



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 19 février 2024

OFSP-Bulletin

Semaine

8/2024

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

Liste des spécialités, p. 8

Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

MISE EN PAGE ET IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	7
Résumé hebdomadaire sur les virus respiratoires	7
Liste des spécialités	8
Vol d'ordonnances	35

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 6^e semaine (12.02.2024)^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 6^e semaine (12.02.2024)^a

	Semaine 6			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	1 0.6	2 1.2	1 0.6	8 1.2	11 1.6	4 0.6	139 1.6	141 1.6	89 1	27 2.6	21 2.1	12 1.2
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers	https://idd.bag.admin.ch											
Légionellose	7 4.1	6 3.5	4 2.4	26 3.8	33 4.8	21 3.1	609 6.9	708 8	658 7.4	40 3.9	72 7	31 3
Méningocoques: maladie invasive	2 1.2		2 1.2	3 0.4	1 0.2	3 0.4	37 0.4	16 0.2	10 0.1	5 0.5	2 0.2	3 0.3
Pneumocoques: maladie invasive	32 18.8	20 11.7	7 4.1	116 17	76 11.2	41 6	934 10.6	901 10.2	535 6	209 20.5	202 19.8	63 6.2
Rougeole	11 6.5			23 3.4	4 0.6		60 0.7	5 0.06		23 2.2	4 0.4	
Rubéole^b												
Rubéole, materno-fœtale^c												
Tuberculose	7 4.1	3 1.8	12 7	28 4.1	25 3.7	35 5.1	429 4.8	344 3.9	361 4.1	40 3.9	35 3.4	43 4.2
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	100 58.7	81 47.6	115 67.5	477 70	380 55.8	419 61.5	6885 77.8	7532 85.1	6924 78.2	974 95.3	755 73.9	866 84.8
Hépatite A	1 0.6	3 1.8		3 0.4	4 0.6	8 1.2	59 0.7	47 0.5	49 0.6	4 0.4	8 0.8	8 0.8
Hépatite E	1 0.6	2 1.2	1 0.6	3 0.4	9 1.3	10 1.5	69 0.8	78 0.9	161 1.8	5 0.5	15 1.5	12 1.2
Infection à E. coli entérohémorragique	20 11.7	17 10	20 11.7	78 11.4	70 10.3	65 9.5	1240 14	1219 13.8	975 11	118 11.6	113 11.1	90 8.8
Listériose	1 0.6	1 0.6		6 0.9	5 0.7	4 0.6	74 0.8	78 0.9	37 0.4	7 0.7	7 0.7	7 0.7
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	1 0.6			4 0.6		2 0.3	22 0.2	10 0.1	4 0.05	4 0.4	1 0.1	2 0.2
Salmonellose, autres	17 10	19 11.2	16 9.4	79 11.6	96 14.1	71 10.4	1788 20.2	1872 21.1	1499 16.9	121 11.8	147 14.4	107 10.5
Shigellose	1 0.6		4 2.4	14 2.1	12 1.8	13 1.9	189 2.1	197 2.2	106 1.2	21 2.1	19 1.9	14 1.4

	Semaine 6			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												
Chlamydieuse	295 173.2	275 161.5	290 170.3	1118 164.1	1168 171.5	1041 152.8	12594 142.2	13291 150.1	12326 139.2	1499 146.7	1615 158.1	1372 134.3
Gonorrhée	162 95.1	122 71.6	196 115.1	562 82.5	472 69.3	413 60.6	6253 70.6	5311 60	4203 47.5	799 78.2	655 64.1	520 50.9
Hépatite B, aiguë				1 0.2		2 0.3	17 0.2	12 0.1	17 0.2	3 0.3	1 0.1	2 0.2
Hépatite B, total déclarations	29	16	13	97	96	83	1150	1129	990	141	135	113
Hépatite C, aiguë				1 0.2	1 0.2		14 0.2	12 0.1	12 0.1	3 0.3	1 0.1	
Hépatite C, total déclarations	18	19	13	87	92	69	1068	1064	909	128	124	98
Infection à VIH	6 3.5	7 4.1	3 1.8	20 2.9	26 3.8	22 3.2	352 4	353 4	323 3.6	43 4.2	41 4	34 3.3
Sida				2 0.3	1 0.2	3 0.4	42 0.5	40 0.4	46 0.5	4 0.4	2 0.2	4 0.4
Syphilis, stades précoces ^d	17 10	17 10	32 18.8	44 6.5	70 10.3	64 9.4	722 8.2	827 9.3	747 8.4	58 5.7	109 10.7	93 9.1
Syphilis, total	21 12.3	25 14.7	49 28.8	56 8.2	103 15.1	91 13.4	992 11.2	1089 12.3	990 11.2	76 7.4	146 14.3	127 12.4
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose	1 0.6			3 0.4			13 0.2	6 0.07	6 0.07	3 0.3		
Chikungunya				2 0.3	4 0.6		30 0.3	9 0.1	6 0.07	3 0.3	4 0.4	
Dengue	4 2.4	2 1.2	1 0.6	25 3.7	12 1.8	2 0.3	306 3.5	127 1.4	28 0.3	42 4.1	22 2.2	4 0.4
Encéphalite à tiques	1 0.6	1 0.6	1 0.6	3 0.4	3 0.4	1 0.2	310 3.5	391 4.4	285 3.2	8 0.8	4 0.4	1 0.1
Fièvre du Nil occidental							1 0.01					
Fièvre jaune												
Fièvre Q		5 2.9	1 0.6	5 0.7	8 1.2	4 0.6	98 1.1	94 1.1	106 1.2	10 1	10 1	7 0.7
Infection à Hantavirus									6 0.07			
Infection à virus Zika				1 0.2			8 0.09	1 0.01		3 0.3	1 0.1	
Paludisme	3 1.8	4 2.4	6 3.5	23 3.4	20 2.9	28 4.1	349 3.9	312 3.5	266 3	36 3.5	35 3.4	37 3.6
Trichinellose						1 0.2	2 0.02	3 0.03	1 0.01			1 0.1
Tularémie		1 0.6		3 0.4	4 0.6	6 0.9	112 1.3	123 1.4	223 2.5	7 0.7	9 0.9	8 0.8
Autres déclarations												
Botulisme							2 0.02	1 0.01	1 0.01			
Diphthérie ^e	1 0.6			1 0.2			26 0.3	97 1.1	4 0.05	1 0.1	3 0.3	
Maladie de Creutzfeldt-Jakob			2 1.2	2 0.3	5 0.7	3 0.4	26 0.3	23 0.3	29 0.3	3 0.3	5 0.5	5 0.5
Tétanos												
Variole du singe	3 1.8	1 0.6		8 1.2	1 0.2		21 0.2	552 6.2		9 0.9	1 0.1	

« 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



Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 9.2.2024 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	3		4		5		6		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Oreillons	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Coqueluche	1	0.1	2	0.2	2	0.2	2	0.2	1.8	0.2
Piqûre de tiques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Borréliose de Lyme	2	0.2	2	0.2	1	0.1	0	0	1.3	0.1
Herpès zoster	12	0.9	5	0.4	6	0.5	4	0.4	6.8	0.5
Névralgies post-zostériennes	1	0.1	0	0	1	0.1	2	0.2	1	0.1
Médecins déclarants	157		161		157		135		152.5	

Résumé hebdomadaire sur les virus respiratoires

Le portail d'information de l'OFSP sur les maladies transmissibles donne régulièrement des informations sur les cas d'infection et de maladie dû à différents agents pathogènes respiratoires, en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein. <https://idd.bag.admin.ch/>

La mise à jour a lieu le mercredi à 12h00.



Liste des spécialités :

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

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} février 2024

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.01.10		PARACÉTAMOL SANDOZ ECO (Paracetamolum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	21706	cpr 500 mg blist 20 pce Fr. 2.50 [1.36]		68722001	01.02.2024, D
	21706	cpr 500 mg blist 100 pce Fr. 15.05 [5.95]		68722002	01.02.2024, B
	21706	cpr 1000 mg blist 20 pce Fr. 7.70 [3.11]		68722003	01.02.2024, B
	21706	cpr 1000 mg blist 40 pce Fr. 14.85 [5.79]		68722004	01.02.2024, B
	21706	cpr 1000 mg blist 100 pce Fr. 18.65 [9.10]		68722005	01.02.2024, B
01.01.30 6		TAPENTADOL SPIRIG HC RETARD (Tapentadolium)	Spirig HealthCare AG		
	21711	cpr ret 25 mg blist 30 pce Fr. 20.20 [10.42]		68903001	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 25 mg blist 60 pce Fr. 37.65 [18.47]		68903002	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 50 mg blist 30 pce Fr. 40.35 [20.82]		68903003	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 50 mg blist 60 pce Fr. 58.90 [36.95]		68903004	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 100 mg blist 30 pce Fr. 56.00 [34.43]		68903005	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 100 mg blist 60 pce Fr. 86.05 [60.60]		68903006	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 150 mg blist 30 pce Fr. 75.75 [51.65]		68903007	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 150 mg blist 60 pce Fr. 120.85 [90.90]		68903008	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 200 mg blist 30 pce Fr. 95.55 [68.86]		68903009	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 200 mg blist 60 pce Fr. 155.70 [121.20]		68903010	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 250 mg blist 30 pce Fr. 115.35 [86.08]		68903011	01.02.2024, A
	21711	cpr ret 250 mg blist 60 pce Fr. 190.50 [151.50]		68903012	01.02.2024, A

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
01.99		AMVUTTRA (Vutrisiranum natrium)	Alnylam Switzerland GmbH		
	21635	sol inj 25 mg/0.5 ml ser pré 1 pce Fr. 101 553.85 (98 740.37)		69074001	01.02.2024, B

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2027

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

Avant le début du traitement:

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

Un centre de référence pour l'amyloïdose doit, après consultation préalable du médecin-conseil, obtenir une garantie de prise en charge des frais auprès de l'assurance-maladie avant de commencer le traitement. L'assurance-maladie ne peut accorder une garantie de prise en charge des frais que si le neurologue traitant (pour une demande initiale de prise en charge des frais: le neurologue d'un centre de référence, pour les demandes ultérieures de prise en charge des frais: le neurologue d'un centre neuromusculaire en coopération avec un centre de référence ou le neurologue d'un centre de référence) enregistre en continu tout au long du traitement les données pertinentes pour le remboursement dans le registre existant du centre de référence ou les fait enregistrer et confirme l'enregistrement au médecin-conseil dans le cadre de la demande de prise en charge des frais. Sur demande, les données utilisées pour prendre la décision quant à la poursuite ou à l'interruption d'un traitement doivent être envoyées au médecin-conseil. Si un patient ne consent pas à l'enregistrement de ses données dans le registre existant, il convient de l'indiquer.

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

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

Poursuite du traitement:

Le traitement peut aussi être poursuivi dans un centre neuromusculaire qui a rejoint le réseau suisse de l'amyloïdose et qui coopère avec l'un des centres de référence. De plus, le traitement peut être poursuivi par du personnel de santé formé et expérimenté dans les administrations sous-cutanées, qui coopère avec le réseau suisse de l'amyloïdose et avec l'un des centres de référence.

En cas d'administration à domicile réalisée par un prestataire particulier, les coûts en lien avec l'administration d'AMVUTTRA à domicile sont pris en charge par Alnylam Switzerland GmbH. Alnylam Switzerland GmbH informe les centres de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) du prestataire en charge de l'administration à domicile et de la prise en charge des coûts par Alnylam Switzerland GmbH.

Des évaluations doivent avoir lieu au moins une fois par année dans un centre de référence.

Les patients qui poursuivent le traitement en dehors d'un centre neuromusculaire doivent se présenter 4 fois par an à une consultation de contrôle dans un centre neuromusculaire qui a rejoint le réseau suisse de l'amyloïdose et qui coopère avec l'un des centres de référence. Ces consultations de contrôle doivent être dûment documentées par les centres.

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

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

Lors d'un traitement au long cours, la prise d'AMVUTTRA peut être poursuivie à condition que l'augmentation du score NIS soit \leq 10 points par an et que le score PND n'ait pas augmenté de plus d'un stade (une augmentation du score PND IIIa au score PND IIIb correspond à un stade) dans les 12 mois.

À partir d'un score PND de IV, le traitement par AMVUTTRA n'est plus remboursé.

L'activité de la maladie et l'effet thérapeutique doivent être évalués tous les 6 mois dans un centre de référence ou un centre neuromusculaire.

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

Arrêt du traitement:

Le traitement n'est plus remboursé si

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

Les patients atteints d'ATTR présentant une manifestation cardiomyopathique primaire et les patients présentant une forme de type sauvage (sans mutation du gène TTR) ne peuvent bénéficier du remboursement du traitement par AMVUTTRA.

Si un traitement par AMVUTTRA ou par un autre oligonucléotide ou siRNA a dû être arrêté en raison d'une efficacité insuffisante (voir critères susmentionnés d'arrêt du traitement), aucune tentative ultérieure de traitement par AMVUTTRA ou par un autre oligonucléotide ou siRNA ne sera plus remboursée.

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

07.14		ELFABRIO (Pegunigalsidasum alfa)	Chiesi SA		
	21694	conc perf 20 mg/10 ml vial 10 ml Fr. 2108.10 (1864.18)		69257001	01.02.2024, A
07.16.10		ELREXFIO (Elranatamabum)	Pfizer AG		
	21647	sol inj 44 mg/1.1 ml flac 1.1 ml Fr. 3723.55 (3389.18)		68646001	01.02.2024, A
	21647	sol inj 76 mg/1.9 ml flac 1.9 ml Fr. 6252.45 (5854.03)		68646002	01.02.2024, A

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

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

ELREXFIO est remboursé en monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant ou réfractaire, dont le myélome multiple est réfractaire à au moins un principe actif immunomodulateur, un inhibiteur du protéasome et un anticorps monoclonal anti-CD38, et dont la maladie a progressé pendant le dernier traitement.

ELREXFIO ne doit être utilisé que sous la direction d'un personnel médical expérimenté dans le traitement des affections hématologiques malignes, du syndrome de libération des cytokines (SLC) et des toxicités neurologiques, y compris le syndrome de neurotoxicité associé aux cellules immunitaires effectrices (ICANS).

Des modèles de prix existent pour ELREXFIO. Le titulaire de l'autorisation informera à la première demande l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la réception du traitement.

Pour chaque emballage d'ELREXFIO remis, le titulaire de l'autorisation rembourse une partie fixe du prix de fabrication à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise du traitement, à sa première demande. Le titulaire de l'autorisation informe l'assureur-maladie du montant du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 21647.01.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		OPDUALAG (Relatlimabum, Nivolumabum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	21515	conc perf flac 20ml Fr. 6845.90 (6432.44)		68609001	01.02.2024, A
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.01.2027</p> <p>OPDUALAG est indiqué pour le traitement de première ligne des adultes atteint-e-s de mélanome non résecable ou métastatique avec une expression de PD-L1 < 1 %.</p> <p>Bristol Myers Squibb rembourse à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne assurée était assurée au moment de l'achat, un pourcentage déterminé du prix d'usine pour chaque emballage supplémentaire acheté. Elle informe l'assurance-maladie du montant du remboursement. La TVA ne peut pas être remboursée en plus de ce pourcentage du prix d'usine. La demande de remboursement doit être formulée dès que l'administration a été effectuée.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 21515.01</p>					
10.04		TAKROZEM (Tacrolimusum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	21520	ong 0.1 % 30g Fr. 43.15 (23.25)		67963002	01.02.2024, B
	21520	ong 0.1 % 60g Fr. 63.45 (40.92)		67963003	01.02.2024, B
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024</p> <p>Indiqué pour le traitement des formes modérées à sévères de la dermatite atopique, pour lesquels les traitements conventionnels ne sont plus assez efficaces ou provoquent des effets secondaires.</p>					

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

II. Autres emballages et dosages

07.12 6	20711	EZÉTIMIBE SIMVASTATINE SANDOZ (Simvastatinum, Ezetimibum) cpr 10/40mg 100 pce Fr. 83.45 (58.34)	Sandoz Pharma- ceuticals AG	66234009	01.02.2024, B
------------	-------	--	--------------------------------	----------	---------------

Le remboursement s'applique lorsque les patients sont déjà traités par Ezétimib Simvastatin Sandoz.

Le remboursement d'un traitement par Ezétimib Simvastatin Sandoz nouvellement prescrit est en outre possible dans les situations suivantes:

- patients à haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.8mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à la dose maximale tolérée.
- patients à très haut risque, selon la catégorie de risque du GSLA, qui ne tolèrent pas l'atorvastatine et la rosuvastatine et qui n'atteignent pas la valeur cible de LDL <1.4mmol/l et une réduction de 50 % des LDL avec la simvastatine seule à dose maximale tolérée.
- patients présentant une intolérance aux statines, c'est-à-dire les patients qui, lors de la prise d'une statine, présentent des douleurs musculaires intolérables et/ou une faiblesse musculaire mesurable et/ou une augmentation de la créatinine kinase >5 × la valeur limite supérieure. Avant de prescrire l'ézétimibe, il faut essayer une autre statine et, si celle-ci n'est pas tolérée, l'atorvastatine ou la rosuvastatine 5-10 mg 1-2 × par semaine.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.01.30		OXYCODON NEURAXPHARM RET UNO (Oxycodoni hydrochloridum)	Neuraxpharm Switzerland AG		
	20705	cpr ret 10mg blist 14 pce Fr. 16.90 (7.57)		66143049	01.02.2024, A
	20705	cpr ret 10mg blist 28 pce Fr. 28.40 (13.98)		66143050	01.02.2024, A
	20705	cpr ret 20mg blist 14 pce Fr. 26.00 (11.92)		66143051	01.02.2024, A
	20705	cpr ret 20mg blist 28 pce Fr. 41.65 (21.95)		66143052	01.02.2024, A
	20705	cpr ret 40mg blist 14 pce Fr. 40.50 (20.97)		66143053	01.02.2024, A
	20705	cpr ret 40mg blist 28 pce Fr. 60.90 (38.70)		66143054	01.02.2024, A
	20705	cpr ret 80mg blist 14 pce Fr. 63.45 (40.91)		66143055	01.02.2024, A
	20705	cpr ret 80mg blist 28 pce Fr. 103.00 (75.36)		66143056	01.02.2024, A
02.99 G		IVABRADINE SANDOZ (Ivabradinum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	20748	cpr pell 5 mg 56 pce Fr. 50.30 (29.50)		66640001	01.02.2024, B
	20748	cpr pell 5 mg 112 pce Fr. 84.05 (58.85)		66640002	01.02.2024, B
	20748	cpr pell 7.5 mg 56 pce Fr. 50.30 (29.50)		66640003	01.02.2024, B
	20748	cpr pell 7.5 mg 112 pce Fr. 84.05 (58.85)		66640004	01.02.2024, B
03.02		MUCOSOLVON RETARD (Ambroxoli hydrochloridum)	Opella Healthcare Switzerland AG		
	15120	caps ret 75 mg 10 pce Fr. 7.05 (3.83)		47915002	01.02.2024, D
	15120	caps ret 75 mg 10 pce Fr. 7.05 (3.83)		47915032	01.02.2024, D
	15120	caps ret 75 mg 30 pce Fr. 16.30 (8.82)		47915033	01.02.2024, D
07.08.10		GONAL-F (Follitropinum alfa)	Merck (Schweiz) AG		
	16546	subst sèche 450 UI (33mcg) kit inj 1 pce Fr. 234.15 (189.49)		52971114	01.02.2024, A
	16546	subst sèche 1050 UI (77mcg) kit inj 1 pce Fr. 517.25 (435.82)		52971106	01.02.2024, A
07.08.10		PUREGON PEN	Organon GmbH		
	17709	1 pce Fr. 43.40 (23.48)			01.02.2024,
07.13.10		ZADITEN (Ketotifenum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	13384	cpr 1 mg 30 pce Fr. 14.45 (5.42)		41939028	01.02.2024, B
	13384	cpr 1 mg 100 pce Fr. 28.50 (14.10)		41939036	01.02.2024, B
08.01.93		TARGOCID (Teicoplaninum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	15881	subst sèche 200 mg c solv i.v./i.m. amp 1 pce Fr. 57.05 (35.37)		49339038	01.02.2024, A
	15881	subst sèche 400 mg c solv i.v./i.m. amp 1 pce Fr. 97.70 (70.74)		49339046	01.02.2024, A
08.03		ZEPATIER (Grazoprevirum, Elbasvirum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20504	cpr pell 100/50 28 pce Fr. 9578.55 (9095.80)		65861001	01.02.2024, A
10.05.20		BETNOVATE C (Betamethasonum, Clioquinolum)	GlaxoSmithKline AG		
	12093	crème 30 g Fr. 14.00 (5.04)		32026036	01.02.2024, 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					
TEZSPIRE	AstraZeneca AG	030450			
sol inj 210 mg/1.91 ml ser pré 1 pce			21361	1249.35	1081.94
sol inj 210 mg/1.91 ml stylo pré 1 pce			21709	1249.35	1081.94
IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
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
BICALUTAMIDE SANDOZ ECO	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620			
cpr pell 50 mg 30 pce			20157	103.75	75.98
cpr pell 50 mg 100 pce			20157	200.30	160.00
cpr pell 150 mg 30 pce			20157	175.20	138.16
cpr pell 150 mg 100 pce			20157	352.10	292.13
BICALUTAMID ZENTIVA	Helvepharm AG	071620			
cpr pell 50 mg blist 30 pce			18763	103.75	75.98
cpr pell 50 mg blist 100 pce			18763	200.30	160.00
cpr pell 150 mg blist 30 pce			18763	175.20	138.16
cpr pell 150 mg blist 100 pce			18763	352.10	292.13
BICALUTAMID-TEVA	Teva Pharma AG	071620			
cpr pell 50 mg 30 pce			19085	103.75	75.98
cpr pell 50 mg 100 pce			19085	199.40	159.23
cpr pell 150 mg 30 pce			19085	175.20	138.16
cpr pell 150 mg 100 pce			19085	352.10	292.13
BORTÉZOMIB ACCORD	Accord Healthcare AG	071610			
subst sèche 1 mg flac 1 pce			21157	161.25	126.04
subst sèche 3.5 mg flac 1 pce			21157	444.80	372.78
BORTEZOMIB ACCORD LIQUID	Accord Healthcare AG	071610			
sol inj 2.5 mg/ml flac 1 pce			21387	327.80	270.98
sol inj 3.5 mg/1.4 ml flac 1 pce			21387	444.80	372.78
BORTÉZOMIB LIQUID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
sol inj 3.5 mg/1.4 ml flac 1 pce			21032	444.80	372.78
sol inj 7 mg/2.8 ml flac 1 pce			21032	753.20	641.18
BORTÉZOMIB SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
subst sèche 1 mg amp amp 1 pce			21035	161.25	126.04
subst sèche 3.5 mg amp amp 1 pce			21035	444.80	372.78
BORTEZOMIB ZENTIVA	Helvepharm AG	071610			
subst sèche 1 mg flac 1 pce			21309	161.25	126.04
subst sèche 3.5 mg flac 1 pce			21309	444.80	372.78

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
CALCIMAGON D3 cpr mâcher 500/800 Citron (s aspar) bte 30 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	070250	16787	12.70	6.88
cpr croquer 500/800 orange (s aspar) bte 30 pce			16787	12.70	6.88
cpr croquer 500/800 orange (s aspar) bte 90 pce			16787	32.60	17.66
cpr mâcher 500/800 Citron (s aspar) bte 90 pce			16787	32.60	17.66
cpr mâcher spearmint (s aspartame) bte 120 pce			16787	27.95	15.13
cpr mâcher citron (s aspartame) bte 20 pce			16787	6.10	3.31
cpr mâcher citron (s aspartame) bte 60 pce			16787	15.85	8.59
cpr mâcher citron (s aspartame) bte 120 pce			16787	27.95	15.13
CALCIMAGON D3 FORTE cpr mâcher citr 30 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	070250	16787	14.75	8.00
cpr mâcher citr 60 pce			16787	26.00	14.09
cpr mâcher citr 90 pce			16787	37.70	20.41
CASODEX cpr 50 mg blist 30 pce	Medius AG	071620	16483	113.40	84.42
cpr 50 mg blist 100 pce			16483	201.25	160.85
cpr 150 mg blist 30 pce			16483	217.60	175.09
cpr 150 mg blist 100 pce			16483	355.95	295.46
CIMZIA sol inj 200 mg/ml 2 ser prête 1 ml	UCB-Pharma SA	071500	19229	1040.80	891.98
CIMZIA AUTOCLICKS sol inj 200 mg/ml stylo pré 2 pce	UCB-Pharma SA	071500	19229	1040.80	891.98
CINQAERO conc perf 25 mg/2.5 ml flac 2.5 ml	Teva Pharma AG	030450	20662	179.35	141.81
conc perf 100 mg/10 ml flac 10 ml			20662	668.20	567.21
DIVIGEL gel 28 × 0.5 g	Orion Pharma AG	070820	16796	9.00	4.25
gel 91 × 0.5 g			16796	25.95	11.85
gel 28 × 1 g			16796	15.10	6.01
gel 91 × 1 g			16796	36.65	17.59
ENBREL subst sèche 25 mg c solv flac 4 pce	Pfizer AG	071500	17495	487.10	409.59
sol inj 25 mg/0.5 ml 4 ser prêt 0.5 ml			18601	487.10	409.59
sol inj 50 mg/ml 2 ser prêt 1 ml			18601	487.10	409.59
ENBREL MYCLIC sol inj 50 mg/ml 2 stylo pré 1 ml	Pfizer AG	071500	19230	487.10	409.59
ERELZI sol inj 25 mg/0.5 ml 4 ser prêt 0.5 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	20750	440.00	368.63
sol inj 50 mg/ml 2 ser prêt 1 ml			20750	440.00	368.63
ERELZI SENSOREADY sol inj 50 mg/ml 2 stylo pré 1 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	20751	440.00	368.63
FIRMAGON subst sèche 80 mg av ser prêt av solv set 1 pce	Ferring AG	071620	19193	153.80	119.57
subst sèche 120 mg av ser prêt av solv set 2 pce			19193	298.70	245.66

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
FOSTIMON subst sèche 75 UI c solv ser prête 1 pce	IBSA Institut Biochimique SA	070810	16792	45.30	25.15
subst sèche 75 UI c solv ser prête 10 pce			16792	302.50	248.96
subst sèche 150 UI c sol ser prête 1 pce			16792	66.45	43.54
subst sèche 150 UI c sol ser prête 10 pce			16792	503.65	424.01
GONAL-F subst sèche 75 UI (5.5 mcg) kit inj 1 pce	Merck (Schweiz) AG	070810	16546	51.50	30.54
GONAL-F PEN sol inj 300 U/0.5ml 1 pce	Merck (Schweiz) AG	070810	18012	137.95	105.75
sol inj 450 U/0.75 ml 1 pce			18012	198.75	158.68
sol inj 900 U/1.5 ml 1 pce			18012	376.00	312.94
HYDROXYCARBAMIDE DEVATIS caps 500 mg blist 100 pce	Devatis AG	071610	21083	84.70	59.44
HYDROXYCARBAMID LABATEC caps 500 mg 50 pce	Labatec Pharma SA	071610	20841	50.55	29.72
caps 500 mg 100 pce			20841	84.70	59.44
IBEROGAST teint 20 ml	Bayer (Schweiz) AG	549900	18835	9.65	5.23
teint 50 ml			18835	21.25	11.50
teint 100 ml			18835	38.15	20.65
LACRYCON gel opht 20 fl dose 0.65 ml	Théa PHARMA SA	110820	17988	19.10	9.47
LUVERIS subst sèche 75 UI c solv flac 1 pce	Merck (Schweiz) AG	070810	17871	63.20	40.70
MENOPUR subst sèche 75 UI c sol amp 10 pce	Ferring AG	070810	17872	248.25	201.74
MENOPUR MULTIDOSE subst sèche 600 UI c sol s tamp flac 1 pce	Ferring AG	070810	17872	201.10	160.72
MENOPUR MULTIDOSE STYLO PRÉ sol inj 600 UI/0.96 ml stylo pré 1 pce	Ferring AG	070810	21415	201.10	160.72
METFIN cpr pell 500 mg 50 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620	17586	6.25	1.88
cpr pell 850 mg 30 pce			17586	5.90	1.55
cpr pell 850 mg 100 pce			17586	9.40	4.63
cpr pell 1000 mg 60 pce			17586	8.10	3.46
cpr pell 1000 mg 120 pce			17586	14.95	5.87
METFORMINE AXAPHARM cpr pell 500 mg 50 pce	Axapharm AG	070620	20081	6.25	1.86
cpr pell 500 mg 100 pce			20081	7.95	3.34
cpr pell 850 mg 30 pce			20081	5.90	1.56
cpr pell 850 mg 100 pce			20081	9.40	4.63
cpr pell 1000 mg 60 pce			20081	8.05	3.45
cpr pell 1000 mg 120 pce			20081	14.95	5.87

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
METFORMINE SPIRIG HC cpr pell 500 mg (ancien) 50 pce cpr pell 850 mg (ancien) 30 pce cpr pell 850 mg (ancien) 100 pce cpr pell 1000 mg (ancien) 60 pce cpr pell 1000 mg (ancien) 120 pce	Spirig HealthCare AG	070620	20055 20055 20055 20055 20055	6.05 5.80 9.05 7.90 14.95	1.69 1.49 4.32 3.32 5.87
METFORMINE SPIRIG HC cpr pell 500 mg blist 50 pce cpr pell 850 mg blist 30 pce cpr pell 850 mg blist 100 pce cpr pell 1000 mg blist 60 pce cpr pell 1000 mg blist 120 pce	Spirig HealthCare AG	070620	21569 21569 21569 21569 21569	6.05 5.80 9.05 7.90 14.95	1.69 1.49 4.32 3.32 5.87
METFORMIN ZENTIVA cpr pell 500 mg 50 pce cpr pell 500 mg 60 pce cpr pell 850 mg 30 pce cpr pell 850 mg 90 pce cpr pell 850 mg 100 pce cpr pell 1000 mg 60 pce cpr pell 1000 mg 120 pce	Helvepharm AG	070620	19140 19140 19140 19140 19140 19140 19140	6.20 6.60 5.85 8.90 9.45 8.10 14.95	1.81 2.18 1.52 4.19 4.65 3.46 5.87
METFORMINE-MEPHA cpr pell 500 mg 60 pce cpr pell 850 mg 30 pce cpr pell 850 mg 90 pce cpr pell 1000 mg 60 pce cpr pell 1000 mg 120 pce	Mepha Pharma AG	070620	18692 18692 18692 18692 18692	6.60 5.85 8.90 8.10 14.95	2.18 1.52 4.19 3.46 5.87
MIGLUSTAT DIPHARMA caps 100 mg blist 84 pce	Dipharma SA	079900	21114	4402.45	4050.91
NATECAL D cpr orodisp 60 pce cpr orodisp 120 pce	Effik SA	070250	19517 19517	13.10 23.05	7.09 12.48
NAVELBINE sol inj 50 mg/5ml 10 flac 5ml	Pierre Fabre Pharma AG	071610	16563	1303.15	1130.95
NEPHROTRANS caps 100 pce	Salmon Pharma GmbH	079900	19954	38.50	19.23
OVITRELLE sol inj 250 mcg/0.5 ml ser pré 0.5 ml	Merck (Schweiz) AG	070810	17994	51.75	30.74
RIXATHON conc perf 100 mg/10 ml 2 amp 10 ml conc perf 500 mg/50 ml amp 50 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20820 20820	501.30 1215.70	421.97 1051.32
TREMFYA sol inj 100 mg/ml ser pré ser pré 1 ml sol inj 100 mg/1 ml stylo pré-rempli stylo pré 1 ml	Janssen-Cilag AG	071500	20752 21007	2365.85 2365.85	2098.96 2098.96
TRUXIMA conc perf 100 mg/10 ml 2 vial 10 ml conc perf 500 mg/50 ml vial 50 ml	iQone Healthcare Switzerland SA	071610	20815 20815	501.30 1215.70	421.97 1051.32
ZAVESCA caps 100 mg 84 pce	Janssen-Cilag AG	079900	18079	4864.30	4501.01
ZYVOXID susp 20 mg/ml fl 150 ml	Pfizer AG	080190	17768	296.25	243.52

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV.c. Baissement de prix volontairement					
CLEXANE	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	060330			
sol inj 20 mg/0.2ml 10 ser prêt 0.2ml			15598	36.75	17.69
sol inj 20 mg/0.2ml 50 ser prêt 0.2ml			15598	118.10	88.49
sol inj 40 mg/0.4ml 2 ser prêt 0.4ml			15598	15.75	6.58
sol inj 40 mg/0.4ml 10 ser prêt 0.4ml			15598	54.45	33.11
sol inj 40 mg/0.4ml 50 ser prêt 0.4ml			15598	206.60	165.52
sol inj 60 mg/0.6ml 10 ser prêt 0.6ml			15598	66.15	43.28
sol inj 80 mg/0.8ml 10 ser prêt 0.8ml			15598	87.35	61.72
sol inj 100 mg/ml 10 ser prêt 1 ml			15598	105.05	77.13
sol inj 120 mg/0.8ml 2 ser prêt 0.8ml			15598	37.40	18.28
sol inj 120 mg/0.8ml 10 ser prêt 0.8ml			15598	114.25	85.15
sol inj 150 mg/ml 2 ser prêt 1 ml			15598	42.10	22.35
sol inj 150 mg/ml 10 ser prêt 1 ml			15598	136.05	104.13
PÉRINDOPRIL-MEPHA N	Mepha Pharma AG	020710			
cpr 5 mg 30 pce			20187	17.20	7.84
cpr 10 mg 30 pce			20187	18.70	9.15
PITAVASTATIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
cpr pell 1 mg 30 pce			21484	40.70	21.15
cpr pell 1 mg 90 pce			21484	89.35	63.45
cpr pell 2 mg 30 pce			21484	45.95	25.72
cpr pell 2 mg 90 pce			21484	105.10	77.16
cpr pell 4 mg 30 pce			21484	59.30	37.34
cpr pell 4 mg 90 pce			21484	145.15	112.02
PUREGON	Organon GmbH	070810			
sol inj 300 U pour pen amp 1 pce			17708	102.60	75.00
sol inj 600 U pour pen amp 1 pce			17708	188.80	150.00
sol inj 900 U pour pen amp 1 pce			17708	274.95	225.00
TEMODAL	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610			
caps 5 mg sach 5 pce			17424	20.45	10.64
caps 5 mg sach 20 pce			17424	65.35	42.60
caps 20 mg sach 5 pce			17424	63.65	41.10
caps 20 mg sach 20 pce			17424	205.55	164.61
caps 100 mg sach 5 pce			17424	243.45	197.58
caps 100 mg sach 20 pce			17424	924.60	790.32
caps 180 mg sach 5 pce			17424	423.45	354.21
caps 180 mg sach 20 pce			17424	1617.05	1416.87
caps 250 mg sach 5 pce			17424	584.30	494.20
TOCTINO	GlaxoSmithKline AG	100400			
caps 10 mg 30 pce			19123	332.40	275.00
caps 30 mg 30 pce			19123	332.40	275.00
TOVIAZ	Pfizer AG	050200			
cpr ret 4 mg 14 pce			18898	25.25	11.27
cpr ret 4 mg 84 pce			18898	92.05	65.83
cpr ret 8 mg 14 pce			18898	25.90	11.81
cpr ret 8 mg 84 pce			18898	95.95	69.22

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV.d. Mutation de prix normale					
BEXSERO susp inj ser pré 0.5 ml	GlaxoSmithKline AG	080800	21469	106.20	78.14
ENTRESTO cpr pell 50 mg 28 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	020720	20415	76.55	52.34
cpr pell 50 mg 56 pce			20415	136.70	104.69
cpr pell 100 mg 56 pce			20415	136.70	104.69
cpr pell 100 mg 168 pce			20415	377.30	314.06
cpr pell 200 mg 56 pce			20415	136.70	104.69
cpr pell 200 mg 168 pce			20415	377.30	314.06
LUTATHERA sol perf 370 MBq/ml fl 1 pce	Advanced Accelerator Applications International SA	170200	21181	19947.80	19202.28
ONPATRO conc perf 10mg/5 ml flac 5 ml	Alnylam Switzerland GmbH	019900	20959	8404.45	7951.47

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

V. Modifications de la limitation/de l'indication

BEXSERO susp inj ser pré 0.5ml	GlaxoSmithKline AG	080800	21469	106.20	78.14
--	--------------------	--------	-------	--------	-------

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.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

Prise en charge des coûts pour les nourrissons et les enfants âgés de 2 mois à 5 ans, en tant que vaccination recommandée complémentaire.

Prise en charge des coûts pour les enfants et les adolescents âgés de 11 ans à 20 ans, en tant que vaccination recommandée complémentaire.

Prise en charge des coûts pour les personnes âgées de 2 mois à 24 ans, en tant que vaccination recommandée à des groupes à risque (des personnes présentant un risque accru d'infection invasive ou d'exposition).

LYNPARZA cpr pell 100mg blist 112 pce	AstraZeneca AG	071610	20852	5295.00	4920.82
cpr pell 150mg blist 112 pce			20852	5295.00	4920.82

Limitation limitée jusqu'au 01.01.2026

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 sévère de haut grade de l'ovaire de stade avancé (stades FIGO III et IV) avec une mutation du gène BRCA chez les patientes en rémission complète ou partielle (réduction $\geq 30\%$ du volume de la tumeur ou taux de CA-125 n'ayant pas baissé jusqu'aux valeurs normales) suite à une première ligne de chimiothérapie (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

Vieille limitation

Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne

Traitement en association avec le bévacicumab

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie, et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Pour le traitement d'entretien en association avec le bévacicumab dans le cancer sévère de haut grade de l'ovaire de stade avancé (stades FIGO III et IV) avec une mutation du gène BRCA ou une autre déficience de recombinaison homologue (HRD) associée à une instabilité génomique (test Myriad myChoice CDx avec un score d'instabilité génomique [GIS] ≥ 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.

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

Cancer de l'ovaire récidivant après chimiothérapie

Uniquement après prescription par un gynécologue ou un oncologue et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, comme traitement d'entretien (monothérapie) chez des patientes 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(els) adultes atteint(els) 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'antracycline et/ou de chimiothérapie à base de taxane.
- Conformité avec les critères de haut risque de l'étude Olympica (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 récidive 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.
--	--------------------	-----------------	---------------	--------------	---------------------

ONPATTRO conc perf 10 mg/5 ml flac 5 ml	Alnylam Switzerland GmbH	019900	20959	8404.45	7951.47
---	--------------------------	--------	-------	---------	---------

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2027

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

Avant le début du traitement:

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

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

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

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

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

Poursuite du traitement:

Le traitement peut aussi être poursuivi dans un centre neuromusculaire qui a rejoint le réseau suisse de l'amyloïdose et qui coopère avec l'un des centres de référence. De plus, le traitement peut être poursuivi par du personnel de santé formé et expérimenté dans les administrations intraveineuses, qui coopère avec le réseau suisse de l'amyloïdose et avec l'un des centres de référence.

En cas d'administration à domicile réalisée par un prestataire particulier, les coûts en lien avec l'administration d'ONPATTRO à domicile sont pris en charge par Alnylam Switzerland GmbH. Alnylam Switzerland GmbH informe les centres de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) du prestataire en charge de l'administration à domicile et de la prise en charge des coûts par Alnylam Switzerland GmbH.

Des évaluations doivent avoir lieu au moins une fois par année dans un centre de référence.

Les patients qui poursuivent le traitement en dehors d'un centre neuromusculaire doivent se présenter 4 fois par an à une consultation de contrôle dans un centre neuromusculaire qui a rejoint le réseau suisse de l'amyloïdose et qui coopère avec l'un des centres de référence. Ces consultations de contrôle doivent être dûment documentées par les centres.

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

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

Lors d'un traitement au long cours, la prise d'Onpattro peut être poursuivie à condition que l'augmentation du score NIS soit \leq 10 points par an et que le score PND n'ait pas augmenté de plus d'un stade (une augmentation du score PND IIIa au score PND IIIb correspond à un stade) dans les 12 mois.

À partir d'un score PND de IV, le traitement par ONPATTRO n'est plus remboursé.

L'activité de la maladie et l'effet thérapeutique doivent être évalués tous les 6 mois dans un centre de référence ou un centre neuromusculaire.

Arrêt du traitement:

Le traitement n'est plus remboursé si

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

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

Si un traitement par ONPATTRO ou par un autre oligonucléotide ou siRNA a dû être arrêté en raison d'une efficacité insuffisante (voir critères susmentionnés d'arrêt du traitement), aucune tentative ultérieure de traitement par ONPATTRO ou par un autre oligonucléotide ou siRNA ne sera plus remboursée.

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

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

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

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

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

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
VI. Limitation de la nouvelle admission					
ALHEMO	Novo Nordisk Pharma AG	060110			
sol inj 60 mg/1.5 ml stylo pré 1.5 ml			21692	4374.15	4223.28
sol inj 150 mg/1.5 ml stylo pré 1.5 ml			21692	10873.75	10558.20
<p>Limitation limitée jusqu'au 31.01.2025</p> <p>Ceci s'applique à toutes les indications soumises à l'obligation de remboursement:</p> <p>Avant l'instauration du traitement, il faut demander une garantie de prise en charge des coûts auprès de l'assureur-maladie pour toutes les indications soumises à l'obligation de remboursement, après consultation préalable du médecin-conseil. Une garantie de prise en charge des coûts doit contenir le code de l'indication correspondant (21692.XX).</p> <p>Le diagnostic et la prescription du concizumab, l'instauration du traitement et la prise en charge ultérieure ne peuvent être effectués que dans les centres d'hémophilie universitaires et/ou spécialisés suivants.</p> <p>En font partie: Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderspital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires de Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais à Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderspital Zürich.</p> <p>Les coûts (y compris les frais d'expédition) du test ELISA de dosage du concizumab sont pris en charge par Novo Nordisk Pharma SA.</p> <p>Les prix des préparations sanguines sont calculés sur la base du prix de fabrique, majoré d'une marge fixe de Fr. 40.-, TVA en sus, à cause de la situation particulière de distribution (pratiquement pas d'intermédiaires).</p> <p>Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.01.2025</p> <p>Patients atteints d'hémophilie A avec inhibiteurs</p> <p>Pour la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients dès 12 ans atteints d'hémophilie A congénitale et présentant des inhibiteurs du facteur VIII > 0,6 UB à l'anamnèse, exigeant l'utilisation d'un agent by-passant pour le traitement épisodique ou prophylactique.</p> <p>Le remboursement en association avec l'utilisation d'émicizumab est exclu.</p> <p>Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21692.01</p> <p>Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.01.2025</p> <p>Patients atteints d'hémophilie B avec inhibiteurs</p> <p>Pour la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients dès 12 ans atteints d'hémophilie B congénitale et présentant des inhibiteurs du facteur VIII > 0,6 UB à l'anamnèse, exigeant l'utilisation d'un agent by-passant pour le traitement épisodique ou prophylactique.</p> <p>Le remboursement en association avec l'utilisation d'émicizumab est exclu.</p> <p>Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21692.02</p>					
ENTRESTO	Novartis Pharma Schweiz AG	020720			
cpr pell 50 mg 28 pce			20415	76.55	52.34
cpr pell 50 mg 56 pce			20415	136.70	104.69
cpr pell 100 mg 56 pce			20415	136.70	104.69
cpr pell 100 mg 168 pce			20415	377.30	314.06
cpr pell 200 mg 56 pce			20415	136.70	104.69
cpr pell 200 mg 168 pce			20415	377.30	314.06
<p>Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024</p> <p>S'administre associé, de manière appropriée, avec d'autres traitements de l'insuffisance cardiaque (par ex. bêtabloquants, diurétiques et antagonistes des minéralocorticoïdes), pour le traitement des patients adultes qui souffrent d'insuffisance cardiaque systolique de classe NYHA II, III ou IV, dont la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) s'élève à ≤40 % avant le traitement avec Entresto, et qui ont été traités auparavant avec une dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ou d'un antagoniste du récepteur de l'angiotensine (ARA).</p>					
EVENITY	UCB-Pharma SA	079900			
sol inj 105 mg/1.17 ml stylo pré 2 pce			21107	566.65	478.84
<p>Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024</p> <p>Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>La prescription d'EVENITY ne peut être effectuée que par un spécialiste FMH (endocrinologues ou rhumatologues) ou un spécialiste en maladies osseuses opérant dans les centres hospitaliers reconnus dans ce domaine (hôpitaux/instituts de catégorie A, B et C, conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH (http://www.sivf-register.ch)) et/ou possédant un FLS (Fracture Liaison Services).</p> <p>Traitement en monothérapie (exception faite des suppléments de calcium et vitamine D) de l'ostéoporose sévère, chez les femmes post-ménopausées présentant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un risque imminent de fracture tel que défini par les recommandations de l'ASCO 2020, c'est-à-dire un antécédent de fracture ostéoporotique majeure (vertèbre, hanche, bassin ou humérus) datant de moins de 24 mois, associé à un T-Score ≤ -3.5 (mesuré au niveau de la colonne vertébrale ou de la hanche) <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - un risque très élevé de fracture tel que défini par les recommandations de l'ASCO 2020, c'est-à-dire que la probabilité de fracture ostéoporotique majeure sur 10 ans, évaluée à l'aide de l'outil FRAX, doit être supérieure d'au moins 20% au seuil d'intervention thérapeutique, quel que soit l'âge <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - un antécédent d'au moins 2 fractures ostéoporotiques majeures. 					

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

EVENTY ne doit pas être prescrit chez les femmes qui ont un historique d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral.

Au maximum 12 emballages d'EVENTY peuvent être remboursés.

A l'issue des 12 mois de traitement, il est impératif de passer à un traitement antirésorptif afin de prolonger le bénéfice thérapeutique obtenu avec le romosozumab.

ILARIS sol inj 150 mg/ml flac 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	10985.20	10466.84
--	----------------------------	--------	-------	----------	----------

Syndromes périodiques associés à la cryopyrine (CAPS):

Après la garantie de 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 29.02.2024

Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS):

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

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

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

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

Les patients avec une AJIS doivent être répertoriés dans le registre JIR cohorte (www.jircohorte.org).

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

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

Fièvre méditerranéenne familiale (FMF):

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

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

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).

JEMPERLI conc perf 500 mg/10 ml amp 10 ml	GlaxoSmithKline AG	071610	21373	5485.60	5106.58
---	--------------------	--------	-------	---------	---------

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2024

Le remboursement nécessite une garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Le nombre maximal d'emballages remboursables s'élève à 36 (y compris les emballages remboursés par le titulaire de l'autorisation).

Seulement en monothérapie pour le traitement des patientes adultes atteintes d'un cancer de l'endomètre (CE), récidivant ou avancé, avec réparation défectueuse des mésappariements de l'ADN (dMMR)/une instabilité microsatellitaire élevée (MSI-H), qui a progressé pendant ou après un traitement antérieur avec un schéma thérapeutique contenant du platine.

Jemperli n'est pas remboursé chez les patientes ayant déjà reçu un traitement par le pembrolizumab dans la même indication.

Dès la première demande de l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise des médicaments, le titulaire de l'autorisation GlaxoSmithKline rembourse 100% du prix de fabrique pour les deux premiers cycles thérapeutiques chez toutes les patientes ainsi que 100% du prix de fabrique pour les 3e et 4e cycles thérapeutiques pour les patientes ayant dû arrêter leur traitement après 12 semaines. La TVA ne peut pas être exigée en plus de ce pourcentage du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite dès le moment de l'administration.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
KALYDECO	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
gran 25mg sach 56 pce			21563	13561.85	12978.17
gran 50mg sach 56 pce			21563	13561.85	12978.17
gran 75mg sach 56 pce			21563	13561.85	12978.17
cpr pell 150mg 56 pce			20145	13561.85	12978.17

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

Après l'accord de prise en charge de l'assureur et l'évaluation préalable par le médecin-conseil.

L'ivacaftor (granulés) en monothérapie est remboursé pour le traitement des enfants atteints de mucoviscidose âgés de 4 mois et plus et pesant de 5 kg à moins de 25 kg, porteurs d'une mutation R117H-CFTR ou de l'une des mutations de défaut de régulation (classe III) du gène CFTR suivantes: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R. La mutation doit avoir été constatée avec une procédure de test validée.

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement doivent être effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir la liste du Swiss Working Group CF sur <http://www.sgpp-sspp.ch>).

- L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités doit être consignée tous les 3 mois dans le registre européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement).
- Le taux de chlorure dans la sueur ainsi que la valeur initiale du VEMS (%) doivent être déterminés chez tous les patients souffrant de mucoviscidose avant le début du traitement (= situation initiale), dans la mesure où l'évaluation de la fonction pulmonaire est réalisable du fait de l'âge du patient. Au plus tard à partir de l'âge de 6 ans, la valeur du VEMS (%) doit être évaluée tous les 3 mois.
- Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5% n'est atteinte ou si l'évaluation de la fonction pulmonaire n'est pas réalisable chez des patients de moins de 6 ans, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois.
- Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
- Lors d'une exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être indiqué comme suit: désignation de la substance active de l'antibiotique; durée du traitement antibiotique, voie intraveineuse vs voie orale vs voie inhalée; hospitalisation vs traitement ambulatoire.

Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par l'ivacaftor doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis:

- Le taux de chlorure dans la sueur du patient tombe au-dessous de 60 mmol/l OU
- le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30% (valeur relative) par rapport à la valeur initiale OU
- le patient présente une amélioration absolue du VEMS (%) d'au moins 5% par rapport à la valeur initiale.

Dans les cas où le taux de chlorure dans la sueur est déjà inférieur à 60 mmol/l en situation initiale, le patient est considéré comme répondant au traitement si

- le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30% (valeur relative) par rapport à la valeur initiale OU
- le patient présente une amélioration absolue durable du VEMS (%) d'au moins 5% par rapport à la valeur initiale.

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte de KALYDECO administrée. Elle indique à l'assureur-maladie ou à l'AI le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

LUTATHERA	Advanced Accelerator Applications International SA	170200			
sol perf 370 MBq/ml fl 1 pce			21181	19947.80	19202.28

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2024

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

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

Au maximum 4 administrations de Lutathera sont remboursées.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ORKAMBI cpr pell 100 mg/125 mg (à partir de 6 ans) 112 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20543	10643.55	10 133.84
cpr pell 200 mg/125 mg (à partir de 12 ans) 112 pce			20543	10643.55	10 133.84
gran 150 mg/188 mg (à partir de 2 ans) sach 56 pce			21561	10643.55	10 133.84
gran 100 mg/125 mg (à partir de 2 ans) sach 56 pce			21561	10643.55	10 133.84

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

Après l'accord de prise en charge de l'assureur et l'évaluation préalable par le médecin-conseil pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 2 ans et plus, homozygotes pour la mutation F508del dans le gène CFTR.

La mutation doit avoir été constatée avec une procédure de test validée.

Le diagnostic, la prescription initiale d'ORKAMBI et la surveillance du traitement doivent être effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir la liste du Swiss Working Group CF sur <http://www.sgpp-sspp.ch>).

Utilisation uniquement chez les patientes et les patients avec:

- un conseil diététique avant le début du traitement **ET**
- une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre **ET**
- un VEMS < 90% avant le début du traitement **OU**
- plusieurs exacerbations pulmonaires par an **OU**
- l'administration régulière d'antibiotiques **OU**
- des lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement.

L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités par ORKAMBI doit être consignée tous les 3 mois dans le registre européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement):

Pour tous les patients :

- Le test à la sueur doit être déterminé chez tous les patients avant le début du traitement. Ce test est à répéter une fois après 3 mois et documenté dans le registre.
- Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
- En cas d'exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être rapporté comme suit: principe actif de l'antibiotique; durée de l'antibiothérapie; voie intraveineuse vs voie orale vs inhalation; hospitalisation vs traitement ambulatoire.
- Les exacerbations pulmonaires et les antibiotiques doivent être documentés tous les 6 mois après le début du traitement.
- En cas d'interruption du traitement, le motif de l'interruption doit être indiqué.

En outre, les éléments suivants doivent être enregistrés en fonction de l'âge.

2 à 5 ans:

- Chez tous les patients atteints de mucoviscidose, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) et/ou l'ICP_{2,5} avant le début du traitement, si la mesure est possible en raison de l'âge. Un ICP_{2,5} est à mesurer au plus tard à partir de l'âge de 3 ans.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires avant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) et/ou l'ICP_{2,5} doivent être mesurés tous les trois mois pendant le traitement.

6 à 11 ans:

- Chez tous les patients atteints de mucoviscidose, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) et/ou l'ICP_{2,5} avant le début du traitement.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) et/ou l'ICP_{2,5} doivent être mesurés tous les trois mois pendant le traitement.

À partir de 12 ans:

- Chez tous les patients atteints de mucoviscidose, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) avant le début du traitement.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement.

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

Le traitement ne doit être poursuivi au-delà de 6 et 12 mois qu'en cas:

- d'absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale (VEMS (%) et/ou ICP_{2,5}) OU
- de réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.) si des exacerbations pulmonaires cliniquement significatives sont survenues avant le traitement par ORKAMBI. En l'absence d'exacerbations pulmonaires cliniquement significatives avant le traitement par ORKAMBI, celles-ci ne doivent pas se produire pour que le traitement soit poursuivi.

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assureur chez lequel la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte d'ORKAMBI administrée. Elle indique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

SYMDEKO cpr pell 100 mg/150 mg + 150 mg 56 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20914	11 850.30	11 310.01
---	-------------------------------------	--------	-------	-----------	-----------

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

Après l'accord de prise en charge des assureurs et l'évaluation préalable par le médecin-conseil pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 12 ans et plus qui sont homozygotes pour la mutation F508del ou qui sont hétérozygotes pour la mutation F508del et porteurs de l'une des mutations suivantes du gène CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) : P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G ou 3849+10kbC→T.

La mutation doit avoir été constatée avec une procédure de test validée.

Le diagnostic, la prescription initiale de SYMDEKO et la surveillance du traitement doivent être effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir la liste du Swiss Working Group CF sur <http://www.sgpp-sspp.ch>).

Utilisation uniquement chez les patients avec:

- un conseil diététique avant le début du traitement **ET**
- une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre **ET**
- un VEMS < 90% avant le début du traitement **OU**
- plusieurs exacerbations pulmonaires par an **OU**
- l'administration régulière d'antibiotiques **OU**
- des lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement.

L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités par SYMDEKO doit être consignée tous les 3 mois dans le registre européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement) :

- Chez tous les patients, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) avant le début du traitement.
- Le test à la sueur doit être déterminé chez tous les patients avant le début du traitement. Ce test est à répéter une fois après 3 mois et documenté dans le registre.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement.
- Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
- En cas d'exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être rapporté comme suit: principe actif de l'antibiotique; durée de l'antibiothérapie; voie intraveineuse vs voie orale vs inhalation; hospitalisation vs traitement ambulatoire.
- Les exacerbations pulmonaires et les antibiotiques doivent être documentés tous les 6 mois après le début du traitement.
- En cas d'interruption du traitement, le motif de l'interruption doit être indiqué.

Le traitement ne doit être poursuivi au-delà de 6 et 12 mois qu'en cas:

- d'absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale **OU**
- de réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.)

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte de SYMDEKO administrée. Elle indique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TRIKAFTA cpr pell 50 mg/25 mg/37.5 mg + 75 mg blis 84 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	17533.25	16848.92
cpr pell 100 mg/50 mg/75 mg + 150 mg blis 84 pce			21144	17533.25	16848.92

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

Après l'accord de prise en charge des assureurs et l'évaluation préalable par le médecin-conseil.

Pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 6 à 11 ans porteurs d'au moins une mutation F508del du gène CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator).

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement doivent être effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir la liste du Swiss Working Group CF sur <http://www.sgpp-sspp.ch>).

L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités par TRIKAFTA doit être consignée tous les 3 mois dans le Registre Européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement):

- Chez tous les patients, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) avant le début du traitement.
- Le test à la sueur doit être déterminé chez tous les patients avant le début du traitement. Ce test est à répéter une fois après 3 mois et documenté dans le registre.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement.
- Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
- En cas d'exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être rapporté comme suit: principe actif de l'antibiotique; durée de l'antibiothérapie; voie intraveineuse vs voie orale vs inhalation; hospitalisation vs traitement ambulatoire.
- Les exacerbations pulmonaires et les antibiotiques doivent être documentés tous les 6 mois après le début du traitement.
- En cas d'interruption du traitement, le motif de l'interruption doit être indiqué.

Le traitement ne doit être poursuivi au-delà de 6 et 12 mois qu'en cas:

- d'absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale **OU**
- de réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.)

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte administrée. Elle indique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La demande de remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

ZIRABEV	Pfizer AG	071610			
conc perf 100 mg/4 ml vial 4 ml			21090	312.40	257.57
conc perf 400 mg/16 ml vial 16 ml			21090	1118.60	962.84

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.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	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, 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.

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2024

Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne

Traitement en association avec Lynparza (olaparib)

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

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

Dans les conditions suivantes:

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

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

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

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

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

Carcinome Ovarien

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

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

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

VII. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2023

CHORIOMON

subst sèche 1000 UI c solv (seringue)

flac 3 pce

subst sèche 2000 UI c solv (seringue)

flac 3 pce

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.

Seulement pour le traitement de garçons et hommes avec une des maladies suivantes : Cryptorchidie, hypogonadisme hypogonadotrope, retard de la puberté. À des doses maximales de 1000 UI à la fois.

La prescription ne peut être faite que par des spécialistes de l'endocrinologie.

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).

Seulement pour le traitement de garçons et hommes avec une des maladies suivantes : Cryptorchidie, hypogonadisme hypogonadotrope, retard de la puberté.

La prescription ne peut être faite que par des spécialistes de l'endocrinologie.

ONCOVIN LIQUID

sol inj 1 mg/ml i.v. flac 1 ml

Nouvelle limitation

Sont remboursés

- le traitement de la leucémie aiguë;

- le traitement combiné de la maladie de Hodgkin, du lymphome non hodgkinien, y compris les formes particulières, du rhabdomyosarcome, du neuroblastome, de la tumeur de Wilms, du sarcome ostéogénique, du sarcome d'Ewing, du mélanome malin, du carcinome pulmonaire à petites cellules, des tumeurs gynécologiques de l'enfant;

- le traitement du purpura thrombocytopénique idiopathique (maladie de Werlhof) chez les patients qui n'ont pas répondu à une splénectomie et à un traitement de courte durée par corticostéroïdes.

TREMFYA

sol inj 100 mg/ml ser pré ser pré 1 ml

sol inj 100 mg/1 ml stylo pré stylo pré

1 ml

Vieille limitation

Psoriasis en plaque:

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine). Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement.

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

Arthrite psoriasique

Traitement des patients adultes souffrant d'arthrite psoriasique active, seule ou en combinaison avec le méthotrexate (MTX), qui ont eu une réponse inadéquate à un traitement antérieur par un antirhumatismal systémique classique (csDMARD) ou qui ne l'ont pas toléré.

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

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique, Janssen-Cilag AG rembourse Fr. 138,75 du prix fabriqué pour chaque seringue et stylo prérempli Tremfya acheté, sur demande de l'assurance maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamée en plus des montants de remboursement.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
Nouvelle limitation					
Psoriasis en plaque					
Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine). Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement.					
Seuls des spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux universitaires/policliniques dermatologiques sont habilités à prescrire ce médicament. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21007.01.					
Arthrite psoriasique					
Traitement des patients adultes souffrant d'arthrite psoriasique active, seul ou en combinaison avec le méthotrexate (MTX), qui ont eu une réponse inadéquate à un traitement antérieur par un antirhumatismal systémique classique (csDMARD) ou qui ne l'ont pas toléré.					
Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/policliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.					
Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'achat, Janssen-Cilag AG rembourse Fr. 62.00 du prix fabriqué pour chaque seringue et stylo prérempli Tremfya acheté pour le traitement de l'arthrite psoriasique. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamée en plus des montants de remboursement. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21007.02.					
VINCRISTINE PFIZER	Pfizer AG	071610			
sol inj 1 mg/ml 5 flac 1 ml			16821	83.90	58.73
sol inj 2 mg/2 ml 5 flac 2 ml			16821	132.55	101.06
Nouvelle limitation					
Sont remboursés					
- le traitement de la leucémie aiguë;					
- le traitement combiné de la maladie de Hodgkin, du lymphome non hodgkinien, y compris les formes particulières, du rhabdomyosarcome, du neuroblastome, de la tumeur de Wilms, du sarcome ostéogénique, du sarcome d'Ewing, du mélanome malin, du carcinome pulmonaire à petites cellules, des tumeurs gynécologiques de l'enfant;					
- le traitement du purpura thrombocytopénique idiopathique (maladie de Werlhof) chez les patients qui n'ont pas répondu à une splénectomie et à un traitement de courte durée par corticostéroïdes.					
VINCRISTIN-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
sol inj 1 mg/ml flac 1 ml			17337	25.80	11.75
sol inj 2 mg/2 ml flac 2 ml			17337	39.55	20.13
Nouvelle limitation					
Sont remboursés					
- le traitement de la leucémie aiguë;					
- le traitement combiné de la maladie de Hodgkin, du lymphome non hodgkinien, y compris les formes particulières, du rhabdomyosarcome, du neuroblastome, de la tumeur de Wilms, du sarcome ostéogénique, du sarcome d'Ewing, du mélanome malin, du carcinome pulmonaire à petites cellules, des tumeurs gynécologiques de l'enfant;					
- le traitement du purpura thrombocytopénique idiopathique (maladie de Werlhof) chez les patients qui n'ont pas répondu à une splénectomie et à un traitement de courte durée par corticostéroïdes.					


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

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

vivre-
partager.ch

Faites-le
pour vous.



 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

 swiss
transplant

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



LE DON D'ORGANES

DÉCIDER. COMMUNIQUER. CONSIGNER.

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Fribourg		9913319
Saint-Gall		10366302-10366303 10862715 11084609 11084610
Schaffhouse		10553475
Vaud		11359651-11359675 11359676-11359700 11359701-11359725

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

OFSP-Bulletin

Semaine
8/2024