



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 22 avril 2024

Semaine

OFSP-Bulletin 17/2024

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

Correctif, p. 9

Liste des spécialités, p. 10

Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

MISE EN PAGE ET IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	7
Résumé hebdomadaire sur les virus respiratoires	7
Correctif	9
Liste des spécialités	10
Vol d'ordonnances	75

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 15^e semaine (15.04.2024)^a

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

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

^c Femmes enceintes et nouveau-nés.

^d Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^e Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 15^e semaine (15.04.2024)^a

	Semaine 15			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	4 2.4	1 0.6	4 2.4	15 2.2	9 1.3	17 2.5	156 1.8	138 1.6	100 1.1	63 2.5	42 1.6	36 1.4
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers	https://idd.bag.admin.ch											
Légionellose	6 3.5	11 6.5	7 4.1	32 4.7	28 4.1	27 4	639 7.2	688 7.8	672 7.6	115 4.5	117 4.6	96 3.8
Méningocoques: maladie invasive			1 0.6	3 0.4	8 1.2	2 0.3	37 0.4	25 0.3	12 0.1	16 0.6	13 0.5	5 0.2
Pneumocoques: maladie invasive	44 25.8	33 19.4	10 5.9	120 17.6	100 14.7	81 11.9	977 11	969 10.9	603 6.8	467 18.3	413 16.2	206 8.1
Rougeole	1 0.6			3 0.4			96 1.1	6 0.07		59 2.3	5 0.2	
Rubéole^b												
Rubéole, materno-fœtale^c												
Tuberculose	6 3.5	3 1.8	12 7	36 5.3	26 3.8	31 4.6	420 4.7	359 4	351 4	106 4.2	106 4.2	100 3.9
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	120 70.5	85 49.9	56 32.9	409 60	307 45.1	347 50.9	7199 81.3	7363 83.2	7104 80.2	1930 75.6	1396 54.6	1676 65.6
Hépatite A	3 1.8	1 0.6	3 1.8	7 1	4 0.6	4 0.6	64 0.7	48 0.5	47 0.5	21 0.8	19 0.7	18 0.7
Hépatite E			1 0.6	4 0.6	4 0.6	7 1	69 0.8	78 0.9	83 0.9	16 0.6	26 1	23 0.9
Infection à E. coli entérohémorragique	18 10.6	11 6.5	14 8.2	74 10.9	60 8.8	64 9.4	1297 14.6	1226 13.8	1005 11.4	300 11.7	238 9.3	211 8.3
Listériose	1 0.6	3 1.8		2 0.3	7 1	3 0.4	67 0.8	81 0.9	40 0.4	11 0.4	18 0.7	15 0.6
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	1 0.6			3 0.4	3 0.4		27 0.3	14 0.2	5 0.06	14 0.6	6 0.2	3 0.1
Salmonellose, autres	27 15.9	13 7.6	17 10	92 13.5	71 10.4	81 11.9	1859 21	1876 21.2	1508 17	342 13.4	297 11.6	253 9.9
Shigellose	1 0.6	3 1.8	3 1.8	11 1.6	8 1.2	13 1.9	193 2.2	198 2.2	129 1.5	52 2	45 1.8	39 1.5

	Semaine 15			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	219 128.6	249 146.2	160 94	919 134.9	907 133.2	933 137	12839 145	13150 148.5	12288 138.8	3766 147.4	3636 142.4	3533 138.3
Gonorrhée	104 61.1	81 47.6	67 39.3	481 70.6	393 57.7	396 58.1	6529 73.7	5234 59.1	4499 50.8	1901 74.4	1479 57.9	1422 55.7
Hépatite B, aiguë		1 0.6			1 0.2	1 0.2	13 0.2	15 0.2	17 0.2	3 0.1	6 0.2	4 0.2
Hépatite B, total déclarations	25	24	18	98	105	97	1142	1122	1034	362	350	332
Hépatite C, aiguë				1 0.2	1 0.2	1 0.2	19 0.2	13 0.2	10 0.1	10 0.4	3 0.1	1 0.04
Hépatite C, total déclarations	20	14	9	78	75	69	1101	1056	900	322	277	258
Infection à VIH	8 4.7	5 2.9	5 2.9	26 3.8	21 3.1	28 4.1	356 4	332 3.8	332 3.8	95 3.7	89 3.5	103 4
Sida				4 0.6	1 0.2	4 0.6	42 0.5	40 0.4	43 0.5	11 0.4	9 0.4	11 0.4
Syphilis, stades précoces ^d	9 5.3	14 8.2	11 6.5	46 6.8	56 8.2	62 9.1	787 8.9	795 9	771 8.7	220 8.6	220 8.6	238 9.3
Syphilis, total	11 6.5	18 10.6	13 7.6	56 8.2	87 12.8	77 11.3	1051 11.9	1074 12.1	1020 11.5	280 11	315 12.3	313 12.2
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose		1 0.6			2 0.3		6 0.07	9 0.1	5 0.06	2 0.08	3 0.1	
Chikungunya					2 0.3		32 0.4	13 0.2	5 0.06	8 0.3	8 0.3	
Dengue	2 1.2			23 3.4	13 1.9	2 0.3	379 4.3	147 1.7	29 0.3	134 5.2	47 1.8	9 0.4
Encéphalite à tiques	1 0.6	4 2.4	1 0.6	16 2.4	8 1.2	4 0.6	324 3.7	395 4.5	278 3.1	33 1.3	15 0.6	8 0.3
Fièvre du Nil occidental							1 0.01					
Fièvre jaune												
Fièvre Q		3 1.8		12 1.8	14 2.1	5 0.7	111 1.2	101 1.1	96 1.1	37 1.4	30 1.2	20 0.8
Infection à Hantavirus									6 0.07			
Infection à virus Zika							8 0.09	2 0.02		6 0.2	2 0.08	
Paludisme	3 1.8	5 2.9	4 2.4	21 3.1	17 2.5	18 2.6	354 4	315 3.6	284 3.2	88 3.4	82 3.2	80 3.1
Trichinellose					1 0.2	1 0.2	1 0.01	3 0.03	2 0.02		1 0.04	2 0.08
Tularémie				4 0.6	4 0.6	1 0.2	120 1.4	122 1.4	198 2.2	20 0.8	14 0.6	14 0.6
Autres déclarations												
Botulisme					1 0.2			2 0.02	1 0.01		2 0.08	1 0.04
Diphthérie ^e		2 1.2			2 0.3		23 0.3	100 1.1	5 0.06	2 0.08	7 0.3	1 0.04
Maladie de Creutzfeldt-Jakob			1 0.6		3 0.4	1 0.2	23 0.3	25 0.3	29 0.3	4 0.2	9 0.4	7 0.3
Tétanos												
Variole du singe		1 0.6			1 0.2		25 0.3	554 6.3		15 0.6	3 0.1	

CONFÉRENCE
nationale
sur la DÉMENCE

Centre de congrès Kreuz, Berne
et en ligne

Mardi 30 avril 2024

Tabous autour de la démence

conference-demence.ch

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 12.4.2024 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	12		13		14		15		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	7	0.6	2	0.2	1	0.1	4	0.4	3.5	0.3
Piqûre de tiques	3	0.3	2	0.2	3	0.4	6	0.6	3.5	0.4
Borréliose de Lyme	1	0.1	2	0.2	2	0.3	1	0.1	1.5	0.2
Herpès zoster	7	0.6	10	1	8	1	8	0.9	8.3	0.9
Néuralgies post-zostériennes	0	0	0	0	0	0	2	0.2	0.5	0.1
Médecins déclarants	156		155		122		119		138	

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.



« La transformation numérique : pour mieux aider dans la vie réelle. »

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.

Deborah Brogle,
experte en soins neurologie / neurochirurgie,
Hôpital cantonal de Saint-Gall

Adoptez dès maintenant le
dossier électronique du patient :
dossierpatient.ch



Correctif

Remarque : un correctif a été apporté à l'article de Bulletin « Addendum à la recommandation de vaccination complémentaire contre les méningocoques : Vaccination contre les méningocoques pour les personnes présentant un risque accru de contracter une maladie invasive ou un risque élevé d'exposition » publié dans le Bulletin de l'OFSP n° 7 du 12 février 2024. Il concerne les schémas de vaccination des vaccins MCV-ACWY pour les personnes âgées de ≥ 12 mois présentant un risque accru de contracter une maladie invasive à méningocoques (tableau 2, section supérieure).

Le même correctif a été apporté dans le plan de vaccination suisse 2024 (chapitre 3f/tableau 5).

Les documents PDF correspondants sur le site internet ont été corrigés en conséquence.

Liste des spécialités :

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

PUBLICATION DES MODIFICATIONS DE LA LISTE DES SPÉCIALITÉS : ADAPTATION DE LA PROCÉDURE

Le 22 septembre 2023, le Conseil fédéral a décidé d'abroger l'art. 72 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.10). Par conséquent, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ne publiera plus les modifications de la liste des spécialités (LS) dans son Bulletin, disponible sur son site Internet, une à deux semaines après leur mise en œuvre. Désormais, les modifications seront publiées immédiatement après leur entrée en vigueur sous forme électronique sur le site Internet de la LS. Depuis le 1^{er} février 2024, les modifications de la LS sont publiées sur le site Internet de la LS. Les modifications mensuelles, y compris les changements administratifs, figurent sur le site www.listedesspecialites.ch, à la rubrique Publications/Publications de la LS du mois en cours/Changements actuels (Excel). Ces publications seront archivées. Une publication dans le Bulletin de l'OFSP sera encore effectuée parallèlement au cours des trois prochains mois.

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

Valable à partir du 1^{er} avril 2024

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.99		EMYLIF (Riluzolum)	Zambon Switzerland Ltd		
	21632	film orodisp 50 mg sach 56 pce Fr. 223.10 (179.88)		68915001	01.04.2024, B
02.07.20 G		PERINDOPRIL-AMLODIPIN-INDAPAMID-MEPHA (Perindoprilum argininum, Amlodipinum, Indapamidum)	Mepha Pharma AG		
	21751	cpr pell 5/5/1.25 mg blist 30 pce Fr. 33.90 (15.22)		68963001	01.04.2024, B
	21751	cpr pell 5/5/1.25 mg blist 90 pce Fr. 61.00 (38.81)		68963002	01.04.2024, B
	21751	cpr pell 5/10/1.25 mg blist 30 pce Fr. 33.90 (15.22)		68963003	01.04.2024, B
	21751	cpr pell 5/10/1.25 mg blist 90 pce Fr. 61.00 (38.81)		68963004	01.04.2024, B
	21751	cpr pell 10/5/2.5 mg blist 30 pce Fr. 33.90 (15.22)		68963005	01.04.2024, B
	21751	cpr pell 10/5/2.5 mg blist 90 pce Fr. 61.00 (38.81)		68963006	01.04.2024, B
	21751	cpr pell 10/10/2.5 mg blist 30 pce Fr. 33.90 (15.22)		68963007	01.04.2024, B
	21751	cpr pell 10/10/2.5 mg blist 90 pce Fr. 61.00 (38.81)		68963008	01.04.2024, B
Le traitement combiné de PERINDOPRIL-AMLODIPIN-INDAPAMID-MEPHA et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06 et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA ne sera pas remboursé par l'assurance de base.					
02.08.10		DAFLON 1000 (Diosminum, Hesperidinum)	Servier (Suisse) SA		
	21675	cpr croquer 1000 mg 30 pce Fr. 27.65 (14.96)		68966001	01.04.2024, D
Limitation limitée jusqu'au 31.03.2025 Remboursé en cas d'oedèmes et autres symptômes de l'insuffisance veineuse.					

Groupe théer.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.08.40 G		TESTOSTERON-MEPHA (Testosteroni undecylas)	Mepha Pharma AG		
	21750	sol inj 1000 mg/4ml flac 1 pce Fr. 80.65 (55.91)		68989001	01.04.2024, B
Pour les indications gynécologiques ainsi que pour l'hypogonadisme mâle et l'induction de la puberté.					
Hypogonadisme primaire et secondaire. Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
07.13.10		BONJESTA (Doxylamini hydrogenosuccinas, Pyridoxini hydrochloridum)	Exeltis Suisse SA		
	21631	cpr 20 mg/20 mg blist 20 pce Fr. 48.95 (28.30)		68867002	01.04.2024, B
07.15		DUPIXENT (Dupilumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	21258	sol inj 200 mg/1.14 ml stylo pré 2 pce Fr. 1231.50 (1065.68)		67661003	01.04.2024, B
	21258	sol inj 300 mg/2 ml stylo pré 2 pce Fr. 1231.50 (1065.68)		67661004	01.04.2024, B

Dermatite atopique – Adultes

Pour le traitement des adultes, la seringue pré-remplie ou le stylo pré-rempli de 300 mg est remboursé.

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

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

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20819.01

Dermatite atopique – Patients adolescents

Pour le traitement des adolescents de 12 à 17 ans, la seringue pré-remplie ou le stylo pré-rempli de 200 mg ou de 300 mg est remboursé.

Dupilumab est remboursé chez les adolescents (12-17 ans) pour les patients pesant plus de 60 kg à une dose initiale de 600 mg en injection sous-cutanée (deux injections de 300 mg chacune), suivie d'une dose de 300 mg en injection sous-cutanée toutes les deux semaines, et pour les patients pesant moins de 60 kg à une dose initiale de 400 mg en injection sous-cutanée (deux injections de 200 mg chacune), suivie d'une dose de 200 mg en injection sous-cutanée toutes les deux semaines, chez les patients souffrant de dermatite atopique sévère (score IGA égal à 4 [sur une échelle IGA de 0 à 4] ou score SCORAD > 50 ou score EASI ≥ 21.1) si ces patients ne répondent pas de façon adéquate à un traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine) et à une photothérapie (si disponible et indiquée) et, à partir de 16 ans, à un traitement systémique pendant au moins un mois avec un agent immunosuppresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques), ou si ces thérapies sont contre-indiquées ou ont dû être interrompues en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique.

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

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20819.02

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2025

Dermatite atopique – Enfants de 6 à 11 ans

Pour le traitement des enfants de 6 à 11 ans, la seringue pré-remplie de 200 mg ou de 300 mg est remboursée. Le stylo pré-rempli n'est pas indiqué pour les enfants de moins de 12 ans.

Dupilumab est remboursé chez les patients pédiatriques (6-11 ans) pesant plus de 60 kg à une dose initiale de 600 mg en injection sous-cutanée (deux injections de 300 mg chacune), suivie d'une dose de 300 mg en injection sous-cutanée toutes les deux semaines, et chez les patients pesant entre 30 kg et 60 kg à une dose initiale de 400 mg en injection sous-cutanée (deux injections de 200 mg chacune), suivi d'une dose de 200 mg en injection sous-cutanée toutes les deux semaines et, chez les patients pesant 15 kg et 30 kg, d'une dose initiale de 600 mg (une injection de 300 mg le jour 1, suivie de 300 mg le jour 15), suivie d'une dose de 300 mg en injection sous-cutanée toutes les quatre semaines (en commençant quatre semaines après le jour 15) chez les patients souffrant de dermatite atopique sévère [score IGA égal à 4 [sur une échelle IGA de 0 à 4] ou score SCORAD > 50 ou score EASI \geq 21.1] si ces patients ne répondent pas de façon adéquate à un traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine) ou si ces thérapies sont contre-indiquées ou ont dû être interrompues en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique.

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

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

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

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

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20819.03

Asthme – Adultes et adolescents à partir de 12 ans

Pour le traitement des adolescents à partir de 12 ans et des adultes, la seringue pré-remplie ou le stylo pré-rempli de 200 mg ou de 300 mg est remboursé.

Comme thérapie supplémentaire avec une dose initiale en injection sous-cutanée de 600 mg ou de 400 mg de dupilumab, respectivement suivie d'une dose toutes les deux semaines de 300 mg ou de 200 mg, chez les adultes et les adolescents à partir de l'âge de 12 ans souffrant d'asthme sévère de type 2 caractérisé par les critères suivants :

- Au moins 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 mois précédents malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximales (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques ET
- un taux sanguin d'éosinophiles \geq 0.3 G/L ou
- un taux sanguin d'éosinophiles \geq 0.15 G/L chez les patients de plus de 16 ans ayant une valeur de FeNO \geq 50 ppb et respectivement chez les patients adolescents (12-16 ans) ayant une valeur de FeNO \geq 35 ppb.

OU

- Au moins 2 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 mois précédents chez les patients qui ont eu besoin d'un traitement de fond d'au moins 6 mois par des corticostéroïdes systémiques (palier GINA 5) au cours des 12 derniers mois pour atteindre un contrôle de la maladie ET
- un taux sanguin d'éosinophiles \geq 0.3 G/L avant l'initiation d'un traitement par des corticostéroïdes systémiques ou
- chez les patients de plus de 16 ans ayant une valeur de FeNO \geq 50 ppb et respectivement chez les patients adolescents (12-16 ans) ayant une valeur de FeNO \geq 35 ppb avant l'initiation d'un traitement par des corticostéroïdes systémiques.

Une évaluation du succès thérapeutique doit être effectuée au plus tard après 24 semaines, puis une fois par an, sur la base d'une évaluation médicale du contrôle de l'asthme du/de la patient(e).

La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge des frais sous couvert de confirmation du succès thérapeutique.

Un succès thérapeutique est caractérisé comme suit :

- dans le cas d'un traitement de palier GINA 4 : réduction d'au moins 50 % des exacerbations par rapport au début du traitement, puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint

OU

- dans le cas d'un traitement de palier GINA 5 avec des corticostéroïdes systémiques : réduction du taux d'exacerbations sous une dose inchangée ou réduite de corticostéroïdes oraux, puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations sous une dose stable de corticostéroïdes oraux OU
- taux d'exacerbations inchangé ou réduit après réduction de la dose de corticostéroïdes oraux à 50 % de la dose initiale (en équivalent de prednisone), puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations en poursuivant la corticothérapie à cette nouvelle dose ou à une dose encore plus faible OU
- passage à un traitement de palier GINA 4 avec un nombre maximal de 2 exacerbations par an, puis maintien ou réduction supplémentaire du taux d'exacerbations par la suite.

Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par dupilumab dans l'indication de l'asthme ne peuvent être effectués que par un spécialiste en pneumologie, en allergologie et en immunologie clinique.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20819.04

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2025

Asthme – Enfants de 6 à 11 ans

Pour le traitement des enfants de 6 à 11 ans, la seringue pré-remplie de 200 mg ou de 300 mg est remboursée. Le stylo pré-rempli n'est pas indiqué pour les enfants de moins de 12 ans.

Comme thérapie supplémentaire avec une dose de 300 mg toutes les 4 semaines pour un poids corporel de 30 kg à moins de 60 kg, ou de 200 mg toutes les 2 semaines pour un poids corporel supérieur à 60 kg chez les enfants de 6 à 11 ans souffrant d'asthme sévère de type 2 caractérisé par les critères suivants :

- Au moins 2 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 mois précédents malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximales (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques

ET

- un taux sanguin d'éosinophiles ≥ 0.3 G/L ou
- un taux sanguin d'éosinophiles ≥ 0.15 G/L et une valeur de FeNO ≥ 35 ppb.

Une évaluation du succès thérapeutique doit être effectuée au plus tard après 24 semaines, puis une fois par an, sur la base d'une évaluation médicale du contrôle de l'asthme du/de la patient(e). La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge des frais sous couvert de confirmation du succès thérapeutique.

Un succès thérapeutique correspond, par rapport au début du traitement :

- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations et, par la suite, un taux d'exacerbations constant au maximum

OU

- Réduction de la dose de stéroïdes inhalés (CSI) au niveau de traitement immédiatement inférieur conformément aux directives de GINA, avec un taux d'exacerbation constant au maximum ou encore réduit.

Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par dupilumab dans l'indication de l'asthme chez les enfants de 6 à 11 ans doivent être effectués exclusivement par des spécialistes en pneumologie et en pédiatrie avec spécialisation en pneumologie pédiatrique.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20819.05

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2025

Polypose naso-sinusienne (PNS) – Adultes

Pour le traitement des adultes, la seringue pré-remplie ou le stylo pré-rempli de 300 mg est remboursé.

Le diagnostic, la prescription et le contrôle de l'évolution ne peuvent être effectués que par des médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie, en pneumologie et en allergologie et immunologie clinique, qui disposent d'une expertise reconnue dans le traitement de la PNS. Les paramètres rhinoscopiques doivent être évalués par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie qui doit confirmer le diagnostic de PNS lors de la première prescription.

Traitement complémentaire aux corticostéroïdes par voie nasale, à une dose maximale de 300 mg toutes les 2 semaines, chez les adultes à partir de 18 ans qui souffrent d'une polypose naso-sinusienne (PNS) sévère, insuffisamment contrôlée par des corticostéroïdes systémiques intermittents et une chirurgie. Le/la patient(e) doit répondre aux critères suivants :

- polypes nasaux bilatéraux
- récurrence (ou contre-indication) dans les 2 ans qui suivent au moins 1 traitement chirurgical ET échec (ou contre-indication) d'un traitement standard optimisé individuellement par des corticostéroïdes topiques et systémiques selon les recommandations actuelles
- score endoscopique des polypes nasaux (NPS) d'au moins 5 (sur 8), avec un score minimum de 2 dans chaque narine
- altération significative de la qualité de vie : SNOT-22 ≥ 50
- symptômes persistants depuis au moins 12 semaines, définis comme :
 - congestion nasale (CN) de sévérité moyenne ou élevée (score 2 ou 3, plage de valeurs de 0 à 3)
 - au moins un symptôme supplémentaire :
 - perte d'odorat partielle ou totale (hyposmie / anosmie) : score UPSIT ≤ 25 OU Sniffin' Sticks Test avec au moins 16 items ≤ 10 points
 - rhinorrhée (antérieure ou postérieure).

Une évaluation du succès thérapeutique par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, en allergologie et immunologie clinique ou en pneumologie doit être faite au plus tard après 16 semaines et annuellement par la suite.

La poursuite du traitement après cette évaluation nécessite une nouvelle garantie de prise en charge en cas de succès thérapeutique confirmé. Un succès thérapeutique est défini par (au moins 3 critères sur 5, mesurés par rapport aux valeurs initiales avant le début du traitement par dupilumab) :

- réduction de la taille des polypes nasaux (amélioration du score NPS ≥ 1.0 ou valeur comparable).
- au maximum 1 traitement stéroïdien oral sur 6 mois et dose cumulée annuelle maximale de 250 mg/an d'équivalent prednisone.
- amélioration de la qualité de vie (amélioration du score SNOT-22 de ≥ 9.0).
- amélioration de l'odorat
 - amélioration du score UPSIT d'au moins 10 %, ou, en cas d'anosmie, amélioration minimale de 19 points OU amélioration du Sniffin' Sticks test à au moins 16 items d'au moins 2 points OU en cas d'anosmie, amélioration minimale de 8 points
 - amélioration cliniquement significative des comorbidités (dans les indications remboursées du DUPIXENT).

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

Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de la PNS.

Pas de remboursement après échec ou récurrence sous traitement anti-IL-4.

Si le/la patient(e) souffre d'une récurrence (péjoration du score SNOT-22 de $\geq 10,0$) dans les 6 mois qui suivent un arrêt (interruption de >8 semaines) du traitement, une reprise d'un traitement anti-IL-4 peut être demandée pour une durée de 12 mois au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des coûts. Si la récurrence survient après 6 mois, le/la patient(e) doit à nouveau répondre aux mêmes critères que lors de la première prescription.

Sur première demande de l'assureur-maladie auprès duquel le/la patient(e) est affilié(e) lors de la prescription, Sanofi-Aventis (Suisse) SA rembourse une part de Fr. 68.89 par conditionnement de 2 doses de DUPIXENT acheté pour le traitement de la PNS. Un rabais supplémentaire est accordé à partir d'une durée de traitement de 52 semaines.

Sanofi-Aventis (Suisse) SA communique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement peut être faite dès l'administration du médicament.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20819.06

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

07.15		LUPKYNIS (Voclosporinum)	Otsuka Pharma- ceutical (Switzerland) GmbH		
	21531	caps moll 7.9mg blist 180 pce Fr. 813.00 (693.20)		68697001	01.04.2024, B

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

L'efficacité / l'utilité de LUPKYNIS doit être réévaluée au plus tard après 6 mois par le médecin traitant actuellement en charge du patient à l'attention du médecin-conseil, accompagnée d'une analyse appropriée des bénéfices et des risques liés à la poursuite du traitement par Lupkynis.

Prescription initiale par des spécialistes en immunologie clinique, néphrologie et rhumatologie ayant de l'expérience dans le traitement de la glomérulonéphrite lupique.

Lupkynis est remboursé pour le traitement des patients adultes atteints d'une néphrite lupique (NL) active avérée de classe III, IV ou V (y compris ses formes mixtes III/V et IV/V), en association avec un traitement de fond immunosuppresseur (conformément à l'étude pivot) à base de mycophénolate mofétil.

07.16.20		ABIRATERON DEVATIS (Abirateroni acetat)	Devatis AG		
G	21737	cpr pell 500 mg blist 56 pce Fr. 944.95 (808.02)		68981001	01.04.2024, B

En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou de la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC), sans métastases viscérales et sans métastases hépatiques, chez des patients asymptomatiques ou ne présentant que des symptômes légers, après échec d'un traitement par suppression androgénique et chez lesquels une chimiothérapie n'est pas indiquée cliniquement.

En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique avancé de la prostate en progression chez des patients déjà traités par docétaxel, après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement en association avec de la prednisone ou de la prednisolone (5 mg/jour) et un traitement par suppression androgénique (ADT) chez les patients présentant un carcinome métastatique de la prostate hormonosensible (mHSPC) à haut risque nouvellement diagnostiqué au cours des 3 derniers mois. Chez les patients n'ayant pas subi d'orchidectomie, l'administration d'abiraterone doit commencer au cours des 3 mois suivant le début de la suppression androgénique.

Un risque élevé est défini par la présence d'au moins 2 des 3 facteurs de risque suivants: (1) score de Gleason ≥ 8 ; (2) présence d'au moins 3 lésions à la scintigraphie osseuse; (3) présence de métastases viscérales mesurables (hors atteinte ganglionnaire).

En cas d'arrêt du traitement rendu nécessaire par des effets indésirables survenus au cours des 10 jours suivant le début du traitement, Devatis AG remboursera à l'assureur-maladie les coûts de la totalité de l'emballage. Les arrêts de traitement doivent être immédiatement notifiés à l'assureur-maladie par le médecin traitant.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
06.03.10		MARCOUMAR (Phenprocoumonum)	Viatri Pharma GmbH		
	6909	cpr 3 mg fl plast 25 pce Fr. 7.20 (2.69)		19395001	01.04.2024, A
	6909	cpr 3 mg fl plast 100 pce Fr. 19.25 (9.60)		19395002	01.04.2024, A
07.02.40		BECOZYM FORTE (Nicotinamidum, Calcii pantothenas (2:1), Thiami nitras)	Bayer (Schweiz) AG		
	178	drag 100 pce Fr. 21.00 (11.38)		20407001	01.04.2024, D
Prescription limitée au maximum à: 40 points					
08.03		DOVATO (Dolutegravirum, Lamivudinum)	ViiV Healthcare GmbH		
	21042	cpr pell 50/300 mg blist 30 pce Fr. 867.55 (740.69)		67313002	01.04.2024, A
08.08		PROQUAD (Virus morbilli vivus (Stamm: Ender's Edmonston), Virus parotitis vivus (Stamm: Jeryl Lynn (Level B)), Virus rubella vivus (Stamm: Wistar RA 27/3))	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20995	susp inj flac 10 pce Fr. 751.75 (639.90)		00699004	01.04.2024, B

La prise en charge des coûts des vaccins au titre de mesure préventive dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des soins est régie par les conditions contraignantes fixées à l'article 12a OPAS pour les vaccinations correspondantes et n'a lieu que dans le cadre de l'autorisation délivrée par Swissmedic. En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins.

Les prix des vaccins sont des prix maximaux (art. 52, al. 3, LAMal) et ne s'appliquent pas aux vaccinations en série (par ex. dans le service médical scolaire). Dans ce cas, les tarifs négociés par les assureurs maladie avec les autorités compétentes ou, le cas échéant, ceux fixés par les autorités, sont applicables. Si le vaccin est acheté à un prix inférieur (par exemple dans le cadre d'une série de vaccinations), le médecin ne peut pas le facturer au prix public de la LS.

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

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.04.10 G		ANXIOLIT (Oxazepamum)	Vifor SA		
	13514	cpr 15mg 30 pce Fr. 6.95 (2.47)		42127035	01.04.2024, B
	13514	cpr 15mg 60 pce Fr. 9.10 (4.36)		42127043	01.04.2024, B
02.06.20		SIBELIUM (Flunarizinum)	Janssen-Cilag AG		
	18576	cpr 5mg 20 pce Fr. 9.00 (4.27)		57754001	01.04.2024, B
	18576	cpr 5mg 100 pce Fr. 36.95 (17.86)		57754003	01.04.2024, B
04.99 G		LANSOPRAX (Lansoprazolum)	Drossapharm AG		
	18891	caps 15mg 14 pce Fr. 9.85 (4.98)		59093001	01.04.2024, B
	18891	caps 15mg 28 pce Fr. 19.60 (9.92)		59093002	01.04.2024, B
	18891	caps 15mg 56 pce Fr. 34.15 (15.43)		59093003	01.04.2024, B
	18891	caps 15mg 112 pce Fr. 49.15 (28.47)		59093004	01.04.2024, B
	18891	caps 30mg 14 pce Fr. 16.65 (7.33)		59093005	01.04.2024, B
	18891	caps 30mg 28 pce Fr. 29.15 (14.65)		59093006	01.04.2024, B
	18891	caps 30mg 56 pce Fr. 46.10 (25.83)		59093007	01.04.2024, B
06.01.10		CLOTTAFAC (Fibrinogenum humanum)	Opopharma Vertriebs AG		
	20704	subst sèche 1.5g/100ml c solv flac 1 pce Fr. 737.20 (678.51)		66184002	01.04.2024, B
06.01.10		WILLFACT (Factor humanus von Willebrandi)	Opopharma Vertriebs AG		
	20069	subst sèche 1000 UI c solv (10 ml) flac 1 pce Fr. 810.80 (750.27)		62444001	01.04.2024, B
06.05		UROKINASE HS MEDAC (Urokinasum)	Opopharma Vertriebs AG		
	16670	subst sèche 10 000 U flac 1 pce Fr. 38.85 (19.51)		48198015	01.04.2024, B
	16670	subst sèche 50 000 U flac 1 pce Fr. 68.70 (45.51)		48198023	01.04.2024, B
	16670	subst sèche 100 000 U flac 1 pce Fr. 87.55 (61.89)		48198031	01.04.2024, B
	16670	subst sèche 250 000 U flac 1 pce Fr. 144.60 (111.53)		48198058	01.04.2024, B
	16670	subst sèche 500 000 U flac 1 pce Fr. 219.40 (176.63)		48198066	01.04.2024, B
06.07.30		PELMEG (Pegfilgrastimum)	Mundipharma Medical Company Hamilton,- Bermuda,Basel Branch		
	21014	sol inj 6 mg/0.6ml sécurisée ser pré 1 pce Fr. 858.40 (732.73)		67448001	01.04.2024, A
07.07.25		CELESTONE CHRONODOSE (Betamethasoni acetat, Betamethasonum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	10419	sol inj amp 1 ml Fr. 8.20 (3.56)		31839017	01.04.2024, B
08.03 G		DARUNAVIR-MEPHA (Darunavirum)	Mepha Pharma AG		
	20808	cpr pell 600 mg bte 60 pce Fr. 421.35 (352.40)		66531002	01.04.2024, A
	20809	cpr pell 800 mg bte 30 pce Fr. 286.35 (234.92)		66532001	01.04.2024, A

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
08.09		IQYMUNE (Immunoglobulinum humanum normale)	Opopharma Vertriebs AG		
	20785	sol perf 2g/20ml i.v. flac 20ml Fr. 164.80 (129.15)		66332001	01.04.2024, B
	20785	sol perf 5g/50ml i.v. flac 50ml Fr. 386.70 (322.23)		66332002	01.04.2024, B
	20785	sol perf 10g/100ml i.v. flac 100ml Fr. 756.50 (644.05)		66332003	01.04.2024, B
	20785	sol perf 20g/200ml i.v. flac 200ml Fr. 1474.40 (1286.97)		66332004	01.04.2024, B

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS					
CUTAQUIG	Octapharma AG	080900			
sol inj 1g/6ml flac 6ml			21374	92.85	66.50
sol inj 1g/6ml 10 flac 6ml			21374	780.65	665.05
sol inj 2g/12ml flac 12ml			21374	169.25	133.01
sol inj 2g/12ml 10 flac 12ml			21374	1521.75	1330.10
sol inj 4g/24ml flac 24ml			21374	322.10	266.02
sol inj 4g/24ml 10 flac 24ml			21374	2975.60	2660.20
sol inj 8g/48ml flac 48ml			21374	627.80	532.04
sol inj 8g/48ml 10 flac 48ml			21374	5704.95	5320.40
EXKIVITY	Takeda Pharma AG	071610			
caps 40mg blist 112 pce			21470	8974.95	8507.50
LUNSUMIO	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
conc perf 1mg/ml flac 1ml			21522	283.85	232.71
conc perf 30mg/30ml flac 30ml			21522	7409.05	6981.30
TENKASI	A. Menarini GmbH	080190			
subst sèche 400mg flac 3 pce			21404	2345.75	2080.65
IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
ENTYVIO	Takeda Pharma AG	071500			
subst sèche 300mg flac 1 pce			20281	2451.55	2177.01
ENTYVIO SOUS-CUTANÉE	Takeda Pharma AG	071500			
sol inj 108mg/0.68ml ser préemp ser pré 1 pce			21169	641.85	544.26
sol inj 108mg/0.68ml stylo préempli stylo pré 1 pce			21169	641.85	544.26
MEFENACIDE	Streuli Pharma AG	071010			
caps 250mg 10 pce			15604	5.70	1.39
caps 250mg 30 pce			15604	7.10	2.61
caps 250mg 100 pce			15604	15.25	6.13
cpr pell 500mg sécables 10 pce			15603	5.75	1.45
cpr pell 500mg sécables 30 pce			15603	8.55	3.85
cpr pell 500mg sécables 100 pce			15603	25.10	11.14
ACIDE MÉFÉNAMIQUE SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010			
cpr pell 500mg sécables 10 pce			17472	5.75	1.45
cpr pell 500mg sécables 30 pce			17472	8.55	3.86
cpr pell 500mg sécables 100 pce			17472	25.10	11.14
MEPHADOLOR 500 NÉO	Mepha Pharma AG	071010			
cpr pell 500mg 10 pce			18536	5.55	1.27
cpr pell 500mg 30 pce			18536	8.50	3.84
cpr pell 500mg 100 pce			18536	25.10	11.14
PONSTAN	Pfizer AG	071010			
caps 250mg 36 pce			10118	8.95	4.23
filmtabs 500mg 10 pce			12495	6.15	1.77
filmtabs 500mg 30 pce			12495	9.00	4.26
filmtabs 500mg 100 pce			12495	26.55	12.38
SPIRALGINE	Spirig HealthCare AG	071010			
cpr pell 500mg 10 pce			17376	5.70	1.37
cpr pell 500mg 30 pce			17376	8.30	3.66
cpr pell 500mg 100 pce			17376	25.10	11.14

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
XULTOPHY sol inj 100 E/ml 3.6mg/ml 3 stylo pré 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20269	150.75	116.91
IV.c. Changement de catégorie de remise					
CLARITINE cpr 10mg 42 pce	Bayer (Schweiz) AG	071310	15954	19.35	10.48
LORATADINE SANDOZ cpr 10mg 28 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	18348	12.70	6.89
cpr 10mg 28 pce (ancien)			18348	12.70	6.89
cpr 10mg 42 pce			18348	17.05	9.23
cpr 10mg 42 pce (ancien)			18348	17.05	9.23
IV.d. Baissement de prix volontairement					
CANDESARTAN CPS cpr 4mg blist 7 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	020710	19877	6.00	1.64
cpr 16mg blist 28 pce			19877	20.10	10.36
cpr 16mg blist 98 pce			19877	52.65	31.54
CANDESARTAN PLUS CPS cpr 8/12.5mg blist 28 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	020720	19878	17.75	8.30
cpr 8/12.5mg blist 98 pce			19878	47.55	27.09
cpr 16/12.5mg blist 28 pce			19878	20.00	10.27
cpr 16/12.5mg blist 98 pce			19878	57.60	35.85
cpr 32/12.5mg blist 28 pce			19878	28.55	14.14
cpr 32/12.5mg blist 98 pce			19878	59.35	37.38
cpr 32/25mg blist 28 pce			19878	29.40	14.85
cpr 32/25mg blist 98 pce			19878	59.35	37.38
DEFERASIROX ACCORD cpr pell 90mg blist 30 pce	Accord Healthcare AG	069900	21246	231.60	187.25
cpr pell 90mg blist 90 pce			21246	565.15	477.53
cpr pell 180mg blist 30 pce			21246	369.35	307.11
cpr pell 180mg blist 90 pce			21246	916.35	783.15
cpr pell 360mg blist 30 pce			21246	595.20	503.67
cpr pell 360mg blist 90 pce			21246	1471.55	1284.35
PLENDIL cpr ret 5mg 20 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	020610	15426	15.55	6.38
cpr ret 5mg 100 pce			15426	48.45	27.86
IV.e. Mutation de prix normale					
BRAFTOVI caps 50mg blist 28 pce	Pierre Fabre Pharma AG	071610	20874	664.50	563.97
caps 75mg blist 42 pce			20874	1441.10	1256.61
caps 75mg blist 168 pce			20874	5403.35	5026.44
ILARIS sol inj 150mg/ml flac 1ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	10839.40	10377.33
LYNPARZA cpr pell 100mg blist 112 pce	AstraZeneca AG	071610	20852	4950.70	4585.23
cpr pell 150mg blist 112 pce			20852	4950.70	4585.23
MEKTOVI cpr pell 15mg blist 84 pce	Pierre Fabre Pharma AG	071610	20875	2419.45	2147.80
cpr pell 15mg blist 168 pce			20875	4653.55	4295.60
NILEMDO cpr pell 180mg blist 28 pce	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	071200	21127	72.95	49.20
cpr pell 180mg blist 98 pce			21127	208.30	166.97

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NUSTENDI cpr pell 180/10mg blist 28 pce	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	071200	21128	90.20	64.20
cpr pell 180/10mg blist 98 pce			21128	266.45	217.59
RAYALDEE caps 30 mcg fl 30 pce	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	070230	21211	122.70	92.51
RETSEVMO caps 40 mg blist 56 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	21209	2212.05	1958.87
caps 80 mg blist 56 pce			21209	4265.85	3917.73
TAKHZYRO sol inj 300 mg/2ml ser pré 1 pce	Takeda Pharma AG	029900	20923	9903.30	9412.34
TRODELVY subst sèche 180 mg flac 1 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	071610	21290	1076.20	924.25
VAXNEUVANCE susp inj ser pré 0.5 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080800	21514	83.40	58.28
IV.f. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet					
DASATINIB SANDOZ cpr pell 20 mg blist 60 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	21648	573.05	484.40
cpr pell 50 mg blist 60 pce			21648	1239.25	1072.75
cpr pell 70 mg blist 60 pce			21648	1239.25	1072.75
cpr pell 100 mg blist 30 pce			21648	1271.95	1102.52
DASATINIB ZENTIVA cpr pell 20 mg blist 60 pce	Helvepharm AG	071610	21540	573.05	484.40
cpr pell 50 mg blist 60 pce			21540	1239.25	1072.75
cpr pell 70 mg blist 60 pce			21540	1239.25	1072.75
cpr pell 100 mg blist 30 pce			21540	1271.95	1102.52
DASATINIB-TEVA cpr pell 20 mg blist 60 pce	Teva Pharma AG	071610	21535	573.05	484.40
cpr pell 50 mg blist 60 pce			21535	1239.25	1072.75
cpr pell 70 mg blist 60 pce			21535	1239.25	1072.75
cpr pell 100 mg blist 30 pce			21535	1271.95	1102.52
FESOTERODIN ZENTIVA cpr ret 4 mg blist 14 pce	Helvepharm AG	050200	21721	18.55	9.02
cpr ret 4 mg blist 84 pce			21721	76.95	52.66
cpr ret 8 mg blist 14 pce			21721	19.05	9.45
cpr ret 8 mg blist 84 pce			21721	80.05	55.38
SPRYCEL cpr pell 20 mg 60 pce	Bristol-Myers Squibb SA	071610	18561	1125.15	968.80
cpr pell 50 mg 60 pce			18561	2416.95	2145.50
cpr pell 70 mg 60 pce			18561	2416.95	2145.50
cpr pell 100 mg 30 pce			18561	2482.30	2205.04

PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable
Emballages

Groupe théér.

N° du dossier

nouveau prix

nouveau ex-fact.

V. Modifications de la limitation/de l'indication

ABRILADA	Pfizer AG	071500			
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 0.8ml			21203	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml 2 stylo pré 0.8ml			21203	869.30	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 0.8ml			21266	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml 2 ser pré 0.8ml			21266	869.30	742.20

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par ABRILADA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants ayant une surface corporelle $\geq 1,7\text{m}^2$ et âgés de 4 à 17 ans, auxquels la dose unique maximale de 40mg peut être administrée conformément à l'information professionnelle

Traitement par ABRILADA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par ABRILADA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par ABRILADA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par ABRILADA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par ABRILADA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le ABRILADA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques:

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par ABRILADA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par ABRILADA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par ABRILADA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants ayant une surface corporelle $\geq 1,7\text{m}^2$ et âgés de 4 à 17 ans, auxquels la dose unique maximale de 40mg peut être administrée conformément à l'information professionnelle

Traitement par ABRILADA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par ABRILADA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

**PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable
Emballages****Groupe
thér.****N° du dossier nouveau prix****nouveau
ex-fact.****Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante**

Traitement par ABRILADA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par ABRILADA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par ABRILADA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le ABRILADA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques:

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

AMGEVITA	Amgen Switzerland AG	071500			
sol inj 20 mg/0.4ml ser pré 1 pce			20992	229.65	185.55
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 1 pce			20992	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 2 pce			20992	869.30	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 6 pce			20992	2178.35	1928.17
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 1 pce			21009	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 2 pce			21009	869.30	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 6 pce			21009	2178.35	1928.17

20 mg/0.4 ml

Vieille limitation

Le dosage de 20 mg d'AMGEVITA est exclusivement réservé aux enfants et aux adolescents.

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

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients pédiatriques par AMGEVITA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation

Le dosage de 20 mg d'AMGEVITA est exclusivement réservé aux enfants et aux adolescents.

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par AMGEVITA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par AMGEVITA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients pédiatriques par AMGEVITA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable
Emballages**Groupe théér.****N° du dossier nouveau prix****nouveau ex-fact.****40 mg/0.8 ml**

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par AMGEVITA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes et pédiatriques par AMGEVITA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par AMGEVITA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le AMGEVITA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques.

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par AMGEVITA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par AMGEVITA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par AMGEVITA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

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

Traitement des patients adultes et pédiatriques par AMGEVITA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par AMGEVITA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le AMGEVITA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques:

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

AVASTIN	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
conc perf 100 mg/4ml vial 4ml			18082	342.00	283.32
conc perf 400 mg/16ml vial 16ml			18082	1224.25	1059.11

Vieille limitation

Carcinome colorectal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne 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, Avastin 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 bévacizumab. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.01.

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 d'Avastin 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, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.02.

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, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour le traitement Fr. 0.50 par mg d'Avastin. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin 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.

Déroutement 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 Roche Pharma (Suisse) SA le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Avastin, 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: 18082.03.

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

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne 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, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour le traitement Fr. 0.38 par mg d'Avastin. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin 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:

- a.) 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.
 - b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
 - c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
 - d.) 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.
 - e.) L'assureur facture à Roche Pharma (Suisse) SA le montant du remboursement par mg.
 - f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Avastin, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
 - g.) 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: 18082.04.

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, Avastin 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, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Avastin 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 bévacicumab 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, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.05.

Cancer du col utérin

Avastin 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, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.06.

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 récidive de glioblastome (grade IV selon l'OMS) après un traitement préalable par le témozolimide. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.07.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

AVASTIN 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 d'AVASTIN 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 d'AVASTIN en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Roche Pharma (Suisse) SA indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévacicumab. 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: 18082.08.

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

Nouvelle limitation

Carcinome colorectal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne 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, Avastin 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 bévécizumab. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 18082.01.

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 d'Avastin 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, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 18082.02.

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, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour le traitement Fr. 0.50 par mg d'Avastin. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin 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 :

- a.) 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.
- b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des frais au fournisseur de prestations.
- c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- d.) 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.
- e.) L'assureur facture à Roche Pharma (Suisse) SA le montant du remboursement par mg.
- f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Avastin, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- g.) 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 : 18082.03.

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, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour le traitement Fr. 0.38 par mg d'Avastin. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin 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 :

- a.) 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.
- b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
- c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- d.) 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.
- e.) L'assureur facture à Roche Pharma (Suisse) SA le montant du remboursement par mg.
- f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Avastin, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- g.) 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 : 18082.04.

**PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable
Emballages****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, Avastin 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, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Avastin 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, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.05.

Cancer du col utérin

Avastin 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, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.06.

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 récidive de glioblastome (grade IV selon l'OMS) après un traitement préalable par le témozolimide. En cas de prescription médicale appropriée, Avastin est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 18082.07.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

AVASTIN 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'atézolizumab (voir limitation TECENTRIQ). En ce qui concerne le remboursement d'AVASTIN 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 d'AVASTIN en association avec de l'atézolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Roche Pharma (Suisse) SA 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: 18082.08.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

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 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] ≥ 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 bévécizumab.

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 bévécizumab 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 bévécizumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine.
- Le traitement par bévécizumab peut être administré pendant une durée totale maximale de 15 mois (incluant la période d'administration avec la chimiothérapie).

Pour l'association de AVASTIN avec Lynparza (olaparib), une part fixe du prix départ usine doit être remboursée à l'assurance-maladie pour chaque emballage de AVASTIN 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 AVASTIN rembourse à cette caisse une part fixe du prix départ usine pour tout emballage de AVASTIN 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: 18082.09

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
BENEPALI	Samsung Bioepis CH GmbH	071500			
sol inj 25 mg/0.5 ml 4 ser pré 0.5 ml			20871	440.00	368.63
sol inj 50 mg/ml ser pré 2 pce			20871	440.00	368.63
sol inj 50 mg/ml ser pré 4 pce			20871	813.80	693.89
sol inj 50 mg/ml stylo pré 2 pce			20868	440.00	368.63
sol inj 50 mg/ml stylo pré 4 pce			20868	813.80	693.89

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde active, de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active et de l'arthrite psoriasique

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active, de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active chez les patients pesant ≥ 62.5 kg et de l'arthrite psoriasique en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.

Maladie de Bechterew (Spondylarthrite Ankylosante)

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Formes sévères de psoriasis en plaque

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 12 semaines, le traitement doit être interrompu. Dosage standard par cycle du traitement: 1 x 50 mg par semaine ou 2 x 25 mg par semaine pendant 24 semaines. Dans des cas exceptionnels, le dosage peut être augmenté au maximum à 2 x 50 mg par semaine pendant 12 semaines. La prescription ne peut être rédigée que par des dermatologues ou des hôpitaux universitaires/policliniques spécialisés(e)s en dermatologie.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Traitement par BENEPALI exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par BENEPALI s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde active, de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active et de l'arthrite psoriasique

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active, de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active chez les patients pesant ≥ 62.5 kg et de l'arthrite psoriasique en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.

Maladie de Bechterew (Spondylarthrite Ankylosante)

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Formes sévères de psoriasis en plaque

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 12 semaines, le traitement doit être interrompu. Dosage standard par cycle du traitement: 1 x 50 mg par semaine ou 2 x 25 mg par semaine pendant 24 semaines. Dans des cas exceptionnels, le dosage peut être augmenté au maximum à 2 x 50 mg par semaine pendant 12 semaines. La prescription ne peut être rédigée que par des dermatologues ou des hôpitaux universitaires/policliniques spécialisés(e)s en dermatologie.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
BEVACIZUMAB-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
conc perf 100 mg/4 ml flac 1 pce			21264	312.40	257.57
conc perf 400 mg/16 ml flac 1 pce			21264	1118.60	962.84

Vieille limitation

Carcinome colorectal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne 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, Bevacizumab-Teva 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 bévacizumab. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21264.01.

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 Bevacizumab-Teva 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, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21264.02.

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, Teva Pharma SA rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg de Bevacizumab-Teva. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva 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 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. d.) 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 Teva Pharma SA le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Bevacizumab-Teva, 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 : 21264.03.

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, Teva Pharma SA rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg de Bevacizumab-Teva. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva 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. d.) 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 Teva Pharma SA le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Bevacizumab-Teva, 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 : 21264.04.

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

Carcinome Ovarien

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement 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, Bevacizumab-Teva 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, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Bevacizumab-Teva est indiqué en combinaison avec le topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée dans le traitement des patientes atteintes d'un carcinome ovarien épithélial, d'un carcinome de la trompe ou d'un carcinome péritonéal primaire, récidivant et résistant au platine, qui n'ont pas reçu plus de deux schémas chimiothérapeutiques antérieurs et qui n'ont pas été préalablement traitées par le bévacizumab ou d'autres anti-VEGF. En cas de prescription médicale appropriée, après environ 6 cycles en combinaison avec le topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21264.05.

Cancer du col utérin

Bevacizumab-Teva 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, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21264.06.

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 témozolimide. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21264.07.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

BEVACIZUMAB-TEVA 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 BEVACIZUMAB-TEVA 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 BEVACIZUMAB-TEVA en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Teva Pharma SA indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévacizumab. 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 : 21264.08.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par BEVACIZUMAB-TEVA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

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, Bevacizumab-Teva 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 bévacizumab. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21264.01.

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 Bevacizumab-Teva 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, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21264.02.

**PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable
Emballages****Groupe
thér.****N° du dossier nouveau prix****nouveau
ex-fact.****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, Teva Pharma SA rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg de Bevacizumab-Teva. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva 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:

- a.) 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.
 - b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des frais au fournisseur de prestations.
 - c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie. d.) 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.
 - e.) L'assureur facture à Teva Pharma SA le montant du remboursement par mg.
 - f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Bevacizumab-Teva, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
 - g.) 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: 21264.03.

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, Teva Pharma SA rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg de Bevacizumab-Teva. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva 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:

- a.) 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.
 - b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
 - c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie. d.) 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.
 - e.) L'assureur facture à Teva Pharma SA le montant du remboursement par mg.
 - f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Bevacizumab-Teva, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
 - g.) 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: 21264.04.

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, Bevacizumab-Teva 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, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Bevacizumab-Teva est indiqué en combinaison avec le topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée dans le traitement des patientes atteintes d'un carcinome ovarien épithélial, d'un carcinome de la trompe ou d'un carcinome péritonéal primaire, récidivant et résistant au platine, qui n'ont pas reçu plus de deux schémas chimiothérapeutiques antérieurs et qui n'ont pas été préalablement traitées par le bévacizumab ou d'autres anti-VEGF. En cas de prescription médicale appropriée, après environ 6 cycles en combinaison avec le topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21264.05.

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

Bevacizumab-Teva 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, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21264.06.

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 témozolamide. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21264.07.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

BEVACIZUMAB-TEVA 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 BEVACIZUMAB-TEVA 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 BEVACIZUMAB-TEVA en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Teva Pharma SA indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévacizumab. 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 : 21264.08.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

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) ≥ 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 bévacizumab.

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 bévacizumab 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 bévacizumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine.
- Le traitement par bévacizumab peut être administré pendant une durée totale maximale de 15 mois (incluant la période d'administration avec la chimiothérapie).

Pour l'association de BEVACIZUMAB-TEVA avec Lynparza (olaparib), une part fixe du prix départ usine doit être remboursée à l'assurance-maladie pour chaque emballage de BEVACIZUMAB-TEVA 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 BEVACIZUMAB-TEVA rembourse à cette caisse une part fixe du prix départ usine pour tout emballage de BEVACIZUMAB-TEVA 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 : 21264.09

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
BRAFTOVI	Pierre Fabre Pharma AG	071610			
caps 50 mg blist 28 pce			20874	664.50	563.97
caps 75 mg blist 42 pce			20874	1441.10	1256.61
caps 75 mg blist 168 pce			20874	5403.35	5026.44

Limitation vieille

Uniquement en association avec MEKTOVI 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 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20874.01

Nouvelle limitation

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2027

Remboursé uniquement en association avec MEKTOVI pour le traitement des patients adultes atteints de mélanome non résecable ou métastatique porteurs d'une mutation BRAF V600.

Le traitement est remboursé 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 emballage de MEKTOVI achetée en association avec BRAFTOVI 24.49 % sur le prix de fabrique de chaque emballage 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20874.01

BYOOVIZ	Samsung Bioepis CH GmbH	119900			
sol inj 2.3mg/0.23ml av aiguille filtre flac 0.23ml			21604	654.80	555.54

Vieille limitation

Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative (humide) – DMLA, d'une perte de vision due à un œdème maculaire diabétique (OMD) et d'une perte de vision due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de veine rétinienne (occlusion de branche veineuse rétinienne OBVR et occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) ou d'une perte de vision due à une néovascularisation choroïdienne (NVC) consécutive à une myopie pathologique (MP), (NVC myopique, mNVC).

BYOOVIZ ne doit être utilisé que par des ophtalmologistes qualifiés dans les cliniques/centres A, B et C (conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH (<http://www.siwf-register.ch>) et pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Réglementation exceptionnelle: les cliniques de formation A, B et C ont le droit de collaborer avec des ophtalmologistes en cabinet pour assurer des soins qui soient proches du patient.

La collaboration se déroule sur une base consensuelle entre les deux partenaires et respecte les conditions suivantes:

a) La clinique de formation assure le premier examen ou la confirmation du diagnostic. Ce point doit être documenté pour les caisses-maladie.

b) Sur accord concernant les indications autorisées (DMLA, OMD, OBVR, OVCR ou mNVC), le médecin en cabinet peut également assurer la poursuite du traitement du patient.

Le traitement simultané des deux yeux chez un patient nécessite l'autorisation de l'assurance maladie, après consultation préalable du médecin-conseil.

Nouvelle limitation

Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative (humide) – DMLA, d'une perte de vision due à un œdème maculaire diabétique (OMD) et d'une perte de vision due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de veine rétinienne (occlusion de branche veineuse rétinienne OBVR et occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) ou d'une perte de vision due à une néovascularisation choroïdienne (NVC) consécutive à une myopie pathologique (MP), (NVC myopique, mNVC).

BYOOVIZ ne doit être utilisé que par des ophtalmologistes qualifiés dans les cliniques/centres A, B et C (conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH (<http://www.siwf-register.ch>) et pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Réglementation exceptionnelle: les cliniques de formation A, B et C ont le droit de collaborer avec des ophtalmologistes en cabinet pour assurer des soins qui soient proches du patient.

La collaboration se déroule sur une base consensuelle entre les deux partenaires et respecte les conditions suivantes:

a) La clinique de formation assure le premier examen ou la confirmation du diagnostic. Ce point doit être documenté pour les caisses-maladie.

b) Sur accord concernant les indications autorisées (DMLA, OMD, OBVR, OVCR ou mNVC), le médecin en cabinet peut également assurer la poursuite du traitement du patient.

Le traitement simultané des deux yeux chez un patient nécessite l'autorisation de l'assurance maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par BYOOVIZ s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ERELZI	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500			
sol inj 25 mg/0.5 ml 4 ser pré 0.5 ml			20750	440.00	368.63
sol inj 50 mg/ml 2 ser pré 1 ml			20750	440.00	368.63
SensoReady sol inj 50 mg/ml 2 stylo pré 1 ml			20751	440.00	368.63

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde active, de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active et de l'arthrite psoriasique

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active, de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active chez les patients pesant ≥ 62.5 kg et de l'arthrite psoriasique en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.

Maladie de Bechterew (Spondylarthrite Ankylosante)

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Formes sévères de psoriasis en plaque

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 12 semaines, le traitement doit être interrompu. Dosage standard par cycle du traitement : 1 x 50 mg par semaine ou 2 x 25 mg par semaine pendant 24 semaines. Dans des cas exceptionnels, le dosage peut être augmenté au maximum à 2 x 50 mg par semaine pendant 12 semaines. La prescription ne peut être rédigée que par des dermatologues ou des hôpitaux universitaires/policliniques spécialisés en dermatologie.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Traitement par ERELZI exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par ERELZI s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde active, de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active et de l'arthrite psoriasique

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active, de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active chez les patients pesant ≥ 62.5 kg et de l'arthrite psoriasique en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.

Maladie de Bechterew (Spondylarthrite Ankylosante)

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Formes sévères de psoriasis en plaque

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 12 semaines, le traitement doit être interrompu. Dosage standard par cycle du traitement : 1 x 50 mg par semaine ou 2 x 25 mg par semaine pendant 24 semaines. Dans des cas exceptionnels, le dosage peut être augmenté au maximum à 2 x 50 mg par semaine pendant 12 semaines. La prescription ne peut être rédigée que par des dermatologues ou des hôpitaux universitaires/policliniques spécialisés en dermatologie.

HUKYNDRA	Spirig HealthCare AG	071500			
sol inj 40 mg/0.4 ml ser pré 0.4 ml			21452	438.20	367.04
sol inj 40 mg/0.4 ml 2 ser pré 0.4 ml			21452	859.95	734.08
sol inj 40 mg/0.4 ml 6 ser pré 0.4 ml			21452	2479.20	2202.24
sol inj 80 mg/0.8 ml ser pré 0.8 ml			21452	859.95	734.08
sol inj 40 mg/0.4 ml stylo pré 0.4 ml			21453	438.20	367.04
sol inj 40 mg/0.4 ml 2 stylo pré 0.4 ml			21453	859.95	734.08
sol inj 40 mg/0.4 ml 6 stylo pré 0.4 ml			21453	2479.20	2202.24

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par HUKYNDRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents avec un poids corporel ≥ 30 kg

Traitement par HUKYNDRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par HUKYNDRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

**PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable
Emballages****Groupe
thér.****N° du dossier nouveau prix****nouveau
ex-fact.****Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante**

Traitement par HUKYNDRA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par HUKYNDRA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par HUKYNDRA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le HUKYNDRA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par HUKYNDRA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par HUKYNDRA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par HUKYNDRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents avec un poids corporel ≥ 30 kg

Traitement par HUKYNDRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par HUKYNDRA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par HUKYNDRA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par HUKYNDRA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par HUKYNDRA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le HUKYNDRA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
HULIO	Medius AG	071500			
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 0.8 ml			21095	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 2 x 0.8 ml			21095	869.30	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 0.8 ml			21095	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 2 x 0.8 ml			21095	869.30	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml flac 2 pce			21095	879.80	751.34

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par HULIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HULIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par HULIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par HULIO en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes et pédiatriques par HULIO lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par HULIO lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le HULIO ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HICR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par HULIO exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par HULIO s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par HULIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HULIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par HULIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par HULIO en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

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

Traitement des patients adultes et pédiatriques par HULIO lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par HULIO lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le HULIO ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée [maladie de Verneuil]

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

HYRIMOZ/HYRIMOZ SENSOREADY	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500			
sol inj 20 mg/0.4ml 2 ser pré 0.4 ml			20968	438.20	367.04
sol inj 40 mg/0.8 ml ser pré 0.8 ml			20968	438.20	367.04
sol inj 40 mg/0.8 ml 2 ser pré 0.8 ml			20968	859.95	734.08
sol inj 40 mg/0.8 ml 6 ser pré 0.8 ml			20968	2479.20	2202.24
sol inj 40 mg/0.8 ml stylo pré 0.8 ml			20969	438.20	367.04
sol inj 40 mg/0.8 ml 2 stylo pré 0.8 ml			20969	859.95	734.08
sol inj 40 mg/0.8 ml 6 stylo pré 0.8 ml			20969	2479.20	2202.24

20 mg/0.4 ml

Vieille limitation

Le dosage de 20 mg d'HYRIMOZ est exclusivement réservé aux enfants et aux adolescents.

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

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients pédiatriques par HYRIMOZ lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation

Le dosage de 20 mg d'HYRIMOZ est exclusivement réservé aux enfants et aux adolescents.

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par HYRIMOZ exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par HYRIMOZ s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients pédiatriques par HYRIMOZ lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

**PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable
Emballages****Groupe
thér.****N° du dossier nouveau prix****nouveau
ex-fact.****40 mg/0.8 ml**

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par HYRIMOZ en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes et pédiatriques par HYRIMOZ lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le HYRIMOZ ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques:

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par HYRIMOZ exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par HYRIMOZ s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par HYRIMOZ en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

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

Traitement des patients adultes et pédiatriques par HYRIMOZ lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le HYRIMOZ ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

IDACIO	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071500			
sol inj 40 mg/0.8ml flac 1 pce			21086	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 2 pce			21086	869.30	742.19
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 2 pce			21086	869.30	742.19

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par IDACIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par IDACIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par IDACIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par IDACIO en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes et pédiatriques par IDACIO lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par IDACIO lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le IDACIO ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

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

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par IDACIO exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par IDACIO s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par IDACIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans

Traitement par IDACIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par IDACIO lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par IDACIO en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes et pédiatriques par IDACIO lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par IDACIO lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le IDACIO ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

ILARIS	Novartis Pharma Schweiz AG	071099			
sol inj 150 mg/ml flac 1 ml			19119	10893.40	10377.33

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

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

Familiäres Mittelmeerfieber (FMF):

ILARIS ist für die Behandlung von Patienten mit dem Familiären Mittelmeerfieber (FMF) indiziert, bei welchen eine herkömmliche Therapie kontraindiziert ist, nicht vertragen wird oder kein adäquates Ansprechen trotz Verabreichung der höchstverträglichen Dosis erreicht wird.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 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).

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

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 31.03.2027

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

Après la garantie de la prise en charge par l'assurance maladie et la consultation préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie pour le traitement des patients atteints du syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS).

Pour prescription exclusive dans des centres de rhumatologie pédiatrique, rhumatologie, immunologie pédiatrique et immunologie par des spécialistes en rhumatologie, des spécialistes en immunologie ou par des spécialistes en pédiatrie avec formation approfondie en rhumatologie pédiatrique.

Si plus de 14 boîtes d'ILARIS à 150 mg par patient et par an sont utilisées dans l'indication TRAPS, Novartis Pharma Schweiz AG rembourse, sur demande de l'assurance-maladie de l'assuré au moment de l'achat, le prix de fabrique pour toutes les boîtes achetées à partir de la 15ème boîte à 150 mg. La TVA ne peut pas être récupérée en plus des montants basés sur le prix de fabrique. Le nombre d'emballages par an est évalué 15 mois après l'achat du premier emballage. Le recouvrement a lieu immédiatement après.

Les patients atteints de TRAPS doivent être enregistrés dans le registre JIRcohort (www.jircohorte.org).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2027

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

Après la garantie de la prise en charge par l'assurance maladie et la consultation préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie pour le traitement des patients atteints du Syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD).

Pour prescription exclusive dans des centres de rhumatologie pédiatrique, rhumatologie, immunologie pédiatrique et immunologie par des spécialistes en rhumatologie, des spécialistes en immunologie ou par des spécialistes en pédiatrie avec formation approfondie en rhumatologie pédiatrique.

Si plus de 14 boîtes d'ILARIS à 150 mg par patient et par an sont utilisées dans l'indication HIDS/MKD, Novartis Pharma Schweiz AG rembourse, sur demande de l'assurance-maladie de l'assuré au moment de l'achat, le prix de fabrique pour toutes les boîtes achetées à partir de la 15ème boîte à 150 mg. La TVA ne peut pas être récupérée en plus des montants basés sur le prix de fabrique. Le nombre d'emballages par an est évalué 15 mois après l'achat du premier emballage. Le recouvrement a lieu immédiatement après.

Les patients atteints de HIDS/MKD doivent être enregistrés dans le registre JIRcohort (www.jircohorte.org).

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

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2027

Fièvre méditerranéenne familiale (FMF)

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

Pour prescription exclusive dans des centres de rhumatologie pédiatrique, rhumatologie, immunologie pédiatrique et immunologie par des spécialistes en rhumatologie, des spécialistes en immunologie ou par des spécialistes en pédiatrie avec formation approfondie en rhumatologie pédiatrique.

Si plus de 14 boîtes d'ILARIS à 150 mg par patient et par an sont utilisées dans l'indication FMF, Novartis Pharma Schweiz AG rembourse, sur demande de l'assurance-maladie de l'assuré au moment de l'achat, le prix de fabrique pour toutes les boîtes achetées à partir de la 15ème boîte à 150 mg. La TVA ne peut pas être récupérée en plus des montants basés sur le prix de fabrique. Le nombre d'emballages par an est évalué 15 mois après l'achat du premier emballage. Le recouvrement a lieu immédiatement après.

Les patients atteints de FMF doivent être enregistrés dans le registre JIRcohort (www.jircohorte.org).

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

IMRALDI	Samsung Bioepis CH GmbH	071500			
sol inj 40 mg/0.8ml ser pré 0.8ml			21076	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml 2 ser pré 0.8ml			21076	869.30	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml 6 ser pré 0.8ml			21076	2346.10	2080.98
sol inj 40 mg/0.8ml stylo pré 0.8ml			21079	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.8ml 2 stylo pré 0.8ml			21079	869.30	742.20
sol inj 40 mg/0.8ml 6 stylo pré 0.8ml			21079	2346.10	2080.98

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par IMRALDI lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans avec un poids corporel \geq 30 kg

Traitement par IMRALDI lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par IMRALDI lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable Emballages**Groupe théér.****N° du dossier nouveau prix****nouveau ex-fact.****Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante**

Traitement par IMRALDI en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par IMRALDI lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par IMRALDI lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le IMRALDI ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par IMRALDI exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par IMRALDI s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par IMRALDI lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans avec un poids corporel ≥ 30 kg

Traitement par IMRALDI lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par IMRALDI lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par IMRALDI en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par IMRALDI lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par IMRALDI lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le IMRALDI ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
INFLECTRA subst sèche 100 mg flac 1 pce	Pfizer AG	071500	20458	586.15	495.81

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Maladie de Crohn active

Traitement de patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel précédent (p. ex. par l'azathioprine, la 6-mercaptopurine, les stéroïdes) a été insuffisant.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement chez les patients adultes par INFLECTRA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le INFLECTRA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou rhumatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques ou rhumatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1) la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 2) un anti-TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas permis d'obtenir un succès thérapeutique. En l'absence de succès thérapeutique au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée maximale du traitement est de 1 an.

Arthrite psoriasique

Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1) seulement en association avec le méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux DMARD de fond, dont le méthotrexate et 2) après échec des associations méthotrexate/étanercept ou méthotrexate/adalimumab.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par INFLECTRA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par INFLECTRA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Maladie de Crohn active

Traitement de patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel précédent (p. ex. par l'azathioprine, la 6-mercaptopurine, les stéroïdes) a été insuffisant.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement chez les patients adultes par INFLECTRA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le INFLECTRA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou rhumatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques ou rhumatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1) la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 2) un anti-TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas permis d'obtenir un succès thérapeutique. En l'absence de succès thérapeutique au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée maximale du traitement est de 1 an.

Arthrite psoriasique

Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1) seulement en association avec le méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux DMARD de fond, dont le méthotrexate et 2) après échec des associations méthotrexate/étanercept ou méthotrexate/adalimumab.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thérap.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
MEKTOVI	Pierre Fabre Pharma AG	071610			
cpr pell 15 mg blist 84 pce			20875	2419.45	2147.80
cpr pell 15 mg blist 168 pce			20875	4653.55	4295.60

Vieille Limitation

Uniquement en association avec BRAFTOVI 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 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20875.01

Nouvelle Limitation

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2027

Remboursé uniquement en association avec BRAFTOVI pour le traitement de patients adultes atteints de mélanome non résecable ou métastatique porteurs d'une mutation BRAF V600.

Le traitement est remboursé 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 emballage de MEKTOVI achetée en association avec BRAFTOVI 24.49 % sur le prix de fabrique de chaque emballage 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.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20875.01

MVASI	Amgen Switzerland AG	071610			
conc perf 100 mg/4ml flac 4 ml			21084	312.40	257.57
conc perf 400 mg/16ml flac 16 ml			21084	1118.60	962.84

Vieille Limitation

Carcinome colorectal

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.01.

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 MVASI est de 7,5 mg/kg de poids corporel (PC) toutes les 3 semaines. La dose de 15 mg/kg de PC toutes les 3 semaines n'est pas admise par les caisses-maladie. Après jusqu'à 6 cycles de traitement en association avec une chimiothérapie à base de cisplatine et de gemcitabine, MVASI est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.02.

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, Amgen Switzerland AG rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg de MVASI. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI 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 frais au fournisseur de prestations.
- Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- L'assureur-maladie règle l'intégralité du montant facturé au fournisseur de prestations. Dans le cadre du système « tiers garant », l'assureur-maladie rembourse à l'assuré l'intégralité des coûts liés au médicament. L'assureur-maladie prélève une éventuelle participation aux coûts uniquement sur le montant après remboursement. Il ne résultera aucun coût additionnel pour la personne assurée.
- L'assureur facture à Amgen Switzerland AG le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par MVASI, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- Si l'assuré change d'assureur, le service de médecine-conseil peut demander les données relatives au traitement en cours auprès de l'assureur précédent.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.03.

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

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne 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, Amgen Switzerland AG rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg de MVASI. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI 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:

- a.) 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.
 - b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
 - c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
 - d.) 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.
 - e.) L'assureur facture à Amgen Switzerland AG le montant du remboursement par mg.
 - f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par MVASI, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
 - g.) 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: 21084.04.

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, MVASI 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, MVASI est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21084.05.

Cancer du col utérin

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21084.06.

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 témozolimide. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21084.07.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

MVASI 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 MVASI 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 MVASI en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Amgen Switzerland AG indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévacicumab. 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: 21084.08.

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

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Pour toutes les indications nécessitant une garantie de prise en charge, aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par MVASI s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

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, MVASI 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, MVASI est remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.01.

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 MVASI est de 7,5 mg/kg de poids corporel (PC) toutes les 3 semaines. La dose de 15 mg/kg de PC toutes les 3 semaines n'est pas admise par les caisses-maladie. Après jusqu'à 6 cycles de traitement en association avec une chimiothérapie à base de cisplatine et de gemcitabine, MVASI est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.02.

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, Amgen Switzerland AG rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg de MVASI. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI 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 frais au fournisseur de prestations.
- Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- L'assureur-maladie règle l'intégralité du montant facturé au fournisseur de prestations. Dans le cadre du système « tiers garant », l'assureur-maladie rembourse à l'assuré l'intégralité des coûts liés au médicament. L'assureur-maladie prélève une éventuelle participation aux coûts uniquement sur le montant après remboursement. Il ne résultera aucun coût additionnel pour la personne assurée.
- L'assureur facture à Amgen Switzerland AG le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par MVASI, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- Si l'assuré change d'assureur, le service de médecine-conseil peut demander les données relatives au traitement en cours auprès de l'assureur précédent.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.03.

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, Amgen Switzerland AG rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg de MVASI. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI 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 Amgen Switzerland AG le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par MVASI, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- Si l'assuré change d'assureur, le service de médecine-conseil peut demander les données relatives au traitement en cours auprès de l'assureur précédent.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.04.

**PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable
Emballages****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, MVASI 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, MVASI est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

MVASI est indiqué en combinaison avec le paclitaxel, le topotécane 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 bévaccizumab ou d'autres anti-VEGF.

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.05.

Cancer du col utérin

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.06.

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 récidive de glioblastome (grade IV selon l'OMS) après un traitement préalable par le témozolamide. En cas de prescription médicale appropriée, Mvasi est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21084.07.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

MVASI en association avec l'atézolizumab (TECENTRIQ) pour le traitement du carcinome hépatocellulaire inopérable ou métastatique (CHC)

Les critères de remboursement correspondants s'appliquent conformément à la limitation de l'atézolizumab (voir limitation TECENTRIQ). En ce qui concerne le remboursement de MVASI 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 MVASI en association avec de l'atézolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Amgen Switzerland AG indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévaccizumab. 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 : 21084.08.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

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 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) ≥ 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 bévaccizumab.

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 bévaccizumab 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 bévaccizumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine.
- Le traitement par bévaccizumab peut être administré pendant une durée totale maximale de 15 mois (incluant la période d'administration avec la chimiothérapie).

Pour l'association de MVASI avec Lynparza (olaparib), une part fixe du prix départ usine doit être remboursée à l'assurance-maladie pour chaque emballage de MVASI 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 MVASI rembourse à cette caisse une part fixe du prix départ usine pour tout emballage de MVASI 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 : 21084.09

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NILEMDO	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	071200			
cpr pell 180 mg blist 28 pce			21127	72.95	49.20
cpr pell 180 mg blist 98 pce			21127	208.30	166.97

Vieille limitation

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

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

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

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

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

Nouvelle limitation

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2027

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

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

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

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

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NUSTENDI	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	071200			
cpr pell 180/10 mg blist 28 pce			21128	90.20	64.20
cpr pell 180/10 mg blist 98 pce			21128	266.45	217.59

Vieille limitation

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

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

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

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

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

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

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

Nouvelle limitation

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2027

En complément d'un traitement par une statine pour traiter l'hypercholestérolémie en présence d'une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse cliniquement manifeste et confirmée avec un taux de cholestérol LDL $\geq 1,8$ mmol/L ou en présence d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote avec un taux de cholestérol LDL $\geq 2,6$ mmol/L n'ayant pas pu être abaissé en dessous des valeurs mentionnées par un régime alimentaire et un traitement à base de statine à la dose maximale tolérée et d'ézétimibe.

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

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

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

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

OLUMIANT	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
cpr pell 2 mg 28 pce			20636	1017.60	871.24
cpr pell 4 mg 28 pce			20636	1017.60	871.24

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

En association avec des antirhumatismes modificateurs de la maladie (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs) conventionnels y compris le méthotrexate (MTX) chez des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active modérée à sévère, n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs cDMARDs ou ne l'ayant pas toléré. L'utilisation de Baricitinib en monothérapie en cas de réponse inappropriée ou d'intolérance aux csDMARDs reste réservée pour les patients, pour lesquels il a été montré que le méthotrexate n'a pas été supporté ou pour lesquels une contre-indication au méthotrexate a été montrée.

Dermatite atopique

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

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

Si après 8 semaines de traitement avec Baricitinib aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire aucune réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥ 50 % du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥ 50 % du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

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

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

Nouvelle limitation

Valable pour toutes les indications :

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

Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (20636.XX).

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

Polyarthrite rhumatoïde

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

En association avec des antirhumatismes modificateurs de la maladie (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs) conventionnels y compris le méthotrexate (MTX) chez des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active modérée à sévère, n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs cDMARDs ou ne l'ayant pas toléré. L'utilisation de Baricitinib en monothérapie en cas de réponse inappropriée ou d'intolérance aux csDMARDs reste réservée pour les patients, pour lesquels il a été montré que le méthotrexate n'a pas été supporté ou pour lesquels une contre-indication au méthotrexate a été montrée.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 20636.01

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

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

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

Si après 8 semaines de traitement avec Baricitinib aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire aucune réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou aucune amélioration de $\geq 50\%$ du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou aucune amélioration de $\geq 50\%$ du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

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

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 20636.02

OMNITROPE 10 PATR SUREPAL	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310			
sol inj 5 mg/1.5 ml 5 pce			19296	822.05	701.07
sol inj 10 mg/1.5 ml 5 pce			19296	1600.85	1402.12
sol inj 15 mg/1.5 ml 5 pce			19296	2370.50	2103.20

Vieille limitation

Application seulement en cas de manque de somatropine prouvé.

Chez les adultes les coûts de traitement sont pris en charge après accord préalable du médecin-conseil de l'assureur.

Par ailleurs, en cas de traitement à long terme des troubles de la croissance chez les enfants présentant un retard de croissance intra-utérin (Small for Gestational Age, SGA) même sans manque de somatropine prouvé, selon les 8 critères suivants :

- Poids/taille de naissance ≤ -2 SDS
- Pas de rattrapage de la croissance jusqu'à l'âge de 4 ans
- Taille actuelle ≤ -2.5 SDS
- Vitesse de croissance au cours de l'an dernier ≤ 0 SDS
- Ajustement à la taille cible parentérale < -1 SDS
- Un déficit en hormone de croissance et/ou une hypothyroïdie doivent être exclus au préalable
- Les autres causes médicales ou traitements pouvant expliquer un trouble de croissance doivent être exclus avant d'initier un traitement par Omnitrope.
- Réévaluation du traitement après un an : si le SDS de la vitesse de croissance au bout d'un an est au moins de +1, le traitement par Omnitrope est poursuivi.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par OMNITROPE s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Application seulement en cas de manque de somatropine prouvé.

Chez les adultes les coûts de traitement sont pris en charge après accord préalable du médecin-conseil de l'assureur.

Par ailleurs, en cas de traitement à long terme des troubles de la croissance chez les enfants présentant un retard de croissance intra-utérin (Small for Gestational Age, SGA) même sans manque de somatropine prouvé, selon les 8 critères suivants :

- Poids/taille de naissance ≤ -2 SDS
- Pas de rattrapage de la croissance jusqu'à l'âge de 4 ans
- Taille actuelle ≤ -2.5 SDS
- Vitesse de croissance au cours de l'an dernier ≤ 0 SDS
- Ajustement à la taille cible parentérale < -1 SDS
- Un déficit en hormone de croissance et/ou une hypothyroïdie doivent être exclus au préalable
- Les autres causes médicales ou traitements pouvant expliquer un trouble de croissance doivent être exclus avant d'initier un traitement par Omnitrope.
- Réévaluation du traitement après un an : si le SDS de la vitesse de croissance au bout d'un an est au moins de +1, le traitement par Omnitrope est poursuivi.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
OVALEAP	Future Health Pharma GmbH	070810			
sol inj 300 UI/0.5ml cartouche av 10 aigu 1 pce			20850	122.20	92.05
sol inj 450 UI/0.75ml cartouche av 10 aigu 1 pce			20850	175.15	138.12
sol inj 900 UI/1.5ml cartouche av 20 aigu 1 pce			20850	329.40	272.39

Vieille limitation

Non admis pour le traitement de l'adiposité.

Prise en charge seulement après examen endocrinologique préalable si la caisse a donné une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. La durée maximale du traitement se limite à une année.

Pas pour la stimulation d'une superovulation dans le cadre d'une fécondation in vitro (FIV).

Nouvelle limitation

N'est pas remboursé pour le traitement de l'obésité.

Remboursement uniquement après examen endocrinologique et pour autant que l'assureur-maladie ait accordé une garantie de prise en charge des coûts après consultation du médecin-conseil.

En cas d'application en médecine de la reproduction (stimulation de la croissance folliculaire et de l'ovulation):

La durée maximale du traitement se limite à une année.

N'est pas remboursé pour la stimulation d'une superovulation dans le cadre d'une fécondation in vitro (FIV).

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par OVALEAP s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

OYAVAS	Spirig HealthCare AG	071610			
conc perf 100 mg/4ml flac 4ml			21272	312.40	257.57
conc perf 400 mg/16ml flac 16ml			21272	1118.60	962.84

Vieille limitation

Carcinome colorectal

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne 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, Oyavas 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 bévacizumab. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.01.

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 d'Oyavas 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, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.02.

**PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable
Emballages****Groupe
thér.****N° du dossier nouveau prix****nouveau
ex-fact.****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, Spirig Healthcare SA rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg d'Oyavas. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas 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.

Déroutement du remboursement:

- a.) 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.
 - b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des frais au fournisseur de prestations.
 - c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
 - d.) 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.
 - e.) L'assureur facture à Spirig Healthcare SA le montant du remboursement par mg.
 - f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Oyavas, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
 - g.) 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: 21272.03.

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, Spirig Healthcare SA rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg d'Oyavas. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas 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.

Déroutement du remboursement:

- a.) 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.
 - b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
 - c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
 - d.) 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.
 - e.) L'assureur facture à Spirig Healthcare SA le montant du remboursement par mg.
 - f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Oyavas, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
 - g.) 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: 21272.04.

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, Oyavas 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, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Oyavas est indiqué en combinaison avec le paclitaxel, 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 bévacicumab ou d'autres anti-VEGF.

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.05.

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

Oyavas 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, Oyavas est remboursé jusqu'à la progression de la maladie. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.06.

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 récidive de glioblastome (grade IV selon l'OMS) après un traitement préalable par le témozolimide. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.07.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

OYAVAS 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 d'OYAVAS 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 d'OYAVAS en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Spirig HealthCare AG indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévacicumab. 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: 21272.08.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Pour toutes les indications nécessitant une garantie de prise en charge, aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par OYAVAS s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

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, Oyavas 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 de cisplatine ou d'irinotécan avec ou sans bévacicumab. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.01.

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 d'Oyavas 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, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21272.02.

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, Spirig Healthcare SA rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg d'Oyavas.

En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas 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.

Déroutement du remboursement:

- a.) 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.
- b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des frais au fournisseur de prestations.
- c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- d.) 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.
- e.) L'assureur facture à Spirig Healthcare SA le montant du remboursement par mg.
- f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Oyavas, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- g.) 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: 21272.03.

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

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne 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, Spirig Healthcare SA rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg d'Oyavas. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas 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 :

- a.) 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.
- b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
- c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- d.) 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.
- e.) L'assureur facture à Spirig Healthcare SA le montant du remboursement par mg.
- f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Oyavas, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- g.) 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 : 21272.04.

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, Oyavas 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, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Oyavas est indiqué en combinaison avec le paclitaxel, 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 bévacicumab ou d'autres anti-VEGF.

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21272.05.

Cancer du col utérin

Oyavas 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, Oyavas est remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21272.06.

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 témozolamide. En cas de prescription médicale appropriée, Oyavas est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21272.07.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

OYAVAS 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 d'OYAVAS 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 d'OYAVAS en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. Spirig HealthCare AG indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévacicumab. 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 : 21272.08.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
REMSIMA subst sèche 100 mg flac 1 pce	iQone Healthcare Switzerland SA	071500	20402	586.15	495.81

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Maladie de Crohn active

Traitement de patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel précédent (p. ex. par l'azathioprine, la 6-mercaptopurine, les stéroïdes) a été insuffisant.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement chez les patients adultes par REMSIMA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le REMSIMA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou rhumatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques ou rhumatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1) la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 2) un anti-TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas permis d'obtenir un succès thérapeutique. En l'absence de succès thérapeutique au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée maximale du traitement est de 1 an.

Arthrite psoriasique

Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1) seulement en association avec le méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux DMARD de fond, dont le méthotrexate et 2) après échec des associations méthotrexate/étanercept ou méthotrexate/adalimumab.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par REMSIMA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par REMSIMA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Maladie de Crohn active

Traitement de patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel précédent (p. ex. par l'azathioprine, la 6-mercaptopurine, les stéroïdes) a été insuffisant.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement chez les patients adultes par REMSIMA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le REMSIMA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou rhumatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques ou rhumatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1) la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 2) un anti-TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas permis d'obtenir un succès thérapeutique. En l'absence de succès thérapeutique au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée maximale du traitement est de 1 an.

Arthrite psoriasique

Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1) seulement en association avec le méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux DMARD de fond, dont le méthotrexate et 2) après échec des associations méthotrexate/étanercept ou méthotrexate/adalimumab.

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

REMSIMA (PI)

subs sèche 100mg flac 1 pce

APS-Arzneimittel-
Parallelimport-Service AG

071500

21606

536.15

452.29

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Maladie de Crohn active

Traitement de patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel précédent (p. ex. par l'azathioprine, la 6-mercaptopurine, les stéroïdes) a été insuffisant.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement chez les patients adultes par REMSIMA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le REMSIMA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou rhumatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques ou rhumatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1) la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 2) un anti-TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas permis d'obtenir un succès thérapeutique. En l'absence de succès thérapeutique au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée maximale du traitement est de 1 an.

Arthrite psoriasique

Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1) seulement en association avec le méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux DMARD de fond, dont le méthotrexate et 2) après échec des associations méthotrexate/étanercept ou méthotrexate/adalimumab.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par REMSIMA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par REMSIMA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant.

Maladie de Crohn active

Traitement de patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel précédent (p. ex. par l'azathioprine, la 6-mercaptopurine, les stéroïdes) a été insuffisant.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement chez les patients adultes par REMSIMA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le REMSIMA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou rhumatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques ou rhumatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1) la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 2) un anti-TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas permis d'obtenir un succès thérapeutique. En l'absence de succès thérapeutique au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée maximale du traitement est de 1 an.

Arthrite psoriasique

Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1) seulement en association avec le méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux DMARD de fond, dont le méthotrexate et 2) après échec des associations méthotrexate/étanercept ou méthotrexate/adalimumab.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
RETSEVMO	Eli Lilly (Suisse) SA	071610			
caps 40 mg blist 56 pce			21209	2212.05	1958.87
caps 80 mg blist 56 pce			21209	4265.85	3917.73

Vieille limitation

2L NSCLC:

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

RETSEVMO est indiqué en monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique présentant une fusion du gène RET, qui nécessitent un traitement systémique et chez lesquels une progression est survenue après un traitement antérieur. Le traitement par RETSEVMO se poursuit jusqu'à progression de la maladie.

Une rotation au sein des inhibiteurs de RET ne sera remboursée qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance.

Le titulaire de l'autorisation, Eli Lilly (Suisse) SA, rembourse intégralement, au prix de fabrique actuel, les emballages acquis au cours des 2 premiers mois suivant le début du traitement (max. 4 emballages de RETSEVMO), à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament.

De plus, le titulaire de l'autorisation, Eli Lilly (Suisse) SA, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament, dès la première demande de l'assurance, un montant de Fr. 569.05 pour chaque emballage supplémentaire de RETSEVMO 80 mg 56 pce acquis et un montant de Fr. 284.55 pour chaque emballage supplémentaire de RETSEVMO 40mg 56 pcs acquis.

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

Nouvelle limitation

2L NSCLC

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

RETSEVMO est remboursé en tant que monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique présentant une fusion du gène RET, qui nécessitent un traitement systémique et chez lesquels une progression est survenue après un traitement antérieur. Le remboursement de RETSEVMO se fait au maximum jusqu'à la progression de la maladie. Une rotation au sein des inhibiteurs de RET ne sera remboursée qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance.

Le titulaire de l'autorisation, Eli Lilly (Suisse) SA, rembourse intégralement, au prix de fabrique actuel, les emballages acquis au cours des 2 premiers mois suivant le début du traitement (max. 4 emballages de RETSEVMO), à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament.

De plus, le titulaire de l'autorisation, Eli Lilly (Suisse) SA, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament, dès la première demande de l'assurance, un montant de Fr. 566.02 pour chaque emballage supplémentaire de RETSEVMO 80 mg 56 pce acquis et un montant de Fr. 283.01 pour chaque emballage supplémentaire de RETSEVMO 40mg 56 pcs acquis.

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

RIXATHON	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
conc perf 100 mg/10 ml 2 amp 10 ml			20820	501.30	421.97
conc perf 500 mg/50 ml amp 50 ml			20820	1215.70	1051.32

Vieille limitation

Hématologie:

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 20820.01

Maladies auto-immunes:

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Le code de l'indication suivant doit être transmis: 20820.02

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

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2026

Association de RIXATHON avec POLIVY et la bendamustine en cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire

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

RIXATHON est remboursé en association avec POLIVY et la bendamustine pour le traitement des patients adultes présentant un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

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

Le code de l'indication suivant doit être transmis : 20820.03

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par RIXATHON s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Hématologie :

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Le code de l'indication suivant doit être transmis : 20820.01

Maladies auto-immunes :

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis :

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide ;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué ;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Le code de l'indication suivant doit être transmis : 20820.02

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2026

Association de RIXATHON avec POLIVY et la bendamustine en cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire

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

RIXATHON est remboursé en association avec POLIVY et la bendamustine pour le traitement des patients adultes présentant un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

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

Le code de l'indication suivant doit être transmis : 20820.03

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TAKHZYRO	Takeda Pharma AG	029900			
sol inj 300 mg/2 ml ser pré 1 pce			20923	9903.30	9412.34

Vieille limitation

En monothérapie pour la prophylaxie à long terme des crises d'angioœdème héréditaire (AOH) de type I ou de type II chez les patients âgés de 12 ans et plus qui présentent une évolution sévère avérée ET ≥ 2 crises par mois sur une période de 12 mois malgré un traitement à la demande. La dose recommandée est de 300 mg de lanadelumab toutes les 2 semaines. Un intervalle de dose de 300 mg de lanadelumab toutes les 4 semaines est également efficace et peut être envisagé si le patient est bien contrôlé depuis plus de 6 mois (par exemple, s'il n'a pas subi de crise).

Si un patient est bien contrôlé après 6 mois, un intervalle de dose de 300 mg toutes les 4 semaines sera remboursé. Le maintien d'un intervalle de dose de 2 semaines au lieu de 4 semaines doit être justifié par le médecin traitant dans le cadre d'une nouvelle demande de remboursement, en tenant compte de la documentation du patient sur les symptômes et événements cliniquement pertinents liés à la maladie AOH.

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

L'initiation et la surveillance du traitement se font exclusivement dans l'un des centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Inselspital de Berne, Hôpital universitaire de Bâle, CHUV, HUG, Hôpital cantonal de Lucerne, Hôpital cantonal d'Aarau et Hôpital cantonal de Saint-Gall.

A la première demande de l'assureur maladie auprès de laquelle l'assuré était assuré au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation remboursera à la caisse maladie une proportion fixe du prix de fabrique par seringue prête pour chaque seringue prête de TAKHZYRO acheté. La TVA ne peut être récupérée en plus de cette proportion du prix de fabrique. La demande de remboursement peut être faite à partir de la date de l'administration.

En outre, le titulaire de l'autorisation remboursera à l'assureur maladie auprès de laquelle l'assuré était assuré au moment de l'achat, le montant total du prix de fabrique pour le nombre de seringue prête qui dépasse un nombre déterminé de seringue prête par année civile et par patient. Il informe la caisse maladie de la valeur seuil du nombre de seringue prête par patient et par année civile au-delà de laquelle le titulaire de l'autorisation remboursera le prix de fabrique par seringue prête. La TVA ne peut être récupérée en plus de ce montant (basé sur le prix de fabrique). Le remboursement du nombre de seringue prête dépassant la valeur seuil par année civile doit être effectué rétroactivement par année civile (avec une date butoir au 31 décembre) et, si nécessaire, au prorata (première année de traitement, année d'arrêt du traitement).

Pendant la période d'admission temporaire dans la LS, tous les patients traités par lanadelumab doivent être enregistrés en continu dans le registre (www.HAEdatabase.ch) par le médecin traitant du centre respectif en utilisant les données spécifiées. Si un patient ne donne pas son consentement à l'enregistrement de ses données, cela doit être indiqué.

Nouvelle limitation

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2027

En monothérapie pour la prophylaxie à long terme des crises d'angioœdème héréditaire (AOH) de type I ou de type II chez les patients âgés de 12 ans et plus qui présentent une évolution sévère avérée ET ≥ 2 crises par mois sur une période de 12 mois malgré un traitement à la demande. La dose initiale recommandée est de 300 mg de lanadelumab toutes les 2 semaines. Un intervalle de dose de 300 mg de lanadelumab toutes les 4 semaines est également efficace et peut être envisagé si le patient est bien contrôlé depuis plus de 6 mois (par exemple, s'il n'a pas subi de crise).

Si un patient est bien contrôlé après 6 mois, un intervalle de dose de 300 mg toutes les 4 semaines sera remboursé. Le maintien d'un intervalle de dose de 2 semaines au lieu de 4 semaines doit être justifié par le médecin traitant dans le cadre d'une nouvelle demande de remboursement, en tenant compte de la documentation du patient sur les symptômes et événements cliniquement pertinents liés à la maladie AOH.

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

L'initiation et la surveillance du traitement se font exclusivement dans l'un des centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Inselspital de Berne, Hôpital universitaire de Bâle, CHUV, HUG, Hôpital cantonal de Lucerne, Hôpital cantonal d'Aarau, Hôpital cantonal de Saint-Gall, Hôpital du Valais (Institut Central des Hôpitaux (ICH) Sion et Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli.

Un maximum de 19 seringues prêtes à l'emploi est remboursé par an pour le traitement d'un patient. Le titulaire de l'autorisation remboursera à l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était affiliée au moment de l'achat, le montant total correspondant au prix de fabrique à partir de la 20e seringue prête à l'emploi dont il est prouvé qu'elle a été utilisée pour le traitement en l'espace d'un an. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de ce montant (base prix de fabrique).

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TRODELVY subst sèche 180 mg flac 1 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	071610	21290	1076.20	924.25
<p>Vieille limitation cancer du sein triple négatif (TNBC) Le traitement nécessite une garantie de prise en charge par la caisse maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du sein triple négatif non résécable, localement avancé ou métastatique, ayant déjà reçu au moins deux traitements antérieurs (chimiothérapie ou thérapie anticancéreuse ciblée ou moléculaire (targeted ou molecularly targeted therapy)) conformément aux directives cliniques courantes, dont au moins une chimiothérapie (indépendamment du stade de la maladie) et un traitement préalable au stade métastatique.</p> <p>Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables dont la progression a été initialement constatée peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de la maladie.</p> <p>Sur demande de la caisse maladie auprès de laquelle le patient était assuré au moment de l'achat, Gilead Sciences Switzerland Sàrl rembourse un montant déterminé sur le prix de fabrique de la boîte de TRODELVY pour chaque boîte de TRODELVY achetée. Gilead Sciences Switzerland Sàrl communique à la caisse maladie le montant du remboursement. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette proportion du prix de fabrique.</p> <p>Nouvelle Limitation Valable pour toutes les indications remboursées: Uniquement après garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préliminaire du médecin-conseil. Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (21290.XX). Le traitement est remboursé jusqu'à l'évolution de la pathologie (progression) ou l'apparition d'une toxicité inacceptable. Les patients cliniquement stables présentant une progression initiale avérée peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de la maladie.</p> <p>Limitation limitée jusqu'au 30.04.2026 cancer du sein triple négatif (TNBC) (avec modèle de prix) En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du sein triple négatif non résécable, localement avancé ou métastatique, ayant déjà reçu au moins deux traitements antérieurs (chimiothérapie, traitement anticancéreux ciblé ou thérapie moléculaire (targeted ou molecularly targeted therapy)) conformément aux directives cliniques courantes, dont au moins une chimiothérapie (indépendamment du stade de la maladie) ainsi qu'un traitement antérieur au stade métastatique. Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21290.01</p> <p>Limitation limitée jusqu'au 30.04.2026 RH+/HER2- cancer du sein (avec modèle de prix) En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du sein positif au récepteur hormonal (RH+), négatif au récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-), non résécable, localement avancé ou métastatique, qui ont reçu un traitement endocrinien en association avec un inhibiteur de CDK4/6, indépendamment du stade de la maladie et au moins deux lignes de chimiothérapie systémique au stade métastatique, et qui ont montré une progression de la maladie lors du dernier traitement. Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 21290.02</p> <p>Pour les traitements dans les indications avec modèle de prix, sur première demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, la société Gilead Sciences Switzerland Sàrl rembourse à l'assureur-maladie, pour chaque boîte de TRODELVY délivrée, une part fixe du prix de fabrique. La société Gilead Sciences Switzerland Sàrl communique le montant du remboursement à l'assureur-maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix de fabrique.</p>					
TRUXIMA conc perf 100 mg/10 ml 2 vial 10 ml	iQone Healthcare Switzerland SA	071610	20815	501.30	421.97
conc perf 500 mg/50 ml vial 50 ml			20815	1215.70	1051.32
<p>Vieille limitation Hématologie: Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans. Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20- positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance. Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP. Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP. Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins. Le code de l'indication suivant doit être transmis: 20815.01</p>					

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

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis :

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Le code de l'indication suivant doit être transmis : 20815.02

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2026

Association de TRUXIMA avec POLIVY et la bendamustine en cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire

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

TRUXIMA est remboursé en association avec POLIVY et la bendamustine pour le traitement des patients adultes présentant un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

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

Le code de l'indication suivant doit être transmis : 20815.03

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par TRUXIMA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Hématologie :

Traitement de patients symptomatiques non prétraités avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif (stades III-IV) et charge tumorale élevée, en association avec un protocole CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) ou CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). En cas de réponse au traitement, un traitement d'entretien par le rituximab en monothérapie peut être administré pendant 2 ans.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20- positif (stades III-IV), en cas de récurrence ou de chimiorésistance.

Traitement d'entretien de patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire CD20-positif récidivant ou réfractaire (stades III-IV) ayant répondu à un traitement d'induction par un protocole CHOP ou R-CHOP.

Traitement de patients avec lymphome non hodgkinien agressif à grandes cellules B, CD20-positif, (DLBCL) en association avec une chimiothérapie standard analogue au protocole CHOP.

Traitement de patients avec leucémie lymphatique chronique (CLL) nécessitant un traitement en association avec fludarabine et cyclophosphamide (R-FC). Les patients prétraités par fludarabine doivent avoir répondu au traitement pendant 6 mois au moins.

Le code de l'indication suivant doit être transmis : 20815.01

Maladies auto-immunes

Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Les coûts ne sont pris en charge que si l'assureur maladie a accordé une garantie de prise en charge après consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis :

- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;
- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;
- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).

Le code de l'indication suivant doit être transmis : 20815.02

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2026

Association de TRUXIMA avec POLIVY et la bendamustine en cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire

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

TRUXIMA est remboursé en association avec POLIVY et la bendamustine pour le traitement des patients adultes présentant un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

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

Le code de l'indication suivant doit être transmis : 20815.03

VAXNEUVANCE

MSD Merck Sharp & Dohme AG

080800

susp inj ser pré 0.5 ml

21514

83.40

58.28

Vieille limitation

Prise en charge des coûts pour les personnes à partir de 65 ans.

Nouvelle limitation

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2026

Prise en charge des coûts pour les nourrissons et les enfants âgés de 6 semaines à 5 ans.

Prise en charge des coûts pour les personnes à partir de 65 ans.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
VEGZELMA	iQone Healthcare Switzerland SA	071610			
conc perf 100 mg/4ml flac 1 pce			21617	312.40	257.57
conc perf 400 mg/16ml flac 1 pce			21617	1118.60	962.84

Vieille limitation

Carcinome colorectal

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

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21617.01.

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 Vegzelma 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, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21617.02.

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, iQone Healthcare Switzerland rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg Vegzelma. En cas de prescription médicale appropriée, Vegzelma 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 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 iQone Healthcare Switzerland le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Vegzelma, 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 : 21617.03.

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, iQone Healthcare Switzerland rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg Vegzelma. En cas de prescription médicale appropriée, Vegzelma 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 iQone Healthcare Switzerland le montant du remboursement par mg.
- Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Vegzelma, 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 : 21617.04.

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

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement 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, Vegzelma 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, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Vegzelma 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 bévacicumab 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, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21617.05.

Cancer du col utérin

Vegzelma 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, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21617.06.

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 témozolimide. En cas de prescription médicale appropriée, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21617.07

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

VEGZELMA en association avec l'atézolizumab (TECENTRIQ) pour le traitement du carcinome hépatocellulaire inopérable ou métastatique (CHC)

Les critères de remboursement correspondants s'appliquent conformément à la limitation de l'atézolizumab (voir limitation TECENTRIQ). En ce qui concerne le remboursement Vegzelma 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 Vegzelma en association avec de l'atézolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. IQone Healthcare Switzerland indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévacicumab. 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: 21617.08

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Pour toutes les indications nécessitant une garantie de prise en charge, aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par VEGZELMA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

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, Vegzelma 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, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21617.01.

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 Vegzelma 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, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21617.02.

**PRÉPARATION/(Substances actives) Maison responsable
Emballages****Groupe
thér.****N° du dossier nouveau prix****nouveau
ex-fact.****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, IQOne Healthcare Switzerland rembourse pour le traitement Fr. 0.27 par mg Vegzelma. En cas de prescription médicale appropriée, Vegzelma 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 :

- a.) 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.
- b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des frais au fournisseur de prestations.
- c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- d.) 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.
- e.) L'assureur facture à IQOne Healthcare Switzerland le montant du remboursement par mg.
- f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Vegzelma, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- g.) 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 : 21617.03.

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, IQOne Healthcare Switzerland rembourse pour le traitement Fr. 0.10 par mg Vegzelma. En cas de prescription médicale appropriée, Vegzelma 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 :

- a.) 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.
- b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
- c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- d.) 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.
- e.) L'assureur facture à IQOne Healthcare Switzerland le montant du remboursement par mg.
- f.) Si un changement de fournisseur de prestations assurant le traitement intervient au cours d'un traitement par Vegzelma, le nouveau fournisseur de prestations doit effectuer une nouvelle demande de prise en charge.
- g.) 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 : 21617.04.

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, Vegzelma 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, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Vegzelma 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 bévacizumab 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, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie : 21617.05.

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

Vegzelma 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, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21617.06.

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 témozolimide. En cas de prescription médicale appropriée, Vegzelma est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21617.07

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

VEGZELMA 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 Vegzelma 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 Vegzelma en association avec de l'atezolizumab (TECENTRIQ) acquise pour l'indication du traitement du CHC. IQOne Healthcare Switzerland indique à l'assureur-maladie les prix économiques du bévacicumab. 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: 21617.08.

YUFLYMA	iQOne Healthcare Switzerland SA	071500			
sol inj 40 mg/0.4ml stylo pré 1 pce			21479	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.4ml stylo pré 2 pce (emballage multiple)			21479	869.30	742.20
sol inj 80 mg/0.8ml stylo pré 1 pce			21479	758.85	646.09
sol inj 40 mg/0.4ml ser pré protège-aiguille 1 pce			21480	442.85	371.10
sol inj 40 mg/0.4ml ser pré protège-aiguille 2 pce (emballage multiple)			21480	869.30	742.20
sol inj 80 mg/0.8ml ser pré protège-aiguille 1 pce			21480	758.85	646.09

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par YUFLYMA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents avec un poids corporel ≥ 30 kg

Traitement par YUFLYMA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par YUFLYMA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par YUFLYMA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par YUFLYMA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par YUFLYMA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

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

Dans les traitements suivants, le YUFLYMA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par YUFLYMA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Pour toutes les indications nécessitant une garantie de prise en charge, aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par YUFLYMA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par YUFLYMA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

L'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents avec un poids corporel ≥ 30 kg

Traitement par YUFLYMA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par YUFLYMA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par YUFLYMA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement des patients adultes par YUFLYMA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par YUFLYMA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le YUFLYMA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques :

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ZIRABEV	Pfizer AG	071610			
conc perf 100 mg/4ml vial 4ml			21090	312.40	257.57
conc perf 400 mg/16ml vial 16ml			21090	1118.60	962.84

Vieille limitation

Carcinome colorectal

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

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.

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

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2026

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 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) ≥ 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 bévacizumab.

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 bévacizumab 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 bévacizumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine.
- Le traitement par bévacizumab 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.

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 bévacizumab 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 témozolamide. 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 bévacizumab. 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) Maison responsable
Emballages****Groupe
thér.****N° du dossier nouveau prix****nouveau
ex-fact.**

Nouvelle limitation

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Pour toutes les indications nécessitant une garantie de prise en charge, aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par ZIRABEV s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

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 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: 21090.01.

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.

Déroutement du remboursement:

- a.) 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.
- b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des frais au fournisseur de prestations.
- c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- d.) 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.
- e.) L'assureur facture à Pfizer SA le montant du remboursement par mg.
- f.) 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.
- g.) 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.

Déroutement du remboursement:

- a.) 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.
- b.) L'assureur-maladie confirme la prise en charge des coûts au fournisseur de prestations.
- c.) Pendant toute la durée du traitement, le fournisseur de prestations facture l'intégralité des coûts liés au médicament à l'assureur-maladie.
- d.) 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.
- e.) L'assureur facture à Pfizer SA le montant du remboursement par mg.
- f.) 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.
- g.) 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.

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

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) ≥ 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.

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 bévacicumab 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 témozolamide. 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 bévacicumab. 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.
--	--------------------	-----------------	---------------	--------------	---------------------

VI. Limitation de la nouvelle admission

LYNPARZA	AstraZeneca AG	071610			
cpr pell 100 mg blist 112 pce			20852	4950.70	4585.23
cpr pell 150 mg blist 112 pce			20852	4950.70	4585.23

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

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

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 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] ≥ 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 25e 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

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

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 atteintes 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 :

- ≥ 2 chimiothérapies préalables à base de platine, la dernière de ces chimiothérapies à base de platine avec ≥ 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

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 la 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, la titulaire de l'autorisation de Lynparza rembourse à cet assureur une part fixe du prix départ usine pour tout emballage de Lynparza acheté. La 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.
RAYALDEE caps 30 mcg fl 30 pce	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	070230	21211	122.70	92.51
<p>Vieille limitation Pour le traitement de l'hyperparathyroïdie secondaire (SHPT) avec des taux plasmatiques d'iPTH entre ≥ 85 et < 500 pg/ml chez des patients adultes atteints de maladie rénale chronique de stade 3 ou 4 et une concentration sérique de vitamine D < 30 ng/ml. Avant le début du traitement, le calcium sérique devrait être inférieur à 2.45 mmol/l (9.8 mg/dl) et le phosphate sérique inférieur à 1.78 mmol/l (5.5 mg/dl). Le diagnostic ainsi que la prescription doivent être établis par un médecin spécialiste en néphrologie.</p> <p>limitation limitée jusqu'au 31.03.2025 Pour le traitement de l'hyperparathyroïdie secondaire (SHPT) avec des taux plasmatiques d'iPTH entre ≥ 85 et < 500 pg/ml chez des patients adultes atteints de maladie rénale chronique de stade 3 ou 4 et une concentration sérique de vitamine D < 30 ng/ml. Avant le début du traitement, le calcium sérique devrait être inférieur à 2.45 mmol/l (9.8 mg/dl) et le phosphate sérique inférieur à 1.78 mmol/l (5.5 mg/dl). Le diagnostic ainsi que la prescription doivent être établis par un médecin spécialiste en néphrologie.</p>					



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

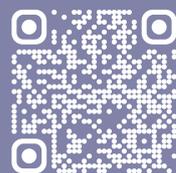
Nous devons agir aujourd'hui pour disposer d'antibiotiques efficaces à l'avenir également.



Les antibiotiques:

quand il faut,

comme il faut.



Plus d'informations ici:
[quand-il-faut-comme-il-faut.ch](https://www.quand-il-faut-comme-il-faut.ch)

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Argovie		11062382
Berne		10975744
Valais		10383451-10383475
Zurich		10629921

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

OFSP-Bulletin

Semaine
17/2024