleurée - En combinaison avec l'insuline basale avec ou sans metformine Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires destinés à une réduction pondérale ne sont pas pris en charge par les assureurs-maladie.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
Nouvelle limitation					
Pour le traitement des patients atteints d'un diabète sucré de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique:					
- En monothérapie chez les patients présentant une contre-indication avérée ou une intolérance avérée à la metformine.					
Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 en association avec les options thérapeutiques suivantes, si ces antidiabétiques n'assurent pas un contrôle adéquat de la glycémie:					
- En double combinaison avec la metformine ou une sulfonylurée					
- En triple combinaison avec une combinaison de metformine et d'une sulfonylurée					
- En combinaison avec l'insuline basale avec ou sans metformine					
Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires destinés à une réduction pondérale ne sont pas pris en charge par les assureurs-maladie.					
Remboursement au maximum d'une dose de 1 mg de sémaglutide par semaine.					
<b>PEMETREXED ACCORD LIQUID</b>	Accord Healthcare AG	071610			
conc perf 100 mg/4ml flac 1 pce			21262	114.10	85.10
conc perf 500 mg/20ml flac 1 pce			21262	504.85	425.50
conc perf 850 mg/34ml flac 1 pce			21262	846.80	723.35
conc perf 1000 mg/40ml flac 1 pce			21262	993.35	851.00
Vieille limitation					
Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.					
Nouvelle limitation					
Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.					
<b>PEMETREXED MYLAN</b>	Viatrix Pharma GmbH	071610			
conc perf 100 mg/4ml flac 1 pce			21263	114.10	85.10
conc perf 500 mg/20ml flac 1 pce			21263	504.85	425.50
conc perf 1000 mg/40ml flac 1 pce			21263	993.35	851.00
Vieille limitation					
Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.					
Nouvelle limitation					
Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.					

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

**PEMETREXED PFIZER**

Pfizer AG

071610

subst sèche 100mg flac 1 pce

21273

114.10

85.10

subst sèche 500mg flac 1 pce

21273

504.85

425.50

## Vieille limitation

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

## Nouvelle limitation

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

**PEMETREXED SANDOZ CONC.**

Sandoz Pharmaceuticals AG

071610

conc perf 100 mg/4ml flac 1 pce

21251

114.10

85.10

conc perf 500 mg/20ml flac 1 pce

21251

504.85

425.50

## Vieille limitation

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

## Nouvelle limitation

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

**PEMETREXED SPIRIG HC**

Spirig HealthCare AG

071610

conc perf 100 mg/4ml flac 1 pce

21256

114.10

85.10

conc perf 500 mg/20ml flac 1 pce

21256

504.85

425.50

conc perf 1000 mg/40 ml flac 1 pce

21256

993.35

851.00

## Vieille limitation

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

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

## Nouvelle limitation

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

<b>PEMETREXED VIATRIS</b>	Viartis Pharma GmbH	071610			
conc perf 100 mg/4ml flac 1 pce			21263	114.10	85.10
conc perf 500 mg/20ml flac 1 pce			21263	504.85	425.50
conc perf 1000 mg/40ml flac 1 pce			21263	993.35	851.00

## Vieille limitation

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

## Nouvelle limitation

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

<b>PEMETREXED ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071060			
conc perf 100 mg/4ml flac 1 pce			21352	114.10	85.10
conc perf 500 mg/20ml flac 1 pce			21352	504.85	425.50
conc perf 1000 mg/40ml flac 1 pce			21352	993.35	851.00

## Vieille limitation

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

## Nouvelle limitation

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>PEMETREXED-TEVA LIQUID</b>	Teva Pharma AG	071610			
conc perf 100 mg/4ml flac 4 ml			21243	114.10	85.10
conc perf 500 mg/20ml flac 20 ml			21243	504.85	425.50
conc perf 850 mg/34ml flac 34 ml			21243	846.80	723.35
conc perf 1000 mg/40 ml flac 40 ml			21243	993.35	851.00
Vieille limitation					
Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.					
Nouvelle limitation					
Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.					
Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.					
<b>SANTURIL</b>	Lipomed AG	071120			
cpr 500 mg blist 30 pce			18342	39.40	20.04
cpr 500 mg blist 100 pce			18342	86.00	60.65
Nouvelle limitation					
Traitement de l'hyperuricémie symptomatique (arthrite goutteuse) chez les patients ne pouvant être traités par d'autres médicaments hypouricémiants.					
<b>SITAGLIPTIN SANDOZ ECO</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
cpr pell 25 mg 28 pce			21541	28.45	14.08
cpr pell 25 mg 98 pce			21541	72.95	49.25
cpr pell 50 mg 28 pce			21541	28.45	14.08
cpr pell 50 mg 98 pce			21541	72.95	49.25
cpr pell 100 mg 28 pce			21541	28.45	14.08
cpr pell 100 mg 98 pce			21541	72.95	49.25
Vieille limitation					
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 ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.					
- En double association exclusivement avec la metformine ou une sulfonylurée.					
- En triple association avec une association de metformine et d'une sulfonylurée.					
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) si ces mesures ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
Nouvelle limitation					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque un régime alimentaire et une activité physique accrue ne suffisent pas:					
- En monothérapie, pour des patients qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux antérieurs ou qui ne les tolèrent pas.					
- En double association exclusivement avec la metformine ou une sulfonylurée, lorsque la metformine ou une sulfonylurée seules n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
- En triple association avec une association de metformine et d'une sulfonylurée, lorsque un double association avec ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) si ces mesures ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					



PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>SITAGLIPTIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	070620			
cpr pell 25 mg 28 pce			21575	28.45	14.08
cpr pell 25 mg 98 pce			21575	72.95	49.25
cpr pell 25 mg 100 pce			21575	74.10	50.26
cpr pell 50 mg 28 pce			21575	28.45	14.08
cpr pell 50 mg 98 pce			21575	72.95	49.25
cpr pell 50 mg 100 pce			21575	74.10	50.26
cpr pell 100 mg 28 pce			21575	28.45	14.08
cpr pell 100 mg 98 pce			21575	72.95	49.25
cpr pell 100 mg 100 pce			21575	74.10	50.26
Vieille limitation					
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 ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.					
- En double association exclusivement avec la metformine ou une sulfonylurée.					
- En triple association avec une association de metformine et d'une sulfonylurée.					
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) si ces mesures ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
Nouvelle limitation					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque un régime alimentaire et une activité physique accrue ne suffisent pas:					
- En monothérapie, pour des patients qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux antérieurs ou qui ne les tolèrent pas.					
- En double association exclusivement avec la metformine ou une sulfonylurée, lorsque la metformine ou une sulfonylurée seules n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
- En triple association avec une association de metformine et d'une sulfonylurée, lorsque un double association avec ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) si ces mesures ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
<b>SITAGLIPTIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	070620			
cpr pell 25 mg 28 pce			21574	28.45	14.08
cpr pell 25 mg 98 pce			21574	72.95	49.25
cpr pell 50 mg 28 pce			21574	28.45	14.08
cpr pell 50 mg 98 pce			21574	72.95	49.25
cpr pell 100 mg 28 pce			21574	28.45	14.08
cpr pell 100 mg 98 pce			21574	72.95	49.25
Vieille limitation					
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 ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.					
- En double association exclusivement avec la metformine ou une sulfonylurée.					
- En triple association avec une association de metformine et d'une sulfonylurée.					
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) si ces mesures ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
Nouvelle limitation					
Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque un régime alimentaire et une activité physique accrue ne suffisent pas:					
- En monothérapie, pour des patients qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux antérieurs ou qui ne les tolèrent pas.					
- En double association exclusivement avec la metformine ou une sulfonylurée, lorsque la metformine ou une sulfonylurée seules n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
- En triple association avec une association de metformine et d'une sulfonylurée, lorsque un double association avec ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) si ces mesures ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie.					
<b>THYROGEN</b>	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070420			
subst sèche 0.9mg flac 2 pce			18467	1059.75	910.20
Vieille limitation					
Pour le dosage de la Tg à 2 reprises chez les patients porteurs d'un carcinome thyroïdien à faible risque. Autres indications après garantie de prise en charge des coûts par le médecin-conseil.					
Utilisation unique pour l'ablation d'un cancer à faible risque.					
Nouvelle limitation					
Pour le dosage de la Tg à 2 reprises chez les patients porteurs d'un carcinome thyroïdien à faible risque. La prise en charge des coûts d'autres applications nécessite l'approbation de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
Utilisation unique pour l'ablation d'un cancer à faible risque.					

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>TRAJENTA</b> cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 90 pce	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	19844 19844	58.65 143.20	36.82 110.44
<p>Vieille limitation</p> <p>Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés par le régime alimentaire, l'activité physique accrue et les traitements oraux pris jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En double association seulement avec la metformine, une sulfonyleurée ou une thiazolidindione ou</li> <li>- En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque le contrôle de la glycémie n'est pas suffisant avec ces antidiabétiques oraux.</li> </ul> <p>Nouvelle limitation</p> <p>Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés par le régime alimentaire, l'activité physique accrue et les traitements oraux pris jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En monothérapie chez les patients présentant une intolérance ou une contre-indication à la metformine.</li> <li>- En double association seulement avec la metformine, une sulfonyleurée ou une thiazolidindione ou</li> <li>- En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque le contrôle de la glycémie n'est pas suffisant avec ces antidiabétiques oraux.</li> </ul>					
<b>VILDAGLIPTIN NOBEL</b> cpr 50 mg blist 28 pce cpr 50 mg blist 112 pce	NOBEL Pharma Schweiz AG	070620	21610 21610	20.20 64.40	10.45 41.80
<p>Vieille limitation</p> <p>Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec la metformine ou</li> <li>- une sulfonyleurée (SU) ou</li> <li>- une thiazolidinédione (TZD)</li> </ul> </li> <li>- En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.</li> <li>- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.</li> </ul> <p>Nouvelle limitation</p> <p>Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque un régime alimentaire et une activité physique accrue ne suffisent pas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En monothérapie, pour des patients qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux antérieurs ou qui ne les tolèrent pas.</li> <li>- En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec la metformine ou</li> <li>- une sulfonyleurée (SU) ou</li> <li>- une thiazolidinédione (TZD)</li> </ul> </li> <li>- En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.</li> <li>- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.</li> </ul>					
<b>VILDAGLIPTIN SANDOZ</b> cpr 50 mg blist 28 pce cpr 50 mg blist 112 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620	21625 21625	20.20 64.40	10.45 41.80
<p>Vieille limitation</p> <p>Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec la metformine ou</li> <li>- une sulfonyleurée (SU) ou</li> <li>- une thiazolidinédione (TZD)</li> </ul> </li> <li>- En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.</li> <li>- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.</li> </ul>					

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

## Nouvelle limitation

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque un régime alimentaire et une activité physique accrue ne suffisent pas:

- En monothérapie, pour des patients qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux antérieurs ou qui ne les tolèrent pas.
- En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie:
  - avec la metformine ou
  - une sulfonylurée (SU) ou
  - une thiazolidinédione (TZD)
- En triple association avec la metformine et une sulfonylurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.

<b>VILDAGLIPTIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	070620			
cpr 50 mg blist 28 pce			21614	20.20	10.45
cpr 50 mg blist 112 pce			21614	64.40	41.80

## Vieille limitation

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.

- En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie:
  - avec la metformine ou
  - une sulfonylurée (SU) ou
  - une thiazolidinédione (TZD)
- En triple association avec la metformine et une sulfonylurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.

## Nouvelle limitation

Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, lorsque un régime alimentaire et une activité physique accrue ne suffisent pas:

- En monothérapie, pour des patients qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux antérieurs ou qui ne les tolèrent pas.
- En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie:
  - avec la metformine ou
  - une sulfonylurée (SU) ou
  - une thiazolidinédione (TZD)
- En triple association avec la metformine et une sulfonylurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.
- En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie.

<b>YERVOY</b>	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
conc perf 50 mg/10 ml flac 1 pce			19520	4004.00	3666.36
conc perf 200 mg/40 ml flac 1 pce			19520	15278.05	14665.40

## Vieille limitation

Traitement des mélanomes avancés (non résécables ou métastatiques) chez les adultes qui ont déjà reçu au préalable une thérapie.

La posologie maximale est de 3 mg/kg de poids corporel. Quatre doses au plus de YERVOY 3 mg/kg sont remboursées.

Le traitement de réinduction par YERVOY n'est pas remboursé.

L'assurance-maladie doit prendre en charge les frais du traitement après l'approbation suivant la consultation par un médecin-conseil.

## Nouvelle limitation

La monothérapie est remboursée lors de mélanomes avancés (non résécables ou métastatiques) chez les adultes qui ont déjà reçu au préalable une thérapie.

La posologie maximale est de 3 mg/kg de poids corporel. Quatre doses au plus de YERVOY 3 mg/kg sont remboursées.

Le traitement de réinduction par YERVOY n'est pas remboursé.

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

En outre, l'association de YERVOY avec nivolumab est remboursée selon la limitation de la préparation à base de nivolumab.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>ZYBAN</b>	GlaxoSmithKline AG	150000			
cpr ret 150 mg 30 pce			18777	48.00	27.52
cpr ret 150 mg 60 pce			18777	79.60	55.04

**Vieille limitation**

Le sevrage tabagique par Zyban est remboursé lorsque le comportement tabagique remplit les critères du syndrome de dépendance selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders version IV (DSM IV) ou l'International Classification of Diseases (ICD), et que vient s'ajouter un facteur aggravant répondant à l'un des critères suivants:

- présence d'une maladie due au tabagisme ou
- présence d'une dépendance avec un score de 6 ou plus au test de Fagerström.

Pour les patients à partir de 18 ans qui sont motivés pour arrêter de fumer avec Zyban et qui bénéficient des conseils et du suivi d'un professionnel de la santé.

Le remboursement porte sur un traitement unique de 7 semaines par tranche de 18 mois.

**Nouvelle limitation**

Le sevrage tabagique par Zyban est remboursé lorsque le comportement tabagique remplit les critères du syndrome de dépendance selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) version 5 ou l'International Classification of Diseases (ICD), auquel vient s'ajouter un facteur aggravant répondant à l'un des critères suivants:

- présence d'une maladie due au tabagisme ou
- présence d'une dépendance avec un score de 6 ou plus au test de Fagerström.

Pour les patients à partir de 18 ans qui sont motivés pour arrêter de fumer avec Zyban et qui bénéficient des conseils et du suivi d'un professionnel de la santé.


Le remboursement porte sur un traitement unique de 7 semaines par tranche de 18 mois.

« Plus grande  
sécurité et meilleure  
communication : tout le  
monde y gagne. »

Le DEP, c'est efficace.



**DEP**  
dossier électronique  
du patient

 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Une campagne conjointe de l'Office  
fédéral de la santé publique OFSP  
et des cantons.

**Rachel Jenkins,**  
infirmière de pratique avancée (APN),  
Aide et soins à domicile Zurich

Adoptez dès maintenant le  
dossier électronique du patient :  
**[dossierpatient.ch](https://dossierpatient.ch)**




# Plutôt maintenant que demain: réglez le don d'organes.

Décidez de ce qu'il advient de votre  
corps, de votre vivant et après.  
Consignez votre volonté sur le don  
d'organes et informez-en vos proches.

vivre-  
partager.ch

Faites-le  
pour vous.



 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

 swiss  
transplant

Schweizerische Nationale Stiftung für Organpende und Transplantation  
Fondation nationale suisse pour le don et la transplantation d'organes  
Fondazione nazionale svizzera per il dono e il trapianto di organi  
Swiss National Foundation for organ donation and transplantation



## LE DON D'ORGANES

DÉCIDER. COMMUNIQUER. CONSIGNER.

# Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

**Les ordonnances suivantes sont bloquées**

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Berne		10638925
		10793951
Zurich		8165473
		10693069
		10822253

OFSP-Bulletin  
OFCL, Diffusion publications  
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# OFSP-Bulletin

Semaine  
51/2023