



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 14 avril 2020

Semaine

OFSP-Bulletin 16/2020

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

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**
www.ofsp-coronavirus.ch



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

IMPRESSION

Stämpfli AG
Wölflistrasse 1
CH-3001 Berne
Téléphone 031 300 66 66

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 5050
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Rapport hebdomadaire des affections grippales	6
Voici comment nous protéger: www.ofsp-coronavirus.ch	7
Liste des spécialités	10
Vol d'ordonnances	27

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 14^e semaine (07.04.2020)^a

* Pas de saisie complète à cause du COVID-19.

^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 Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella.

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

^e Le nombre de cas de gonorrhée a augmenté en raison d'une adaptation de la définition de réinfection et n'est pas comparable à celui des éditions précédentes du Bulletin. Les déclarations pour le même patient arrivant à des intervalles d'au moins 4 semaines sont maintenant comptées comme cas séparés.

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^g Les nombres de cas de syphilis ne sont plus comparables à ceux des éditions précédentes du Bulletin en raison d'une adaptation de la définition de cas.

^h Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 14^e semaine (07.04.2020)^a

	Semaine 14			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	2 1.20	4 2.40	5 3.00	8 1.20	16 2.40	14 2.10	111 1.30	134 1.60	138 1.60	43 1.90	56 2.40	60 2.60
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	33 20.00	210 127.20	424 256.90	1290 195.20	2238 339.00	2286 346.20	11346 132.20	13670 159.30	14778 172.20	10573 457.60	12995 562.40	13311 576.00
Légionellose	9 5.40	7 4.20	7 4.20	16 2.40	31 4.70	30 4.50	531 6.20	586 6.80	517 6.00	74 3.20	124 5.40	105 4.50
Méningocoques: maladie invasive				2 0.30	6 0.90	9 1.40	41 0.50	46 0.50	54 0.60	11 0.50	13 0.60	30 1.30
Pneumocoques: maladie invasive	14 8.50	18 10.90	38 23.00	39 5.90	89 13.50	131 19.80	773 9.00	875 10.20	1011 11.80	302 13.10	402 17.40	493 21.30
Rougeole		14 8.50	1 0.60	2 0.30	57 8.60	4 0.60	124 1.40	157 1.80	61 0.70	29 1.20	126 5.40	17 0.70
Rubéole^c							1 0.01	1 0.01	2 0.02			1 0.04
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	* *	11 6.70	10 6.10	1 0.20	33 5.00	63 9.50	386 4.50	470 5.50	541 6.30	79 3.40	121 5.20	161 7.00
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	51 30.90	84 50.90	96 58.20	208 31.50	359 54.40	312 47.30	7027 81.90	7789 90.80	7188 83.80	1241 53.70	1520 65.80	1404 60.80
Hépatite A	* *	2 1.20	2 1.20	7 1.10	3 0.40	3 0.40	96 1.10	102 1.20	106 1.20	33 1.40	16 0.70	18 0.80
Hépatite E	* *		1 0.60	2 0.30	4 0.60	6 0.90	105 1.20	88 1.00	17 0.20	24 1.00	32 1.40	17 0.70
Infection à E. coli entérohémorragique	* *	10 6.10	6 3.60	4 0.60	51 7.70	30 4.50	1072 12.50	873 10.20	746 8.70	129 5.60	189 8.20	157 6.80
Listériose	3 1.80		1 0.60	4 0.60		7 1.10	40 0.50	42 0.50	52 0.60	11 0.50	7 0.30	19 0.80
Salmonellose, S. typhi/paratyphi		1 0.60		3 0.40	1 0.20		27 0.30	19 0.20	28 0.30	9 0.40	3 0.10	7 0.30
Salmonellose, autres	13 7.90	14 8.50	19 11.50	13 2.00	66 10.00	59 8.90	1489 17.40	1449 16.90	1884 22.00	196 8.50	257 11.10	286 12.40
Shigellose	1 0.60	1 0.60	4 2.40	3 0.40	14 2.10	12 1.80	188 2.20	265 3.10	152 1.80	29 1.20	57 2.50	41 1.80

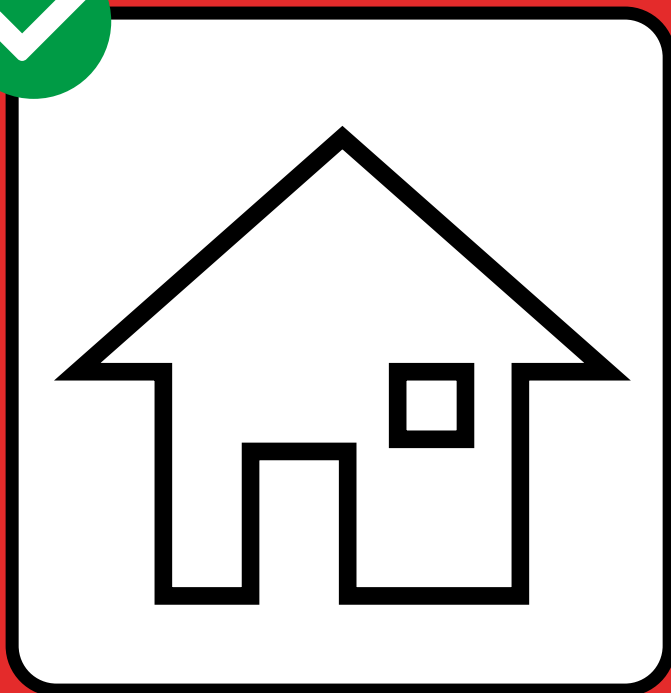
	Semaine 14			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	168 101.80	203 123.00	208 126.00	848 128.40	881 133.40	766 116.00	12252 142.80	11511 134.10	10903 127.00	3229 139.70	3249 140.60	2887 124.90
Gonorrhée*	62 37.60	75 45.40	42 25.40	263 39.80	286 43.30	152 23.00	3957 46.10	3287 38.30	2513 29.30	1054 45.60	1014 43.90	664 28.70
Hépatite B, aiguë	* *		1 0.60		1 0.20	2 0.30	26 0.30	33 0.40	38 0.40	5 0.20	7 0.30	8 0.40
Hépatite B, total déclarations	* *	27	21	13	91	85	977	1193	1207	211	331	341
Hépatite C, aiguë	* *				3 0.40		17 0.20	31 0.40	36 0.40		10 0.40	8 0.40
Hépatite C, total déclarations	* *	29	23	13	98	105	919	1210	1377	204	314	391
Infection à VIH	9 5.40	4 2.40	7 4.20	21 3.20	38 5.80	24 3.60	405 4.70	420 4.90	426 5.00	88 3.80	113 4.90	100 4.30
Sida		1 0.60	2 1.20	1 0.20	5 0.80	4 0.60	79 0.90	71 0.80	83 1.00	14 0.60	16 0.70	23 1.00
Syphilis, stades précoces†	3 1.80	9 5.40	11 6.70	16 2.40	49 7.40	37 5.60	621 7.20	667 7.80	111 1.30	126 5.40	181 7.80	111 4.80
Syphilis, total ^g	4 2.40	12 7.30	19 11.50	21 3.20	70 10.60	65 9.80	858 10.00	974 11.40	887 10.30	175 7.60	254 11.00	206 8.90
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose			1 0.60			1 0.20	6 0.07	5 0.06	6 0.07		1 0.04	1 0.04
Chikungunya		3 1.80			6 0.90		36 0.40	18 0.20	16 0.20	9 0.40	14 0.60	1 0.04
Dengue		6 3.60	7 4.20		17 2.60	19 2.90	236 2.80	174 2.00	170 2.00	41 1.80	59 2.60	56 2.40
Encéphalite à tiques				2 0.30	1 0.20	1 0.20	263 3.10	372 4.30	273 3.20	4 0.20	3 0.10	6 0.30
Fièvre du Nil occidental							1 0.01					
Fièvre jaune									1 0.01			1 0.04
Fièvre Q			2 1.20		5 0.80	3 0.40	92 1.10	61 0.70	37 0.40	8 0.40	18 0.80	10 0.40
Infection à Hantavirus								1 0.01	1 0.01			
Infection à virus Zika							1 0.01	1 0.01	14 0.20			2 0.09
Paludisme	6 3.60	4 2.40	8 4.80	6 0.90	23 3.50	17 2.60	274 3.20	292 3.40	335 3.90	65 2.80	77 3.30	78 3.40
Trichinellose							3 0.03		1 0.01	1 0.04		
Tularémie			1 0.60		2 0.30	2 0.30	145 1.70	118 1.40	135 1.60	8 0.40	10 0.40	13 0.60
Autres déclarations												
Botulisme									2 0.02			
Diphtérie ^h							2 0.02	5 0.06	2 0.02			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob							16 0.20	20 0.20	19 0.20	3 0.10	4 0.20	3 0.10
Tétanos												

Rapport hebdomadaire des affections grippales

La pandémie actuelle de COVID-19 influence la collecte des données relatives aux affections grippales. Les symptômes du COVID-19 étant similaires à ceux d'une infection à Influenza, il est possible que la statistique Sentinella des affections grippales inclut des cas de COVID-19. De plus, la situation actuelle peut influencer le comportement de consultation médicale des personnes malades. Pour ces raisons, les données sont de moins en moins représentatives pour influenza. C'est pourquoi, les rapports sur la grippe seront interrompus.

Des données sur les cas de COVID-19 rapportés par le système de surveillance Sentinella seront publiées dans le « Rapport sur la situation épidémiologique » disponible sur le site Internet de l'OFSP (www.bag.admin.ch/nouveau-coronavirus, situation en Suisse et à l'étranger).

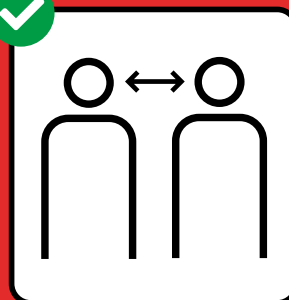
VOICI COMMENT NOUS PROTÉGER:



**RESTEZ À LA MAISON.
SAUVEZ DES VIES.**

Exceptions :

- Vous devez vous rendre au travail car le télétravail est impossible. Les employeurs sont tenus de protéger leurs collaborateurs.
- Vous devez acheter des aliments.
- Vous devez vous rendre chez le médecin, à la pharmacie ou à la droguerie.
- Vous devez aider d'autres personnes.



Garder ses distances.



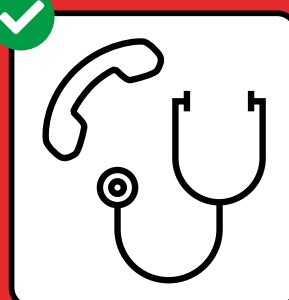
Se laver soigneusement les mains.



Éviter les poignées de main.



Tousser et éternuer dans un mouchoir ou dans le creux du coude.



Toujours téléphoner avant d'aller chez le médecin ou aux urgences.

www.ofsp-coronavirus.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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



Scan for translation



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

VIVRE-PARTAGER.CH

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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

swiss
transplant



Gemeinsam mit Verantwortung und Solidarität.

Cuminaivlamain cun responsablidad e cun solidaritad.

WIR NUS NOUS ION

Ensemble, responsables et solidaires.

Insieme, responsabili e solidali.

Ensemble contre le nouveau coronavirus.
Informations sur ofsp-coronavirus.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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

Liste des spécialités :

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

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

Valable à partir du 1^{er} avril 2020

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.05 6		ARIPIRAZOLE NOBEL (Aripirazolum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21036	cpr 5 mg blist 28 pce Fr. 81.25 (56.48)		67607001	01.04.2020, B
	21036	cpr 5 mg blist 98 pce Fr. 205.90 (165.07)		67607002	01.04.2020, B
	21036	cpr 10 mg blist 28 pce Fr. 87.00 (61.50)		67607003	01.04.2020, B
	21036	cpr 10 mg blist 98 pce Fr. 222.75 (179.74)		67607004	01.04.2020, B
	21036	cpr 15 mg blist 28 pce Fr. 94.90 (68.36)		67607005	01.04.2020, B
	21036	cpr 15 mg blist 98 pce Fr. 245.75 (199.78)		67607006	01.04.2020, B
	21036	cpr 30 mg blist 28 pce Fr. 157.65 (123.04)		67607007	01.04.2020, B
	21036	cpr 30 mg blist 98 pce Fr. 429.20 (359.59)		67607008	01.04.2020, B
01.05		REAGILA (Cariprazinum)	Recordati AG		
	20780	caps 1.500 mg 28 pce Fr. 190.00 (151.24)		66364001	01.09.2018, B
	20780	caps 1.500 mg 56 pce Fr. 322.00 (266.19)		66364002	01.09.2018, B
	20780	caps 3 mg 28 pce Fr. 301.15 (248.04)		66364003	01.09.2018, B
	20780	caps 3 mg 56 pce Fr. 517.55 (436.54)		66364004	01.09.2018, B
	20780	caps 4.500 mg 28 pce Fr. 412.25 (344.83)		66364005	01.09.2018, B
	20780	caps 4.500 mg 56 pce Fr. 713.10 (606.90)		66364006	01.09.2018, B
	20780	caps 6 mg 28 pce Fr. 502.55 (423.48)		66364007	01.09.2018, B
	20780	caps 6 mg 56 pce Fr. 872.05 (745.32)		66364008	01.09.2018, B
01.06 6		TRAZODON SANDOZ (Trazodoni hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20826	cpr 50 mg blist 30 pce Fr. 15.90 (6.72)		66504003	01.04.2020, B
	20826	cpr 50 mg blist 100 pce Fr. 38.30 (19.08)		66504004	01.04.2020, B
	20826	cpr 100 mg blist 30 pce Fr. 20.25 (10.49)		66504001	01.04.2020, B
	20826	cpr 100 mg blist 100 pce Fr. 50.45 (29.67)		66504002	01.04.2020, B
01.99		COPAXONE PEN (Glatiramerum acetat)	Teva Pharma AG		
	21051	sol inj 40 mg/ml 12 stylo pré 1 ml Fr. 1194.20 (1032.77)		67492002	01.04.2020, B
Au maximum 3 fois 40 mg par semaine.					

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
01.99		OCREVUS (Ocrelizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20624	conc perf 300 mg/10 ml flac 1 pce Fr. 5703.60 (5324.47)		66185001	01.03.2018, A
<p>Pour le traitement des patients adultes atteints de formes actives de sclérose en plaques (SEP) récurrente.</p> <p>Pour le traitement des patients adultes atteints de sclérose en plaques primaire progressive (SEP-PP) pour ralentir la progression de la maladie et réduire l'aggravation de la vitesse de marche.</p> <p>Roche Pharma (Suisse) SA rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur demande de celui-ci, la somme de Fr. 496.41 pour chaque flacon perforable de OCREVUS conc perf 300 mg/10 ml acheté. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.</p>					
03.99		KALYDECO (Ivacaftorum)	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH		
	20145	cpr pell 150 mg (nouv) 56 pce Fr. 18593.90 (17900.37)		62686001	01.01.2015, A
<p>KALYDECO est indiqué dans le traitement de la mucoviscidose chez les patients âgés de 6 ans et plus porteurs de la mutation G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R du gène CFTR. Le traitement par KALYDECO de tous les patients souffrant de mucoviscidose ne peut avoir lieu que dans des centres spécialisés dans cette maladie. L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose et traités par KALYDECO doit en règle générale être enregistrée dans le registre européen de lutte contre la mucoviscidose (ECFSRP) tous les trois mois (anamnèse, qualité de vie, fonction pulmonaire, posologie de KALYDECO, observance, interruptions de 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). Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement par KALYDECO. Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % n'est atteinte, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois. Tous les séjours en établissement hospitalier doivent être portés dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation). Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être répertoriés dans le 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.</p> <p>Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par KALYDECO doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis:</p> <p>a) Le taux de chlorure dans la sueur du patient tombe au-dessous de 60 mmol/l ou</p> <p>b) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou</p> <p>c) le patient présente une amélioration absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.</p> <p>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</p> <p>a) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou</p> <p>b) le patient présente une amélioration absolue durable du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.</p>					
05.99 G		TAMSULOSIN RETARD ZENTIVA (Tamsulosini hydrochloridum)	Helvepharm AG		
	21049	caps ret 0.400 mg blist 10 pce Fr. 14.25 (5.28)		67254001	01.04.2020, B
	21049	caps ret 0.400 mg blist 30 pce Fr. 25.45 (11.46)		67254002	01.04.2020, B
	21049	caps ret 0.400 mg blist 100 pce Fr. 59.45 (37.48)		67254003	01.04.2020, B
07.13.10 G		FEXOFENADIN MEPHA (Fexofenadini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	21050	Lactab 120 mg blist 10 pce Fr. 6.25 (3.39)		67369001	01.04.2020, D
	21050	Lactab 120 mg blist 30 pce Fr. 18.70 (9.16)		67369002	01.04.2020, B
	21050	Lactab 180 mg blist 10 pce Fr. 9.45 (4.65)		67369003	01.04.2020, B
	21050	Lactab 180 mg blist 30 pce Fr. 26.75 (12.60)		67369004	01.04.2020, B
07.15		CELLCEPT (IP) (Mofetili mycophenolas)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	21030	caps 250 mg blist 100 pce Fr. 148.25 (114.84)		67387001	01.04.2020, B
	21030	caps 250 mg blist 300 pce Fr. 411.85 (344.49)		67387002	01.04.2020, B
	21030	cpr pell 500 mg blist 50 pce Fr. 137.10 (105.14)		67388001	01.04.2020, B
	21030	cpr pell 500 mg blist 150 pce Fr. 378.50 (315.41)		67388002	01.04.2020, B
07.15		RINVOO (Upadacitinibum)	AbbVie AG		
	21028	cpr ret 15 mg blist 28 pce Fr. 1261.30 (1093.94)		67257001	01.04.2020, B

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

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

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16		IMLYGIC (Talinogenum laherparepvecum)	Amgen Switzerland AG		
	20931	sol inj 1 mio UFP/ml flac 1 pce Fr. 2506.65 (2229.44)		65812001	01.12.2017, A
	20931	sol inj 100 mio UFP/ml flac 1 pce Fr. 2506.65 (2229.44)		65812002	01.12.2017, A
<p>IMLYGIC est pris en charge en monothérapie, pour le traitement locale de première intention des mélanomes non résecables, avec métastases régionales ou à distance (AJCC 7th edition: stade IIIB, IIIC et IVM1a, AJCC 8th edition: stade IIIA sans T1a/T2a, N1a/N2a, IIIB sans T3a, N1a/N2a, IIIC sans T4a, N1a/N2a, IIID, IVM1a) sans métastases osseuses, cérébrales, pulmonaires ou autres métastases viscérales, chez les patients adultes systématiquement asymptomatiques avec une faible charge tumorale et une lente progression.</p> <p>En l'absence d'effet thérapeutique (maladie stable, réponse partielle ou complète) ou si la progression n'est pas confirmée (pseudoprogession), le traitement doit être interrompu au plus tard après 6 mois. Dans le cas d'une progression confirmée, le traitement par IMLYGIC doit être interrompu.</p> <p>La durée maximale de traitement sans interruption s'élève à 18 mois.</p> <p>Seuls les centres spécialisés et informés du Swissmedic Risk Minimisation Program, disposant de cliniques de dermatologie et d'oncologie médicale, ou les centres universitaires disposant de cliniques de dermato-oncologie, sont habilités à administrer un traitement par IMLYGIC, car ils ont l'infrastructure, les connaissances professionnelles et l'expérience pour prendre en charge des patients atteints de mélanome.</p> <p>Avant le début du traitement, une demande de prise en charge des frais doit être faite auprès de l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>La réinstauration du traitement, après avoir terminé la thérapie par IMLYGIC, n'est pas prise en charge. L'utilisation néoadjuvante d'IMLYGIC en association avec une intervention chirurgicale n'est pas obligatoirement pris en charge. L'utilisation adjuvante d'IMLYGIC n'est pas obligatoirement pris en charge.</p>					
07.16.10 G		ERLOTINIB SANDOZ (Erlotinibum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21045	cpr pell 100 mg blist 30 pce Fr. 1740.45 (1530.86)		67012002	01.04.2020, A
	21045	cpr pell 100 mg blist 30 pce Fr. 1740.45 (1530.86)		67012002	01.04.2020, A
	21045	cpr pell 150 mg blist 30 pce Fr. 2060.25 (1822.43)		67012003	01.04.2020, A
	21045	cpr pell 150 mg blist 30 pce Fr. 2060.25 (1822.43)		67012003	01.04.2020, A
<p>Après l'approbation de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Pour le traitement de patients souffrant de cancer du poumon non à petites cellules localement évolué ou métastatique, après échec d'au moins une chimiothérapie.</p>					
07.16.10		NINLARO (Ixazomibum)	Takeda Pharma AG		
	20593	caps 2.3 mg 3 pce Fr. 6970.70 (6560.66)		65959001	01.04.2018, A
	20593	caps 3 mg 3 pce Fr. 6970.70 (6560.66)		65959002	01.04.2018, A
	20593	caps 4 mg 3 pce Fr. 6970.70 (6560.66)		65959003	01.04.2018, A
<p>Ninlaro est remboursé après garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, lorsqu'il est utilisé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple récidivant qui ont reçu au moins un traitement antérieur et présentent des caractéristiques à haut risque (définies comme un haut risque cytogénétique [risque élevé de (del[17], t[4;14], t[14;16]) ou 1q21] ou stade ISS III)) ou qui ont reçu au moins deux traitements antérieurs.</p> <p>Le schéma posologique et le dosage pour le traitement combiné doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle.</p> <p>Si la maladie progresse ou si des toxicités inacceptables surviennent, le traitement par Ninlaro doit être interrompu.</p> <p>Takeda Pharma AG rembourse 25.89% du prix de fabrique pour chaque emballage de Ninlaro acheté dans le cadre du traitement combiné de Ninlaro avec le lénalidomide, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'administration. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant.</p>					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		REVLIMID (Lenalidomidum)	Celgene GmbH		
	18541	caps 5 mg 21 pce Fr. 5423.00 (5050.71)		57712001	15.07.2008, A
	18541	caps 10 mg 21 pce Fr. 5694.00 (5315.13)		57712002	15.07.2008, A
	18541	caps 15 mg 21 pce Fr. 5971.85 (5586.20)		57712003	15.07.2008, A
	18541	caps 25 mg 21 pce Fr. 6544.90 (6145.26)		57712004	15.07.2008, A
	18541	caps 2.500 mg 21 pce Fr. 5287.45 (4918.50)		57712006	01.06.2017, A
	18541	caps 7.500 mg 21 pce Fr. 5558.50 (5182.92)		57712007	01.06.2017, A
	18541	caps 20 mg 21 pce Fr. 6258.35 (5865.73)		57712005	01.06.2017, A

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches se fait aux prix LS valide au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement d'entretien dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 décembre 2019.

07.99		SAXENDA (Liraglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	20574	sol inj 6 mg/ml 5 stylo pré 3 ml Fr. 212.35 (170.67)		65899003	01.04.2020, B

Utilisation uniquement chez les personnes non diabétiques et chez les personnes diabétiques (DS de type 2) qui n'ont pas reçu de traitement préalable par agonistes du récepteur du GLP-1:

- En complément d'un régime alimentaire avec un déficit de 500 kcal/jour, de conseils diététiques d'accompagnement et d'une activité physique renforcée et justifiée (par ex. podomètre) chez des patients motivés (sans opérations bariatriques subites et sans opérations planifiées ou prévues) pour la régulation pondérale chez les patients adultes présentant:
 - un IMC = 35 kg/m²
 - un IMC = 28 kg/m² en cas de comorbidités supplémentaires liées au poids (pré-diabète ou diabète sucré de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie).
- Le traitement nécessite une garantie de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.
- Un régime alimentaire avec un déficit de 500 kcal/jour doit être respecté et documenté afin d'obtenir le remboursement de Saxenda, et ceci doit être confirmé vis-à-vis de l'assureur.
- La prescription ne peut être délivrée que par un médecin spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie ainsi que par une sélection de médecins ayant de l'expérience dans le traitement de l'obésité. La liste correspondante des médecins ayant de l'expérience dans le traitement de l'obésité est disponible à l'adresse suivante: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>.
- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont l'IMC est = 28 et < 35 et qui n'ont pas perdu au moins 5% de leur poids corporel initial après 16 semaines de traitement (4 semaines de titrage, 12 semaines de traitement à 3 mg/jour) et chez les patients dont l'IMC est = 35 et qui n'ont pas perdu au moins 7% de leur poids corporel initial après 16 semaines de traitement (4 semaines de titrage, 12 semaines de traitement à 3 mg/jour) par rapport au début du traitement par Saxenda. Après 6 mois de plus, le traitement doit être arrêté si une réduction supplémentaire d'au moins 5% du poids obtenu après 16 semaines n'est pas atteinte.
- Pour une thérapie consécutive au-delà de la phase initiale de traitement, une nouvelle garantie de prise en charge doit être obtenue. Les pertes de poids après 16 semaines et 6 mois doivent être justifiées.
- Un contrôle d'efficacité doit ensuite être effectué impérativement tous les 6 mois. Si les critères de remboursement précités sont respectés, Saxenda peut être remboursé pour une durée maximale de 3 ans. En cas de reprise de poids de > 2% du poids après 6 mois de traitement, celui-ci doit être arrêté. Le traitement doit également être arrêté dès lors qu'un IMC < 25 est atteint.
- Saxenda ne doit pas être combiné à d'autres agonistes du récepteur du GLP-1, à des gliptines, à des inhibiteurs du SGLT-2 ou à de l'insuline. Saxenda ne doit pas être combiné à d'autres médicaments (par ex. médicaments contenant de l'orlistat) pour la réduction du poids.
- Les patients qui, lors d'une première utilisation de Saxenda pendant 16 semaines, n'atteignent pas une réduction de poids d'au moins 5% respectivement 7% de leur poids corporel initial (non-répondants) sont totalement exclus d'un remboursement en cas de reprise du traitement.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
01.06		BRINTELLIX (Vortioxetinum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	20523	cpr pell 10 mg 9x 7 pce Fr. 112.75 (83.92)		65937004	01.04.2020, B
	20523	cpr pell 20 mg 9x 7 pce Fr. 179.05 (141.66)		65937009	01.04.2020, B
01.06 0		CIPRALEX (Escitalopramum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	17753	cpr pell 10 mg 5x 10 pce Fr. 55.45 (34.00)		55961028	01.04.2020, B
	17753	cpr pell 20 mg 5x 10 pce Fr. 90.90 (64.88)		55961029	01.04.2020, B
03.04.50		NUCALA (Mepolizumabum)	GlaxoSmithKline AG		
	21053	sol inj 100 mg/ml seringue préremplie ser pré 1 pce Fr. 1409.70 (1229.29)		67351001	01.04.2020, B
	21053	sol inj 100 mg/ml stylo prérempli stylo pré 1 pce Fr. 1409.70 (1229.29)		67350001	01.04.2020, B
<p>À la suite de la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Seuls les médecins spécialistes en pneumologie, en allergologie et en immunologie sont en droit de prescrire ce médicament.</p> <p>À une dose ne dépassant pas 100 mg toutes les quatre semaines, chez l'adulte d'au moins 18 ans, en traitement additionnel de l'asthme éosinophilique sévère caractérisé par les critères suivants:</p> <p>Taux sanguin d'éosinophiles = 0,4 G/l et au moins 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximale (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques, OU</p> <p>Taux sanguin d'éosinophiles = 0,4 G/l avant l'instauration d'un traitement par des corticostéroïdes systémiques et au moins 2 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois chez des patients ou patientes qui ont eu besoin d'un traitement de fond d'au moins 6 mois par des corticostéroïdes systémiques (palier GINA 5) au cours des 12 derniers mois pour atteindre un contrôle de la maladie.</p> <p>Une évaluation du succès thérapeutique par un médecin spécialiste en pneumologie, allergologie ou immunologie doit être faite au plus tard après 8 administrations et annuellement par la suite.</p> <p>La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge sous couvert de confirmation du succès thérapeutique. Un succès thérapeutique est caractérisé comme suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le cas d'un traitement de palier GINA 4: réduction d'au moins 50 % des exacerbations par rapport au début du traitement, puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint, OU • Dans le cas d'un traitement de palier GINA 5 par des corticostéroïdes systémiques: réduction du taux d'exacerbations sous une dose inchangée ou réduite de corticostéroïdes oraux, puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations sous une dose stable de corticostéroïdes oraux, OU <p>taux d'exacerbations inchangé ou réduit après réduction de la dose de corticostéroïdes oraux à 50 % de la dose initiale (en équivalent de prednisone), puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations en poursuivant la corticothérapie à cette nouvelle dose ou à une dose encore plus faible OU passage à un traitement de palier GINA 4 lors d'un nombre maximal de 2 exacerbations par an, puis maintien ou réduction supplémentaire du taux d'exacerbations par la suite.</p> <p>Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.</p>					
06.01.10		ALBUMIN CSL 20 % (Albuminum humanum)	CSL Behring AG		
	8329	sol perf 50 ml Fr. 57.15 (35.50)		52476065	01.04.2020, B
07.07.26		MEPHAMESON (Dexamethasoni natrii phosphas)	Mepha Pharma AG		
	11522	sol inj 4 mg/ml 25 amp 1 ml Fr. 79.75 (55.17)		31890020	01.04.2020, B
	11522	sol inj 4 mg/ml 50 amp 1 ml Fr. 143.05 (110.33)		31890039	01.04.2020, B
	11522	sol inj 8 mg/2 ml 50 amp 2 ml Fr. 234.30 (189.83)		31890063	01.04.2020, B
	11522	sol inj 50 mg/3 ml 5 amp 3 ml Fr. 112.25 (83.49)		31890101	01.04.2020, B
	11522	sol inj 50 mg/3 ml 25 amp 3 ml Fr. 425.50 (356.36)		31890098	01.04.2020, B
07.10.10		DICLOFENAC MEPHA (Diclofenacum natricum, Lidocaini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	19181	sol inj 75 mg/2 ml 25 amp 2 ml Fr. 28.70 (14.30)		60374002	01.04.2020, B
	19181	sol inj 75 mg/2 ml 50 amp 2 ml Fr. 48.30 (27.80)		60374003	01.04.2020, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10 G		OXALIPLATIN-TEVA LIQUID (Oxaliplatinum)	Teva Pharma AG		
	19473	conc perf 200 mg/40 ml flac 40 ml Fr. 535.40 (452.10)		61688003	01.04.2020, A
08.01.30 O		KEFZOL (Cefazolinum)	Teva Pharma AG		
	11977	subst sèche 1 g flac 10 pce Fr. 52.00 (31.00)		38210076	01.04.2020, A
	11977	subst sèche 2 g fl 10 pce Fr. 87.60 (62.00)		38210084	01.04.2020, A
08.01.70		OBRACIN (Tobramycinum)	Teva Pharma AG		
	12030	sol inj 150 mg/2 ml flac 2 ml Fr. 27.20 (12.98)		38358030	01.04.2020, A
10.09.41 G		FUNGOTOX (Clotrimazolum)	Mepha Pharma AG		
	15788	crème 10 mg/g tb 50 g Fr. 14.65 (7.95)		49767023	01.04.2020, D
14.01.13		OPTIRAY 300 (loversolum)	Guerbet AG		
	15917	sol inj 300 mg/ml 10 flac 200 ml Fr. 1129.75 (974.00)		49999380	01.04.2020, B
	15917	sol inj 300 mg/ml 5 flac 500 ml Fr. 1396.80 (1217.50)		49999526	01.04.2020, B
14.01.13		OPTIRAY 350 (loversolum)	Guerbet AG		
	15917	sol inj 350 mg/ml 10 flac 200 ml Fr. 1229.30 (1064.80)		49999496	01.04.2020, B
14.01.13		XENETIX (lobitridolum)	Guerbet AG		
	16503	sol inj 300 mg 10 sach 100 ml Fr. 664.80 (564.80)		53001507	01.04.2020, B
	16503	sol inj 300 mg 10 amp 200 ml Fr. 1300.40 (1129.60)		53001270	01.04.2020, B
	16503	sol inj 300 mg 10 sach 200 ml Fr. 1300.40 (1129.60)		53001523	01.04.2020, B
	16503	sol inj 300 mg 10 amp 500 ml Fr. 3140.60 (2824.00)		53001289	01.04.2020, B
	16503	sol inj 300 mg 10 sach 500 ml Fr. 3140.60 (2824.00)		53001531	01.04.2020, B
	16503	sol inj 350 mg 10 sach 100 ml Fr. 725.30 (617.50)		53001587	01.04.2020, B
	16503	sol inj 350 mg 10 amp 200 ml Fr. 1416.00 (1235.00)		53001440	01.04.2020, B
	16503	sol inj 350 mg 10 sach 200 ml Fr. 1416.00 (1235.00)		53001603	01.04.2020, B
	16503	sol inj 350 mg 10 amp 500 ml Fr. 3410.70 (3087.50)		53001459	01.04.2020, B
	16503	sol inj 350 mg 10 sach 500 ml Fr. 3410.70 (3087.50)		53001611	01.04.2020, B
14.01.21		TELEBRIX GASTRO (Meglumini ioxitalamas)	Guerbet AG		
	15921	sol 10 fl 100 ml Fr. 193.90 (154.60)		49508042	01.04.2020, B
14.02 O		DOTAREM (Acidum gadotericum)	Guerbet AG		
	15913	sol inj 16.760 g/60 ml flac 60 ml Fr. 320.25 (264.69)		49784082	01.04.2020, B

La quantité totale de l'emballage ne peut pas être remise directement à l'assuré.

Seule la quantité partielle individuel nécessaire pour l'examen est remboursé. Le prix de la quantité partielle individuel remis est calculé proportionnellement au prix public de l'emballage utilisé.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
III. Préparations/emballages radiés					
01.06		ANAFRANIL (Clomipramini hydrochloridum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	10586	sol inj 25 mg/2 ml 10 amp 2 ml Fr. 15.80 (6.64)		32935028	01.04.2020, B
01.08 0		SINEMET CR (Levodopum, Carbidopum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	15934	cpr 25 mg/100 mg (nouveau) 30 pce Fr. 14.80 (5.73)		50931057	01.04.2020, B
	15934	cpr 25 mg/100 mg (nouveau) 100 pce Fr. 29.50 (14.99)		50931058	01.04.2020, B
	15934	cpr 50 mg/200 mg (nouveau) 30 pce Fr. 20.40 (10.65)		50931059	01.04.2020, B
	15934	cpr 50 mg/200 mg (nouveau) 100 pce Fr. 54.45 (33.14)		50931060	01.04.2020, B
02.07.20 G		CO-ATÉNOLOL SPIRIG HC (Atenololum, Chlortalidonum)	Spirig HealthCare AG		
	15739	cpr pell 50/12.5 28 pce Fr. 8.75 (4.05)		49806058	01.04.2020, B
	15739	cpr pell 50/12.5 98 pce Fr. 26.90 (12.73)		49806059	01.04.2020, B
	15739	cpr pell 100/25 14 pce Fr. 8.40 (3.76)		49806056	01.04.2020, B
	15739	cpr pell 100/25 98 pce Fr. 46.10 (25.86)		49806057	01.04.2020, B
02.99 G		IVABRADIN MEPHA (Ivabradinum)	Mepha Pharma AG		
	20829	Lactab 5 mg blist 56 pce Fr. 59.35 (37.42)		66919001	01.04.2020, B
	20829	Lactab 5 mg blist 112 pce Fr. 102.10 (74.65)		66919002	01.04.2020, B
	20829	Lactab 7.500 mg blist 56 pce Fr. 59.35 (37.42)		66919003	01.04.2020, B
	20829	Lactab 7.500 mg blist 112 pce Fr. 102.10 (74.65)		66919004	01.04.2020, B
04.01.10 G		RANIMED (Ranitidinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17129	cpr 150 mg 20 pce Fr. 8.50 (3.83)		54057016	01.04.2020, B
	17129	cpr 150 mg 60 pce Fr. 25.00 (11.07)		54057024	01.04.2020, B
	17129	cpr 150 mg 120 pce Fr. 44.70 (24.63)		54057032	01.04.2020, B
	17129	cpr 300 mg 20 pce Fr. 16.15 (6.93)		54057040	01.04.2020, B
	17129	cpr 300 mg 40 pce Fr. 27.85 (13.55)		54057059	01.04.2020, B
	17129	cpr 300 mg 60 pce Fr. 38.85 (19.55)		54057067	01.04.2020, B
07.03.10		OMNITROPE 10 CARTOUCHE (Somatropinum ADNr)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19296	sol inj 10 mg/1.5 ml 5 pce Fr. 2118.40 (1875.44)		61306003	01.04.2020, A
07.03.10		OMNITROPE 5 CARTOUCHE (Somatropinum ADNr)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19296	sol inj 5 mg/1.5 ml 5 pce Fr. 1089.95 (937.73)		61306001	01.04.2020, A
07.10.99		ILARIS (Canakinumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	19119	subst sèche 150 mg flac 1 pce Fr. 12384.00 (11841.96)		59226001	01.04.2020, A
	19119	subst sèche 150 mg kit d'injection 1 pce Fr. 12384.00 (11841.96)		59226002	01.04.2020, A

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.13.30		ALK7 MÉLANGE ARBRES PRÉCOCES (Pollinorum allergenorum extractum)	ALK-Abelló AG		
	17476	susp inj A+B 2 fl 3.500 ml Fr. 381.15 (317.74)		54787014	01.04.2020, A
	17476	susp inj B fl 3.500 ml Fr. 308.55 (254.50)		54787015	01.04.2020, A
07.13.30		ALK7 MÉLANGE GRAMINÉES ET SEIGLE (Pollinorum allergenorum extractum, Pollinorum allergenorum extractum)	ALK-Abelló AG		
	17477	susp inj A+B 2 fl 3.500 ml Fr. 381.15 (317.74)		54788010	01.04.2020, A
	17477	susp inj B fl 3.500 ml Fr. 308.55 (254.50)		54788011	01.04.2020, A
07.14		CEREZYME (Imiglucerasum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	17160	subst sèche 200 UI flac 1 pce Fr. 1177.35 (1017.40)		54663013	01.04.2020, B
07.14		VPRIV (Velaglucerasum alfa)	Takeda Pharma AG		
	19299	subst sèche 200 UI flac 1 pce Fr. 1183.90 (1023.41)		61297001	01.04.2020, B
07.14		XIAPEX (Collagenasum clostridium histolyticum)	Swedish Orphan Biovitrum AG		
	19464	subst sèche 0.900 mg c solv flac 1 pce Fr. 956.00 (818.48)		61390001	01.04.2020, B
07.16.10 0		CYTOSAR SOLUTION (Cytarabinum)	Pfizer PFE Switzerland GmbH		
	20404	sol inj 1 g/10 ml cytosafe 10 ml Fr. 66.90 (43.97)		54845030	01.04.2020, A
07.16.10 G		METHOTREXAT TEVA ONCO (Methotrexatum)	Teva Pharma AG		
	17336	sol inj 1000 mg/10 ml flac 10 ml Fr. 120.00 (90.25)		47999003	01.04.2020, A
08.01.60		ZITHROMAX UNO (Azithromycinum)	Pfizer PFE Switzerland GmbH		
	19120	gran 2 g/60 ml p susp retard 60 ml Fr. 40.60 (21.10)		57524002	01.04.2020, A
08.01.80 G		NORFLOXACIN HELVEPHARM (Norfloxacinum)	Helvepharm AG		
	18066	cpr pell 400 mg 6 pce Fr. 8.00 (3.40)		56810001	01.04.2020, A
	18066	cpr pell 400 mg 14 pce Fr. 16.05 (6.85)		56810003	01.04.2020, A
	18066	cpr pell 400 mg 42 pce Fr. 39.05 (19.75)		56810005	01.04.2020, A
08.03 0		ZOVIRAX (Aciclovirum)	GlaxoSmithKline AG		
	14456	cpr pell 400 mg 30 pce Fr. 49.70 (29.02)		45343073	01.04.2020, A
	14456	cpr pell 400 mg 70 pce Fr. 87.65 (62.05)		45343081	01.04.2020, A
10.05.10		PREDNITOP (Prednicarbatum)	Mylan Pharma GmbH		
	15973	sol 0.250 % avec applicateur 50 ml Fr. 16.40 (7.13)		49678053	01.04.2020, B
17.02		ZEVALIN (Ibritumomabum tiuxetanum)	Target BioScience AG		
	17926	sol perf flac 4 pce Fr. 24354.00 (23520.00)		56114001	01.04.2020, A

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Baisses de prix volontaires dans les 18 mois suivant l'admission sur la LS					
INTUNIV	Takeda Pharma AG	011020			
7 pce			20663	39.15	19.82
7 pce			20663	39.60	20.23
28 pce			20663	113.60	84.65
28 pce			20663	121.15	91.25
IV.b. Comparaison des prix avec l'étranger					
KALYDECO	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
56 pce			20145	18593.90	17900.37
IV.c. Baissement de prix volontairement					
EXFORGE	Novartis Pharma Schweiz AG	020720			
28 pce			18486	42.50	22.72
28 pce			18486	47.35	26.96
28 pce			18486	47.35	26.96
IV.d. Mutation de prix normale					
NINLARO	Takeda Pharma AG	071610			
3 pce			20593	6970.70	6560.66
3 pce			20593	6970.70	6560.66
3 pce			20593	6970.70	6560.66
XEOMIN	Merz Pharma (Schweiz) AG	011300			
flac 1 pce			20033	148.25	114.85
flac 1 pce			20033	276.95	226.96
IV.e. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet					
BORTÉZOMIB LIQUID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
flac 1 pce			21032	474.10	398.70
BORTÉZOMIB SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
amp 1 pce			21035	171.15	134.80
amp 1 pce			21035	474.10	398.70
TARCEVA	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
30 pce			18210	2160.20	1913.57
30 pce			18210	2559.95	2278.04
TELZIR	ViiV Healthcare GmbH	080300			
60 pce			18209	542.20	458.01

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

VI. Modifications de la limitation /de l'indication

IMLYGIC	Amgen Switzerland AG	071600			
sol inj 1 Mio PFU/ml			20931	2506.65	2229.44
sol perf flac 1 pce					
sol inj 100 Mio PFU/ml			20931	2506.65	2229.44
sol perf flac 1 pce					

Vieille limitation :

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2020

IMLYGIC est pris en charge en monothérapie, pour le traitement des mélanomes non résecables avec métastases régionales ou à distance (stade IIIB, IIIC et IVM1a) sans métastases osseuses, cérébrales, pulmonaires ou autres métastases viscérales, chez les patients adultes systématiquement asymptomatiques avec une faible charge tumorale, quand aucun autre traitement systémique (p. ex. immunothérapie ou traitement par ITK (inhibiteurs de tyrosine kinase) ou chimiothérapie) ne peut être utilisé ou s'il existe des contre-indications à ces traitements ou si des intolérances à ces traitements ont été démontrées.

En l'absence d'effet thérapeutique (maladie stable, réponse partielle ou complète) ou si la progression n'est pas confirmée (pseudoprogession), le traitement doit être interrompu au plus tard après 6 mois. Dans le cas d'une progression confirmée, le traitement par IMLYGIC doit être interrompu.

La durée maximale de traitement sans interruption s'élève à 18 mois.

Seuls les centres spécialisés et informés du Swissmedic Risk Minimisation Program, disposant de cliniques de dermatologie et d'oncologie médicale, ou les centres universitaires disposant de cliniques de dermato-oncologie, sont habilités à administrer un traitement par IMLYGIC, car ils ont l'infrastructure, les connaissances professionnelles et l'expérience pour prendre en charge des patients atteints de mélanome.

Avant le début du traitement, une demande de prise en charge des frais doit être faite auprès de l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Une demande de prise en charge des frais ne peut être accordée par l'assureur maladie que si le médecin traitant saisit tout au long du traitement dans le registre en zone protégée par un mot de passe, accessible à l'adresse <http://www.t-vec-registry.ch>, les données prédéfinies dans le formulaire disponible à l'adresse précitée, et s'il confirme au médecin-conseil la saisie des données dans le cadre de la demande de prise en charge des frais.

La réinstauration du traitement, après avoir terminé la thérapie par IMLYGIC, n'est pas prise en charge. L'utilisation néoadjuvante d'IMLYGIC en association avec une intervention chirurgicale n'est pas obligatoirement prise en charge.

Nouvelle limitation :

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2023

IMLYGIC est pris en charge en monothérapie, pour le traitement local de première intention des mélanomes non résecables, avec métastases régionales ou à distance (AJCC 7th édition: stade IIIB, IIIC et IVM1a, AJCC 8th édition: stade IIIA sans T1a/T2a, N1a/N2a, IIIB sans T3a, N1a/N2a, IIIC sans T4a, N1a/N2a, IIID, IVM1a) sans métastases osseuses, cérébrales, pulmonaires ou autres métastases viscérales, chez les patients adultes systématiquement asymptomatiques avec une faible charge tumorale et une lente progression.

En l'absence d'effet thérapeutique (maladie stable, réponse partielle ou complète) ou si la progression n'est pas confirmée (pseudoprogession), le traitement doit être interrompu au plus tard après 6 mois. Dans le cas d'une progression confirmée, le traitement par IMLYGIC doit être interrompu.

La durée maximale de traitement sans interruption s'élève à 18 mois.

Seuls les centres spécialisés et informés du Swissmedic Risk Minimisation Program, disposant de cliniques de dermatologie et d'oncologie médicale, ou les centres universitaires disposant de cliniques de dermato-oncologie, sont habilités à administrer un traitement par IMLYGIC, car ils ont l'infrastructure, les connaissances professionnelles et l'expérience pour prendre en charge des patients atteints de mélanome.

Avant le début du traitement, une demande de prise en charge des frais doit être faite auprès de l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

La réinstauration du traitement, après avoir terminé la thérapie par IMLYGIC, n'est pas prise en charge. L'utilisation néoadjuvante d'IMLYGIC en association avec une intervention chirurgicale n'est pas obligatoirement prise en charge. L'utilisation adjuvante d'IMLYGIC n'est pas obligatoirement prise en charge.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NINLARO	Takeda Pharma AG	071610			
caps 2.300 mg 3 pce			20593	6970.70	6560.66
caps 3 mg 3 pce			20593	6970.70	6560.66
caps 4 mg 3 pce			20593	6970.70	6560.66
Vieille limitation : Limitation limitée jusqu'au 31.03.2020 Ninlaro est remboursé après garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, lorsqu'il est utilisé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple récidivant qui ont reçu au moins un traitement antérieur et présentent des caractéristiques à haut risque (définies comme un haut risque cytogénétique [risque élevé de [del(17), t(4;14), t(14;16)] ou 1q21] ou stade ISS III]) ou qui ont reçu au moins deux traitements antérieurs. Le schéma posologique et le dosage pour le traitement combiné doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle. Si la maladie progresse ou si des toxicités inacceptables surviennent, le traitement par Ninlaro doit être interrompu. Takeda Pharma AG rembourse 37.96 % du prix de fabrique pour chaque emballage de Ninlaro acheté dans le cadre du traitement combiné de Ninlaro avec le lénalidomide, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'administration. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.					
Nouvelle limitation : Limitation limitée jusqu'au 31.03.2022 Ninlaro est remboursé après garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, lorsqu'il est utilisé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple récidivant qui ont reçu au moins un traitement antérieur et présentent des caractéristiques à haut risque (définies comme un haut risque cytogénétique [risque élevé de [del(17), t(4;14), t(14;16)] ou 1q21] ou stade ISS III]) ou qui ont reçu au moins deux traitements antérieurs. Le schéma posologique et le dosage pour le traitement combiné doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle. Si la maladie progresse ou si des toxicités inacceptables surviennent, le traitement par Ninlaro doit être interrompu. Takeda Pharma AG rembourse 25.89 % du prix de fabrique pour chaque emballage de Ninlaro acheté dans le cadre du traitement combiné de Ninlaro avec le lénalidomide, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'administration. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant.					
OCREVUS	Roche Pharma (Schweiz) AG	0199			
flac 300 mg/10 ml			20624	5703.60	5324.47
Vieille limitation : Limitation limitée jusqu'au 31.03.2020 Pour le traitement des patients adultes atteints de formes actives de sclérose en plaques (SEP) récurrente. Pour le traitement des patients adultes atteints de sclérose en plaques primaire progressive (SEP-PP) pour ralentir la progression de la maladie et réduire l'aggravation de la vitesse de marche.					
Nouvelle limitation : Limitation limitée jusqu'au 31.03.2022 Pour le traitement des patients adultes atteints de formes actives de sclérose en plaques (SEP) récurrente. Pour le traitement des patients adultes atteints de sclérose en plaques primaire progressive (SEP-PP) pour ralentir la progression de la maladie et réduire l'aggravation de la vitesse de marche.					
Roche Pharma (Suisse) SA rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur demande de celui-ci, la somme de Fr. 496.41 pour chaque flacon perforable de OCREVUS conc perf 300 mg/10 ml acheté. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
PRIVIGEN	CSL Behring AG	080900			
sol inj 5 g/50 ml i.v.			18917	400.15	334.27
sol perf flac 50 ml					
sol inj 10 g/100 ml i.v.			18917	783.90	668.54
sol perf flac 100 ml					
sol inj 2.5 g/25 ml i.v.			18917	208.30	167.14
sol perf flac 25 ml					
sol inj 20 g/200 ml i.v.			18917	1527.95	1337.09
sol perf flac 200 ml					
sol inj 40 g/400 ml i.v.			18917	2987.05	2674.18
sol perf flac 400 ml					

Vieille limitation :

Admis exclusivement pour des cas de syndrome provoqués par l'absence d'anticorps, purpuras idiopathiques thrombocytopéniques, syndrome de Guillain-Barré, maladies de Kawasaki et polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (CIDP).

Nouvelle limitation :

Admis exclusivement pour des cas de syndrome provoqués par l'absence d'anticorps, purpuras idiopathiques thrombocytopéniques, syndrome de Guillain-Barré, syndrome de Kawasaki, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (CIDP) et de neuropathie motrice multifocale (NMM).

REVLIMID	Celgene GmbH	071610			
caps 5 mg 21 pce			18541	5423.00	5050.71
caps 10 mg 21 pce			18541	5694.00	5315.13
caps 15 mg 21 pce			18541	5971.85	5586.20
caps 25 mg 21 pce			18541	6544.90	6145.26
caps 2.500 mg 21 pce			18541	5287.45	4918.50
caps 7.500 mg 21 pce			18541	5558.50	5182.92
caps 20 mg 21 pce			18541	6258.35	5865.73

Vieille limitation :

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Revlimid, jusqu'à la progression ou l'intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques.

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

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2021

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches se fait aux prix LS valide au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement d'entretien dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 décembre 2019.

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2021

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec carfilzomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 20,62 % du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie dans le cadre de la thérapie d'entretien par REVLIMID administrée après la polythérapie par carfilzomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant au moins 12 cycles complets de polythérapie par carfilzomib plus REVLIMID. Si l'administration de carfilzomib est arrêtée avant la complétion des 12 cycles, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

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

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec elotuzumab et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 25.87 % du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'elotuzumab et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'elotuzumab est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2020

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec ixazomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes qu'ont déjà reçu au moins un traitement auparavant et montrent des caractéristiques de haut risque [définies comme risque élevé d'anomalies cytogénétiques [risque élevé pour (del[17], t[4;14], t[14;16]) ou 1q21] ou stade III selon ISS] ou qui ont reçu au moins deux traitements préalables.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 23.50 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'ixazomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'ixazomib est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (induction avant la greffe de cellules souches.)

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement d'induction en association avec Bortezomib et la dexaméthasone chez les patients atteints de myélome multiple non traités jusque-là avant la greffe de cellules souches.

Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du REVLIMID avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, la préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette une substitution pour les mêmes raisons.

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (sans la greffe de cellules souches.)

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple qui ne peuvent pas être traités avec une greffe de cellules souches, en combinaison avec le bortezomib et la dexaméthasone.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement se fait aux prix LS valides au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie après 24 mois de thérapie n'est admissible que s'il est prouvé que la personne assurée a reçu auparavant la combinaison REVLIMID, Bortezomib et la dexaméthasone (RVD) pendant 16 semaines.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 janvier 2020.

Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du REVLIMID avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.

Limitation neu

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Revlimid, jusqu'à la progression ou l'intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques.

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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2021

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches se fait aux prix LS valide au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement d'entretien dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 décembre 2019.

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2021

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec carfilzomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 20,62 % du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie dans le cadre de la thérapie d'entretien par REVLIMID administrée après la polythérapie par carfilzomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant au moins 12 cycles complets de polythérapie par carfilzomib plus REVLIMID. Si l'administration de carfilzomib est arrêtée avant la complétion des 12 cycles, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec elotuzumab et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 25,87 % du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'elotuzumab et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'elotuzumab est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2022

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec ixazomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes qu'ont déjà reçu au moins un traitement auparavant et montrent des caractéristiques de haut risque (définies comme risque élevé d'anomalies cytogénétiques [risque élevé pour (del(17), t(4;14), t(14;16)) ou 1q21] ou stade III selon ISS) ou qui ont reçu au moins deux traitements préalables.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 20,88 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'ixazomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'ixazomib est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible.

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021**L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (induction avant la greffe de cellules souches.)**

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement d'induction en association avec Bortezomib et la dexaméthasone chez les patients atteints de myélome multiple non traités jusque-là avant la greffe de cellules souches.

Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du REVLIMID avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, la préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette une substitution pour les mêmes raisons.

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (sans la greffe de cellules souches.)

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple qui ne peuvent pas être traités avec une greffe de cellules souches, en combinaison avec le bortezomib et la dexaméthasone.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement se fait aux prix LS valides au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie après 24 mois de thérapie n'est admissible que s'il est prouvé que la personne assurée a reçu auparavant la combinaison REVLIMID, Bortezomib et la dexaméthasone (RVD) pendant 16 semaines.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 janvier 2020.

Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du REVLIMID avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.

XEOMIN	Merz Pharma (Schweiz) AG	011300			
subst sèche 50 E sol perf flac 1 pce			20033	148.25	114.85
subst sèche 100 E sol perf flac 1 pce			20033	276.95	226.96

Vieille limitation :

4 traitements au maximum par an lors de spasticité des membres supérieurs après accident vasculaire cérébral.

Blépharospasme chez l'adulte, torticolis spasmodique chez l'adulte.

Nouvelle limitation:

4 traitements au maximum par an lors de spasticité des membres supérieurs.

Blépharospasme chez l'adulte, torticolis spasmodique chez l'adulte.

Sialorrhée chronique, gênante chez l'adulte:

- 4 traitements au maximum par an lors de Sialorrhée chronique, qui persiste au moins depuis 6 mois.
- La valeur de la DSFS doit être ≥ 6 .
- La sialorrhée est causée par une indication neurologique, et on a pu exclure une cause médicamenteuse.
- Utilisé comme monothérapie médicamenteuse.
- L'injection ne pourra être réalisée qu'après un examen par un neurologue et sous guidage échographique par un neurologue ou des spécialistes ORL

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 2018

QUTENZA	Grünenthal Pharma AG	109900			
Patch 8 % Capsaïcin 1 pce			19350	334.65	277.22
Patch 8 % Capsaïcin 2 pce			19350	741.65	631.76

Vieille limitation:

Pour le traitement de troisième intention des douleurs neuropathiques périphériques chez les patients adultes qui ne souffrent ni de diabète ni d'une neuropathie associée au VIH et chez qui une réduction suffisante de la douleur n'a pu être obtenue ni avec les traitements de première intention (antiépileptiques, antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline) ni avec les traitements de deuxième intention (opioïdes, patchs à base de lidocaïne) ou qui n'ont pas toléré les traitements oraux de première et de deuxième intention.

Traitement réalisé en collaboration avec un centre de la douleur ou avec des spécialistes de la douleur titulaires d'une certification de compétences dans le traitement interventionnel de la douleur (SSIPM).

Seconde application uniquement en cas de réduction d'au moins 30 % de la douleur (échelle visuelle analogique – EVA).

Remboursement de deux applications au maximum (patch) par période de trois mois à raison de CHF 591.– (prix public). L'utilisation d'un seul patch revient à CHF 342.90 (prix public).

Garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie sur demande du médecin-conseil.

Nouvelle limitation:

Pour le traitement de troisième intention des douleurs neuropathiques périphériques chez les patients adultes qui ne souffrent ni de diabète ni d'une neuropathie associée au VIH et chez qui une réduction suffisante de la douleur n'a pu être obtenue ni avec les traitements de première intention (antiépileptiques, antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline) ni avec les traitements de deuxième intention (opioïdes, patchs à base de lidocaïne) ou qui n'ont pas toléré les traitements oraux de première et de deuxième intention.

Traitement réalisé en collaboration avec un centre de la douleur ou avec des spécialistes de la douleur titulaires d'une certification de compétences dans le traitement interventionnel de la douleur (SSIPM).

Seconde application uniquement en cas de réduction d'au moins 30 % de la douleur (échelle visuelle analogique – EVA).

Remboursement de deux applications au maximum (patch) par période de trois mois à raison de CHF 576.50 (prix public). L'utilisation d'un seul patch revient à CHF 334.65 (prix public).

Garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie sur demande du médecin-conseil.



Et... action!



1. Pénétration vaginale ou anale avec préservatif.
2. Et parce que chacun(e) l'aime à sa façon : faites sans tarder votre safer sex check personnel sur lovelife.ch

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Bâle-Campagne		8480812
Berne		8428769
Grisons		8284077
Zurich		7954989
		8488624

OFSP-Bulletin

Semaine
16/2020